

Christoph Schweikardt  
**Die Entwicklung der Kranken-  
pflege zur staatlich anerkannten  
Tätigkeit im 19. und frühen  
20. Jahrhundert**

Das Zusammenwirken von Modernisierungs-  
bestrebungen, ärztlicher Dominanz,  
konfessioneller Selbstbehauptung und  
Vorgaben preußischer Regierungspolitik



Martin Meidenbauer >>

## **Geschichte der Krankenpflege**

Christoph Schweikardt  
**Die Entwicklung der Kranken-  
pflege zur staatlich anerkannten  
Tätigkeit im 19. und frühen  
20. Jahrhundert**

Das Zusammenwirken von Modernisierungs-  
bestrebungen, ärztlicher Dominanz,  
konfessioneller Selbstbehauptung und  
Vorgaben preußischer Regierungspolitik

Martin Meidenbauer »»

Privatdozent Dr. Christoph Schweikardt, MA, studierte Medizin und Geschichte an den Universitäten Gießen und Leiden. Er habilitierte sich 2006 an der Ruhr-Universität Bochum für das Fach „Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin“.

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© 2008 Martin Meidenbauer  
Verlagsbuchhandlung, München

Umschlagabbildung:  
*aus:* Krankenpflegelehrbuch. Hg. v. d. Medizinalabteilung des Königlich Preußischen Ministeriums des Innern. 4. unver. Aufl., Berlin 1914.

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urhebergesetzes ohne schriftliche Zustimmung des Verlages ist unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Nachdruck, auch auszugsweise, Reproduktion,ervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung sowie Digitalisierung oder Einspeicherung und Verarbeitung auf Tonträgern und in elektronischen Systemen aller Art.

Printed in Germany

Gedruckt auf  
chlorfrei gebleichtem, säurefreiem und  
alterungsbeständigem Papier (ISO 9706)

ISBN 978-3-89975-132-1

Verlagsverzeichnis schickt gern:  
Martin Meidenbauer Verlagsbuchhandlung  
Erhardtstr. 8  
D-80469 München

[www.m-verlag.net](http://www.m-verlag.net)

## **Vorwort**

Die vorliegende Arbeit ist die überarbeitete Fassung meiner von der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum angenommenen Habilitationsschrift. Am 5. Juli 2006 wurde mir die Lehrbefugnis für das Fach "Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin" erteilt.

Mein Dank gilt allen, die mich beim Zustandekommen dieser Arbeit unterstützt haben, für fachliche Hinweise und Korrekturen ebenso wie für Rat und Ermunterung.

Namentlich möchte ich an dieser Stelle nennen:

Prof. Dr. Irmgard Müller, PD Dr. Stefan Schulz, PD Dr. Christian Schulze und Dr. Daniela Watzke, die am Lehrstuhl für Geschichte der Medizin, heute Abteilung für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, an der Ruhr-Universität Bochum wissenschaftlich tätig sind bzw. waren, die Sekretärinnen Edith Bourree und Alexandra Luckau sowie unseren Bibliothekar Manfred Job, M.A., dem der Dank gleichzeitig stellvertretend für die Bibliothekarinnen und Bibliothekare gilt,

die Fachkollegen Dr. Fritz Dross, Prof. Dr. Volker Hess, Prof. Dr. Werner Kümmel, Prof. Dr. Wolfgang Locher, Prof. Dr. Norbert Paul, Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedebach, Prof. Dr. Eduard Seidler, Prof. Dr. Dr. Rolf Winau † und Dr. Horst-Peter Wolff,

Annett Büttner, M.A., Dr. Caroline Gigl und Prof. Dr. Reimund Haas stellvertretend für die Archivarinnen und Archivare,

Dr. Norbert Friedrich von der Fliedner-Kulturstiftung Kaiserswerth,

meine Familie und meinen Freundeskreis, PD Dr. Gerald Dietrich, Kirsten Dietrich, Martin Erbe, Benita Geiger, Dr. Joachim Geiger, Annemarie Plassmann, Christa Plassmann, Prof. Dr. Engelbert Plassmann, Dr. Otto Plassmann, Heike Schmidt-Dessel, Dr. Birgit Schweikardt, Stephan Schweikardt und insbesondere meine Eltern, Dr. Manfred Schweikardt und Dr. Bärbel Schweikardt.

Ebenso gilt mein besonderer Dank der Robert Bosch Stiftung, die diese Veröffentlichung durch einen namhaften Druckkostenzuschuß gefördert hat.

Teile der Forschungsergebnisse sind bereits in Zeitschriften und Buchbeiträgen veröffentlicht worden. In den jeweiligen Kapiteln wird durch eine entsprechende Fußnote darauf verwiesen.

Ziel dieser Ausgabe ist es, den Text einer breiten Leserschaft zugänglich zu machen. Mein Dank gilt daher dem Martin Meidenbauer Verlag für die Veröffentlichung sowohl im Druck als auch im Internet.

Bochum, im Frühjahr 2008  
Christoph Schweikardt

## Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	11
I.1. Die Ausgangsproblematik	11
I.2. Nutzen und Grenzen des Professionalisierungsbegriffs	13
I.3. Definitionen zur Einteilung der in der Krankenpflege tätigen Personen	22
I.4. Forschungsstand und forschungsleitende Fragestellungen	25
I.5. Die Quellen	32
II. Hauptteil	35
II.1. Die Krankenpflege seit dem frühen 19. Jahrhundert	35
II.1.1. Die Rahmenbedingungen: die politischen und rechtlichen Strukturen in Preußen	35
II.1.2. Die Krankenpflege am Ende des 18. Jahrhunderts	40
II.1.3. Forderungen von Vertretern der Aufklärung und die Initiativen von Franz Anton Mai	45
II.1.4. Die Gründung der Krankenpflegeschule an der Charité	50
II.1.5. Gescheiterte Pläne zur Reform des Krankenpflegewesens im Zuge der Medizinalreform	57
II.1.6. Religiöser Aufbruch, Caritas und Missionskonkurrenz: Der Erfolg der konfessionellen Krankenpflege	61
II.1.6.1. Die katholische Krankenpflege	61
II.1.6.2. Die evangelische Diakonie	64
II.2. Die Krankenpflege als qualifizierter Frauenberuf: England als Vorbild für Preußen?	68
II.2.1. Krankenpflege-Reformen in England: Etablierung eines qualifizierten Frauenberufs in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts	68
II.2.2. Rudolf Virchows Initiative zur Reform der Krankenpflege in Berlin	76
II.2.3. Die Entstehung der Schwesternschaften des Roten Kreuzes	81
II.3. Das Scheitern einer staatlich geförderten "weltlichen" Krankenpflege in den 1870er Jahren	90
II.3.1. Die Initiativen der Bezirksregierung Düsseldorf und des Apothekers Lehfeldt	90
II.3.2. Das Scheitern der Reformversuche des preußischen Kultusministeriums	95

II.4. Die Entwicklung der Krankenpflege bis zu den 1880er Jahren	101
II.4.1. Statistische Gegebenheiten	101
II.4.2. Die Krankenpflege als nichtstaatliche Aufgabe christlicher Verbände	109
II.5. Umbruch in der Krankenpflege durch Expansion des Gesundheitswesens und Neuerungen in Diagnostik und Therapie	113
II.5.1. Der Ausbau des Krankenhauswesens und die Landkrankenpflege-Bewegung	113
II.5.2. Die Zunahme des Krankenpflegepersonals nach den statistischen Erhebungen von 1898 und 1909	118
II.5.3. Bedingungen für die Ausübung der Krankenpflegetätigkeit	122
II.5.4. Wurde die Krankenpflege zum "bürgerlichen Frauenberuf"?	126
II.5.5. Steigende fachliche Anforderungen an das Krankenpflegepersonal	130
II.6. Die Leistungen, Interessen und politischen Mitwirkungsmöglichkeiten der Krankenpflegeverbände	138
II.6.1. Modernisierungsforderungen und konfessionelle Selbstbehauptung: die katholische Krankenpflege	138
II.6.2. Im Abseits: das Präsidium der Kaiserswerther Generalkonferenz	147
II.6.3. In Konkurrenz zur Mutterhausdiakonie: der Evangelische Diakonieverein	149
II.6.4. Dem Militär verpflichtet: die Schwesternschaften des Roten Kreuzes	154
II.6.5. Im Kampf um Anerkennung: die B.O.K.D.-Schwestern zwischen Mutterhausverbänden und Gewerkschaften	158
II.6.6. In der schwächsten Position: Wärter und Wärterinnen – mühsamer Beginn gewerkschaftlicher Organisation	165
II.7. Reichsgewerbeordnung, ärztliche Standespolitik und die Bewegung der "wissenschaftlichen Krankenpflege"	173
II.7.1. Die Reichsgewerbeordnung: Liberalisierung der Gesundheitsberufe	173
II.7.2. Die Heilgehilfen – von gefügiger Unterstützung zu ungeliebter Konkurrenz	175
II.7.3. Ärztliche Standesinteressen mit Blick auf die Krankenpflege	179



II.7.4. Der ärztliche Kampf um die Leitungsfunktion im Krankenhaus	183
II.7.5. Die Bewegung der "wissenschaftlichen Krankenpflege" in den 1890er Jahren	192
II.7.5.1. Das ärztliche Netzwerk	192
II.7.5.2. Martin Mendelsohns "Comfort des Kranken" und die "Notes on Nursing"	194
II.7.5.3. Die Bemühungen Martin Mendelsohns um die Etablierung der "wissenschaftlichen Krankenpflege"	199
II.8. Entwürfe zur Reform der Krankenpflege von bürgerlicher Frauenbewegung und ärztlicher Seite	207
II.8.1. Reformentwürfe aus dem Umfeld der bürgerlichen Frauenbewegung	207
II.8.2. Der Reformentwurf Otto Mugdans	213
II.8.3. Der Reformentwurf Eduard Dietrichs	215
II.9. Die gesetzgeberischen Entscheidungsprozesse zwischen 1900 und 1914	222
II.9.1. Das institutionelle Gefüge: gesetzgeberische Möglichkeiten und beteiligte Institutionen	222
II.9.2. Die Angriffe Otto Antricks und die Reaktionen von Reichsregierung und preußischer Regierung	226
II.9.3. Die Verzögerungstaktik der Reichsregierung zur Abwehr von Forderungen aus dem Reichstag	232
II.9.4. Vor den Entscheidungen auf Reichsebene: gesetzgeberische Vorarbeiten zwischen 1900 und 1903	240
II.9.5. Der Weg des Reformpakets durch Reichsgesundheitsrat und Bundesrat	243
II.9.6. Die Umsetzung des Bundesratsbeschlusses in Preußen durch Einbeziehung von Kommunen und Verbänden	246
II.9.7. Normierung der theoretischen Anforderungen: die Herausgabe des amtlichen Krankenpflegelehrbuchs von 1909	257
II.9.8. Folgen der Einführung der Krankenpflegeprüfung bis zum Vorabend des 1. Weltkriegs	262
III. Ergebnisse	267
III.1. Die Krankenpflege: Stiefkind des preußischen Medizinalwesens	267
III.2. Kein Übergang zum Krankenpflegeberuf als "bürgerlichem Frauenberuf"	272

III.3. Marginale berufspolitische Mitwirkungsmöglichkeiten des Pflegepersonals	276
III.4. Die Bedeutung der Ärzteschaft für die Normierung der Krankenpflege	278
III.5. Die Abwehr eines säkularen und ungebundenen Berufsstands	282
III.6. Charakteristika von Entscheidungsprozeß und Umsetzung des Krankenpflegeexamens	286
IV. Ausblick	290
V. Nachwort	296
VI. Quellen- und Literaturverzeichnis	300
VI.1. Ungedruckte Quellen	300
VI.2. Gedruckte Quellen	303
VI.3. Fachliteratur	318
VI.4. Internet-Ressourcen	337

# I. Einleitung

## I.1. Die Ausgangsproblematik

Seit den 1980er Jahren verstärkt sich in Deutschland die Debatte um die Professionalisierung der Pflegeberufe. Als Vorbild dient dabei der Krankenpflegeberuf in England und den USA, wo die Ausbildung an der Universität bzw. an Colleges stattfindet und die Pflegeforschung international anerkannt ist.<sup>1</sup> Dies wird der Situation in Deutschland gegenübergestellt: Pflegekräfte kritisieren die schlechte Bezahlung, das geringe Ansehen der Pflegeberufe in der Öffentlichkeit, geringe Aufstiegs- und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten, die geringe Akademisierung, die starke Anbindung der Pflege an die Medizin mit dem damit verbundenen geringen Maß an Eigenverantwortlichkeit sowie Mängel in der Aus-, Fort- und Weiterbildung.<sup>2</sup> Der immer offenkundiger werdende Pflegenotstand gefährde zunehmend die Sicherstellung des Bedarfs an Pflegekräften.<sup>3</sup>

Von Seiten der Gesellschaftsforschung wird für Deutschland auf die schwache Position der nichtärztlichen Berufe gegenüber dem Ärztestand und auf einen "institutionellen Vorsprung des Arztberufs" hingewiesen: Der Ärztestand ist berufsrechtlich in Ärztekammern organisiert, was Kontrollmöglichkeiten über den Marktzutritt, Definitionskompetenzen über Weiterbildungsinhalte sowie die Festlegung und Überwachung einer Berufsordnung mit sich bringt. Eine derartige Form der Institutionalisierung von Selbstverwaltungsrechten ist hierzulande der Ärzteschaft vorbehalten.<sup>4</sup> In Deutschland gibt es keine den Ärztekammern vergleichbaren Pflegekammern, während der Krankenpflege in Großbritannien und den USA die Nachahmung ärztlicher Organisationsmodelle gelang.

---

<sup>1</sup> Zur Pflegeforschung vgl. KÄPPELI (1998), Standortbestimmung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung, S. 29-42; zur Entwicklung der Pflegeforschung aus US-amerikanischer Sicht vgl. LOBIONDO-WOOD (2005), Pflegeforschung, S. 16-27, sowie POLIT/BECK/HUNGLER (2004), Lehrbuch Pflegeforschung, S. 40-43. Zu Deutschland aus Sicht der Pflege siehe BARTHOLOMEYCZYK (2004), Vorwort zur deutschen Ausgabe, S. 25-34.

<sup>2</sup> Vgl. LÖSER (1995), Pflege studieren, S. 7.

<sup>3</sup> Zur derzeitigen Situation in der Pflege vgl. ENQUÊTE-KOMMISSION "SITUATION UND ZUKUNFT DER PFLEGE IN NRW" (2005), Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen, im Internet abrufbar unter <http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/home.jsp>, Suche: Kommission Pflege.

<sup>4</sup> DÖHLER (1997), Die Regulierung von Professionsgrenzen, S. 89.

Im September 2000 veröffentlichte die Kommission "Zukunftswerkstatt Pflegeausbildung", die sich aus leitenden Pflegekräften und Universitätsangehörigen zusammensetzte, einen Bericht mit dem Titel "Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung".<sup>5</sup> Sie wertete die seit den 1980er Jahren einsetzende Verankerung pflegewissenschaftlicher Studiengänge an den Universitäten und die universitären Studiengänge zur Lehrerausbildung mit dem Schwerpunkt Pflege als einen Vorgang von großer Bedeutung.<sup>6</sup> Allerdings sah sie auch Defizite aus einem nicht ausreichend entwickelten berufspolitischen Bewußtsein heraus. Es fehlten klare Aussagen darüber, über welche Kompetenzen qualifiziert ausgebildete Pflegepersonen verfügten und welches Ausmaß an Verantwortung die Berufsangehörigen zu übernehmen in der Lage seien.<sup>7</sup> Die Kommission sah eine Belastung der Gegenwart durch die Strukturen der Vergangenheit. Als systemimmanente Defizite nannte sie unter anderem die Einbindung in die Krankenhausstrukturen, die formal-rechtlichen Vorgaben des Gesetzgebers und den Mangel an wissenschaftlichen Erkenntnissen in der Pflege. Die pflegerischen Ausbildungen in Deutschland hätten sich bisher stets innerhalb der vor annähernd 100 Jahren gegebenen Normen und Formen entwickelt.<sup>8</sup>

Damit kommen die Entscheidungen über den Krankenpflegeberuf, die in Deutschland vor dem 1. Weltkrieg im deutschen Kaiserreich fielen und zum Verständnis der heutigen Situation einen wesentlichen Beitrag leisten, ins Blickfeld. Die Zeit zwischen Jahrhundertwende und 1. Weltkrieg stellte einen Kulminationspunkt in der Berufsgeschichte der Krankenpflege dar. In diese Zeit fallen entscheidende gesetzliche Normierungen, deren grundlegende Merkmale den Krankenpflegeberuf bis heute prägen. In Preußen wurden mit dem Krankenpflegeexamen von 1907 erstmals landesweite Qualifikationsanforderungen eingeführt. Die gesetzlichen Festlegungen bilden einen Schnittpunkt längerfristiger Entwicklungslinien und beruhen auf im 19. Jahrhundert geschaffenen Voraussetzungen. Deshalb sollen in einem Rückgriff auf das frühe 19. Jahrhundert bereits bekannte Faktoren aus der Krankenhaus- und Verbandsgeschichte unter neuem Blickwinkel einbezogen werden. Die Beziehung des Staates zur Krankenpflege und damit den Schnittpunkt zwischen Berufsgeschichte, kirchlichen und konfessionellen Traditionen und Politik zum Schwerpunkt

---

<sup>5</sup> ROBERT BOSCH STIFTUNG (2000), Pflege neu denken.

<sup>6</sup> ROBERT BOSCH STIFTUNG (2000), Pflege neu denken, S. 18.

<sup>7</sup> ROBERT BOSCH STIFTUNG (2000), Pflege neu denken, S. 17.

<sup>8</sup> ROBERT BOSCH STIFTUNG (2000), Pflege neu denken, S. 14.

der vorliegenden Arbeit zu machen, lag schon deshalb nahe, weil Claudia Huerkamp bereits die große Bedeutung des Staates für die Entwicklung des Ärztestands nachgewiesen hat.<sup>9</sup> Der Staat konnte Qualifikationsanforderungen stellen und diese durch Bildungspatente wie Diplome aufwerten. Es lag in seiner Hand, Institutionen zur Ausbildung zu schaffen oder anzuerkennen. Der Staat als Lizenzgeber konnte erbrachte Leistungen als notwendig und schützenswert einstufen und honorieren oder auch abwerten. Daher liegt es nahe, vor dem Hintergrund der Strukturen des preußischen Gesundheitswesens Entwicklungen in der Krankenpflege hin zu einer qualifizierten Tätigkeit und zu einem Beruf zu untersuchen und fördernde wie auch hemmende Faktoren einzubeziehen.

## **I.2. Nutzen und Grenzen des Professionalisierungsbegriffs**

In der historischen Forschung wurde die Entwicklung von Berufen mit Hilfe der Konzepte von "Professionalisierung" und "Verberuflichung" untersucht. Allgemein kann man von Tendenzen der "Verberuflichung" sprechen, soweit es sich um die Definition bzw. Normierung eines Tätigkeitsfeldes, die Vereinheitlichung der Ausbildung, die Regelung von Lohn- und Arbeitsbedingungen oder die Einbeziehung in die Sozialversicherungen handelt.

Soziologisch läßt sich der Berufsbegriff auf einem Kontinuum darstellen, das von der einfachen Verrichtung von Arbeit über den Beruf bis zur Profession reicht.<sup>10</sup> "Verberuflichung" bezieht sich damit auf den Übergang von der Arbeitsverrichtung zum Beruf. Dem "Beruf" wird dabei "ein mittlerer Grad der Systematisierung des Wissens und der sozialen Orientierung" zugeordnet.<sup>11</sup> "Professionalisierung" bezeichnet den Übergang vom Beruf zur Profession und wird im "Lexikon der Soziologie" definiert als

"Spezialisierung und Verwissenschaftlichung von Berufspositionen aufgrund gesteigerter Anforderungen an das für die Berufsausübung erforderliche Fachwissen, verbun-

---

<sup>9</sup> HUERKAMP (1985), Der Aufstieg der Ärzte. Auch Anne Marie Rafferty hat in ihrer Untersuchung zur Geschichte der Krankenpflege in Großbritannien zwischen der Mitte des 19. Jahrhunderts und 1948 davor gewarnt, die Rolle des Staates für die Entwicklung der Krankenpflege zu unterschätzen. Vgl. RAFFERTY (1996), The Politics of Nursing Knowledge, S. 183.

<sup>10</sup> Grundlegend: HARTMANN (1972), Arbeit, Beruf, Profession.

<sup>11</sup> DAHEIM (1994), Verberuflichung, S. 707. Vgl. HARTMANN (1972), Arbeit, Beruf, Profession, S. 40.

den mit einer Höherqualifizierung der Berufsausbildung, der Einrichtung formalisierter Studiengänge, einer Kontrolle der Berufsqualifikation und des Berufszuganges durch Fachprüfungen, der Organisation der Berufsangehörigen in besonderen Berufsverbänden, der Kodifizierung berufsethischer Normen, der Zunahme universeller Leistungsorientierung und beruflicher Autonomie sowie einer Steigerung von Berufsprestige und -einkommen."<sup>12</sup>

Mit Blick auf die Krankenpflege hat Annegret Veit die Begriffe "Profession" und "Professionalisierung" einschließlich des geschichtlichen Entstehungszusammenhangs umfassend untersucht.<sup>13</sup> Dabei stellt sie fest, dass sich in der Literatur bis heute kein Konsens bezüglich des Professionalisierungsbegriffs findet.<sup>14</sup>

In der Verbandsgeschichte der Pflege wurde der Begriff der "Professionalisierung" verwendet, um die Entwicklung der Krankenpflege im frühen 20. Jahrhundert zu beschreiben. Ganz unterschiedliche Vorgänge wurden dabei mit "Professionalisierung" belegt, zum Beispiel steigende Anforderungen an die Qualifikation, die Einführung des Krankenpflegeexamens in Preußen im Jahr 1907, der zunehmende Umfang theoretischen Wissens in der Krankenpflege oder die Gründung eines Berufsverbands.<sup>15</sup>

---

<sup>12</sup> BÜSCHGES (2007), Professionalisierung, S. 514.

<sup>13</sup> VEIT (2002), Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege. <http://www.opus.ub.uni-erlangen.de/opus/volltexte/2004/23/pdf/dissertation.pdf>. Siehe Kapitel I: Professionstheoretische Überlegungen und Kapitel II: Die Krankenpflege auf dem Weg zur Profession.

<sup>14</sup> VEIT (2002), Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege, S. 24, Anm. 4.

<sup>15</sup> Norbert Friedrich sieht eine Professionalisierung des Pflegebereichs im Zusammenhang mit der beginnenden medizinischen und funktionalen Ausdifferenzierung der Krankenhäuser im 19. Jahrhundert. FRIEDRICH (2008), Religion und Krankenpflege – einige historische Anmerkungen, S. 55. Die Einführung von Ausbildungs- und Prüfungsbedingungen war für den Historiker Thomas Nipperdey dafür ausschlaggebend, in seiner Gesamtschau der deutschen Geschichte zwischen 1866 und 1918 eine Professionalisierung der Tätigkeit des Krankenpflegepersonals vor dem 1. Weltkrieg zu konstatieren. Vgl. NIPPERDEY (1990), Deutsche Geschichte 1866-1918, Bd. 1, S. 156-158. Für Ruth Elster begann mit dem Gründungsjahr der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands 1903 und dem preußischen Krankenpflegeexamen von 1907 die Professionalisierung der Krankenpflege. ELSTER (2000), Der Agnes-Karll-Verband, S. 16, S. 20. Erwin Gatz sah eine seit Anfang des 20. Jahrhunderts einsetzende "Professionalisierung" der Krankenpflege in Ausbildung und Fortbildung, die von den Orden voll mitgetragen worden sei. GATZ (1997), Krankenfürsorge, S. 127. Brigitte Kerchner machte in ihrer Untersuchung der B.O.K.D. im Vergleich zu anderen Frauenberufsverbänden einen Prozeß der "Säkularisierung und

Dem stehen Professionalisierungsdefinitionen und -merkmale gegenüber, die in den Sozialwissenschaften für die Beschreibung freier akademischer Berufe, insbesondere des Ärztetands, entwickelt wurden. Eliot Freidson, ein führender amerikanischer Medizinsoziologe, schuf in seiner klassischen Studie von 1970 am Beispiel des Ärztetands in den USA den Idealtypus eines Berufs als "Profession".<sup>16</sup> Als "Professionalisierung" beschrieb er den Aufstieg des Ärztetands mit Hilfe staatlicher Unterstützung und ihrer eigenen Berufsorganisation an die Spitze des Gesundheitswesens, so daß dieser das Recht erlangte, die Arbeitsteilung auf dem Gebiet der Medizin zu diktieren.<sup>17</sup> Freidson zufolge wird allein der medizinischen Profession die Fähigkeit zugesprochen, Krankheit zu diagnostizieren, zu behandeln oder die Behandlung zu leiten sowie entsprechende Dienstleistungen zu beurteilen. Alle von anderen Berufen vollzogene und auf den Dienst am Patienten bezogene Arbeit sei der Weisung des Arztes unterworfen.<sup>18</sup> Die Stärke der medizinischen Profession beruht Freidson zufolge in dem gesetzlich abgesicherten Monopol von Dienstleistungen wie die Einweisung von Patienten in Krankenhäuser, der Verschreibung von Arzneien oder der Anordnung von Laboruntersuchungen und der Garantie dieses Monopols durch den Staat.<sup>19</sup>

Freidson sah als strategisch wichtigstes Kriterium für die Unterscheidung, ob ein Beruf eine Profession darstelle oder nicht, die professionelle Autonomie, d. h. die Möglichkeit der Professionsangehörigen, die Inhalte ihrer Berufsausübung selbst festzulegen und sich dabei nicht von

---

Professionalisierung" des Krankenpflegestandes um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert aus. KERCHNER (1992), Beruf und Geschlecht, S. 170. Kerstin Lutzer schloß sich in ihrer Dissertation über den Badischen Frauenverein vom Roten Kreuz der Auffassung von Brigitte Kerchner an. LUTZER (2002), Der Badische Frauenverein, S. 452f. Beide sehen einen beginnenden Wandel der Krankenpflege vom karitativen Dienst am kranken Nächsten hin zu einem weltlichen Beruf für Frauen. Siehe auch RIESENBERGER (1994), Zur Professionalisierung und Militarisierung der Schwestern vom Roten Kreuz, S. 49-72. Susanne Ude-Koeller wertet die Implementierung einer Berufsethik in der Pflege als Zeichen einer Professionalisierung. UDE-KOELLER (2008), Kommentar Quelle I,13: Ethikkodex des Weltbundes der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN) in der Version von 2005, S. 126.

<sup>16</sup> FREIDSON (1979), Der Ärztetand.

<sup>17</sup> Vgl. FREIDSON (1979), Der Ärztetand, S. 42.

<sup>18</sup> FREIDSON (1975), Dominanz der Experten, S. 100.

<sup>19</sup> FREIDSON (1975), Dominanz der Experten, S. 60. Zur Entwicklung der ärztlichen Profession in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts vgl. FREIDSON (2001), Professionalism, S. 182-193.

Außenstehenden kontrollieren zu lassen.<sup>20</sup> Die Ärzteschaft besitze an der Spitze einer Hierarchie institutionalisierten Expertentums die Autorität, die Tätigkeit anderer zu dirigieren und zu beurteilen, ohne daß sie selbst umgekehrt einer formellen Richtlinienggebung und Beurteilung durch diese anderen unterworfen wäre.<sup>21</sup>

Freidson bezeichnete Berufsmerkmale der Krankenpflege als typisch für eine "Paraprofession". Die wichtigsten Attribute einer paraprofessionellen bzw. paramedizinischen Berufsgruppe sind nach Freidson, daß sie von etablierten Professionen durch ihren relativen Mangel an Autonomie, Verantwortung, Autorität und Prestige unterschieden werden können: ein Großteil des Fachwissens stammt von Ärzten; zentrale Aufgaben in Therapie und Diagnostik werden durch die von Paramedizinern ausgeführten Aufgaben eher unterstützt als ersetzt; ihre Angehörigen haben eine dem Arzt untergeordnete Stellung inne; ihr Prestige in der Öffentlichkeit ist im Vergleich zu dem der Ärzte geringer. Nach Freidson bezieht sich der Ausdruck "paramedizinisch" auf Berufsgruppen, die mit der Heiltätigkeit des Arztes zu tun haben und letztlich von Ärzten kontrolliert werden,<sup>22</sup> und zwar auch hinsichtlich des Arbeitsmarktes.<sup>23</sup>

Dem steht die Haltung der amerikanischen Krankenpflege-Berufsverbände gegenüber, die für die Krankenpflege den Status einer Profession in Anspruch nehmen.<sup>24</sup> Eine andauernde Herausforderung sei es, den Respekt zu erhalten, den Krankenschwestern von Seiten Angehöriger anderer Professionen und der Öffentlichkeit verdienten. Die Krankenpflege erfülle neun charakteristische Merkmale einer Profession: Eine Ausbildung sei notwendig, um eine sichere und effektive Ausübung des Berufs zu gewährleisten. Mitglieder der Profession unterstünden einem ethischen Codex, nämlich den 11 Richtlinien der "American Nurses Association". Sie wirkten in professionellen Organisationen mit, seien rechenschaftspflichtig für fortdauernde Weiterbildung und professionelle Kompetenz, veröffentlichten und verbreiteten ihr Wissen und die Fortschritte in ihrer Profession,

---

<sup>20</sup> FREIDSON (1975), Dominanz der Experten, S. 95-97. HUERKAMP (1985), Der Aufstieg der Ärzte, S. 16.

<sup>21</sup> FREIDSON (1975), Dominanz der Experten, S. 97.

<sup>22</sup> FREIDSON (1979), Der Ärztestand, S. 43.

<sup>23</sup> FREIDSON (1979), Der Ärztestand, S. 43-48.

<sup>24</sup> Vgl. zum Folgenden: AMERICAN NURSES ASSOCIATION (2005), A Call to the Nation. <http://nursingworld.org/naf> (nicht mehr im Internet verfügbar; noch verfügbar: Nursing's Agenda for the Future. A Call to the Nation (April 2002). <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/HealthcareandPolicyIssues/Reports/AgendafortheFuture.aspx>).



seien autonom innerhalb ihres Aufgabengebiets bei der Berufsausübung und verantwortlich für die Ergebnisse und Konsequenzen ihrer Entscheidungen. Sie entwickelten, evaluierten und nutzten Theorie als eine Basis für die Praxis und beteiligten sich an der Forschung.<sup>25</sup>

In der historischen Forschung wurden Professionalisierungsprozesse speziell im 19. Jahrhundert untersucht. Für die geschichtliche Betrachtung wurde Freidsons Professionalisierungsbegriff von Magali Sarfatti-Larson kritisiert und weiterentwickelt.<sup>26</sup> Sie betonte den jeweiligen historischen Kontext einer "Professionalisierung" und wies darauf hin, daß ihre Aussagen nur für England und Amerika Geltung beanspruchen könnten. Dabei bezog sie sich auf die unterschiedlichen gesellschaftlichen und politischen Bedingungen im Vergleich zu den mitteleuropäischen Staaten. Mit Blick auf Untersuchungen zu Deutschland hat Dietrich Rüschemeyer dargelegt, daß Berufe mit einer besonderen Wissensbefähigung von spezifischer Bedeutung für moderne Gesellschaften sind und die Untersuchung von Expertenberufen spezifische historische Konstellationen widerspiegelt.<sup>27</sup>

Für den Aufstieg des Ärztetands in Deutschland im Verlauf des 19. Jahrhunderts lehnte sich Claudia Huerkamp an die von Freidson und Sarfatti-Larson entwickelten Kriterien an, wobei sie die bedeutend größere Rolle des preußisch-deutschen Staates für den Professionalisierungsprozeß der Ärzteschaft im Vergleich zu England und Amerika heraushob.<sup>28</sup> Auch für die Herausbildung anderer Berufe in Deutschland wie den des Chemikers und des Volksschullehrers wurde das Modell einer "Professionalisierung" verwendet, und zwar zum Teil in Abwandlung der von Freidson aufgestellten Kriterien.<sup>29</sup> Von Seiten der Frauenforschung wurde

---

<sup>25</sup> ROBUSTO (2003), What you need to know about nursing. <http://nursing.about.com/library/blprof.htm>. MILLER/ADAMS/BECK (1993), A Behavioral Inventory for Professionalism in Nursing, S. 290-295.

<sup>26</sup> SARFATTI LARSON (1977), The Rise of Professionalism.

<sup>27</sup> RÜSCHEMEYER (1980), Professionalisierung, S. 311.

<sup>28</sup> HUERKAMP (1985), Der Aufstieg der Ärzte, S. 306f. Zur internationalen Einordnung vgl. BURNHAM (1998), How the Idea of Profession Changed the Writing of Medical History, S. 1-24.

<sup>29</sup> Vgl. hierzu die Beiträge in Geschichte und Gesellschaft 6 (1980): RÜSCHEMEYER (1980), Professionalisierung, S. 311-325. BURCHARDT (1980), Professionalisierung oder Berufskonstruktion? Das Beispiel des Chemikers im wilhelminischen Deutschland, S. 326-348. HUERKAMP (1980), Ärzte und Professionalisierung in Deutschland, S. 349-382. SKOPP (1980), Auf der untersten Sprosse: Der Volksschullehrer als "Semi-Professional", S. 383-402. Vgl. auch: CONZE/KOCKA (1985), Bildungsbürgertum im 19. Jahrhundert. Teil I: Bildungssystem und Professionalisierung in internationalen Vergleichen. Vgl. auch KERCHNER (1992), Beruf und Geschlecht, S. 13, S. 38.

die Bedeutung der Geschlechtskomponente bei Professionalisierungsprozessen akademischer Berufe in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts hervorgehoben, wobei die Medizin ausdrücklich eingeschlossen wurde.

Angelika Wetterer zufolge ging der Ausschluß von Frauen vom Zugang zur Universität mit der Institutionalisierung einer geschlechtshierarchischen Arbeitsteilung zwischen männlich dominierten Professionen und weiblichen Semiprofessionen einher.<sup>30</sup> In diesem Zusammenhang läßt sich hinterfragen, wie sich die Entwicklung in der Krankenpflege aus den prominenten Denkmustern der Zeit heraus erklären läßt. Der männlichen Ärzteschaft stand das überwiegend weibliche Krankenpflegepersonal gegenüber. Inwieweit geschlechtsspezifische Momente bei der Verfolgung ärztlicher Standesinteressen und die ärztlicherseits vertretene Überzeugung, daß für die Frau die Krankenpflege und nicht die Medizin die angemessene Tätigkeit sei, wird also mit zu berücksichtigen sein.

Moderne soziologische Untersuchungen greifen für die Analyse aktueller Entwicklungen auf die bisher vorhandene Sekundärliteratur zurück, um längerfristige zeitliche Prozesse mit einzubeziehen. Karin Haug vertrat in ihrer Untersuchung über die Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften in deutschen und englischen Krankenhäusern gegenüber Freidson eine "modifizierte Position der Professionstheorie". Sie argumentierte, nicht die einseitige Herrschaft der Profession über alle inhaltlichen Fragen der beherrschten Paraprofessionen entspreche den empirischen Tatsachen, sondern es gebe Verhandlungen zwischen der ärztlichen Profession und anderen Gesundheitsberufen, deren Ergebnis durch die Durchsetzungschancen beider Berufsgruppen bestimmt werde.<sup>31</sup> Die Professionstheorie beziehe die Rolle der nichtmedizinischen Gesundheitsberufe nicht in die historische Entwicklung mit ein, indem diese entweder gänzlich vernachlässigt würden oder als passive Manövriermasse der ärztlichen Interessen modelliert würden.<sup>32</sup> Die Professionstheorie sei statisch und widerspreche empirischen Befunden. Es gebe keine deterministische Entwicklung, die zur zwangsläufigen Aneignung einer impliziten Reihenfolge professioneller Elemente führe.<sup>33</sup> Unterschiedliche Entwicklungen ärztlicher Untergruppen blieben unberücksichtigt, und dem Staat

---

<sup>30</sup> WETTERER (1995), Die soziale Konstruktion von Geschlecht in Professionalisierungsprozessen, S. 16f. Zum Widerstand der Ärzteschaft gegen die Zulassung von Frauen zum Medizinstudium vgl. HEROLD-SCHMIDT (1997), Ärztliche Interessenvertretung im Kaiserreich, S. 68-71.

<sup>31</sup> HAUG (1994), Die vertikale Arbeitsteilung im Gesundheitswesen, S. 29.

<sup>32</sup> HAUG (1994), Die vertikale Arbeitsteilung im Gesundheitswesen, S. 30.

<sup>33</sup> HAUG (1994), Die vertikale Arbeitsteilung im Gesundheitswesen, S. 31.

werde keine aktive, gestaltende Rolle zugestanden.<sup>34</sup> Im Vordergrund ihrer Arbeit stehe die Entstehung eines Berufs, nämlich der der Krankenschwestern und -pfleger. Die relativ geringen Durchsetzungschancen der deutschen Krankenpflege würden nicht als aufholbare Zeitverzögerung interpretiert, indem die Pflegeverbände quasi hinter der bereits vollzogenen Aneignung in anderen Ländern 'hinterherhinkten', sondern es würden im spezifisch deutschen Prozeß historische Aneignungsversuche und -blockaden rekonstruiert.<sup>35</sup>

Geschichtliche Studien machen deutlich, daß historische Entwicklungen mitunter anders verlaufen, als Professionalisierungstheorien erwarten lassen würden. Dies hat Claudia Huerkamps grundlegende Studie über die Professionalisierung der Ärzteschaft im 19. Jahrhundert am Beispiel der Kurierfreiheit deutlich gezeigt. Eine entscheidende Weichenstellung war die Einführung der Kurierfreiheit im Norddeutschen Bund 1869 und in der Folge im Deutschen Reich ab 1871 durch eine entsprechende Formulierung der Gewerbeordnung. Ausgerechnet Ärzte der Berliner Medizinischen Gesellschaft waren es, die in einer Petition dafür plädierten, nur die Berufsbezeichnung "Arzt" und nicht das Kurieren selbst gesetzlich zu schützen. Dadurch wurde unlicenzierten Heilern die Möglichkeit zu eröffnet, in einem Kernelement ärztlichen Handelns, der Therapie, legal in Konkurrenz mit dem Ärztestand zu treten.<sup>36</sup> Später gelang es der Ärzteschaft nicht mehr, diese in der Gewerbeordnung von 1869/1871 festgeschriebene Festlegung auf Dauer rückgängig zu machen.<sup>37</sup>

Ein Kernelement von Professionen nach ihrer klassischen Definition ist die Autonomie, während die Krankenpflege in Kernbereichen ärztlicher Diagnostik und Therapie ein weisungsgebundener Beruf ist. Damit stellt sich die Frage nach relativer Autonomie bzw. nach der Grenzziehung zwischen den Kompetenzen von Krankenpflege- und Ärztestand. Diese läßt sich als ein im Umgang der Berufsgruppen miteinander veränderbares Ergebnis von Aushandlungs- oder Zuschreibungsprozessen deuten, die in verschiedenen Ländern und unterschiedlichen historischen Konstellationen zu verschiedenen Kompetenzverteilungen geführt haben. So gibt es

---

<sup>34</sup> HAUG (1994), Die vertikale Arbeitsteilung im Gesundheitswesen, S. 32.

<sup>35</sup> HAUG (1994), Die vertikale Arbeitsteilung im Gesundheitswesen, S. 31.

<sup>36</sup> Vgl. HUERKAMP (1985), Der Aufstieg der Ärzte, S. 254-261.

<sup>37</sup> Das Heilpraktikergesetz von 1939 sah zwar keine neuen Zulassungen als Heilpraktiker vor, weshalb die Ärzteschaft glaubte, ihre Interessen durchgesetzt zu haben, doch diese Bestimmung stand nicht in Übereinstimmung mit dem Grundgesetz und verlor daher nach dem Ende des 2. Weltkriegs ihre Gültigkeit. Vgl. GERST (2004), Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik, S. 213-219.

Bereiche, die von Angehörigen beider Berufsgruppen beansprucht werden könnten.<sup>38</sup> Eine Bluttransfusion kann beispielsweise von verschiedenen Berufsgruppen – in Deutschland nur vom Arzt, in England auch von der Transfusionsschwester – eingeleitet werden. Entsprechendes gilt für die Pflegeplanung, die Eigenständigkeit in der Ausführung medizinischer Tätigkeiten, die Organisation einer Station, die Zuständigkeit für Ausbildung und Prüfungen und die Entscheidung über die Zulassung zum jeweiligen nichtärztlichen Gesundheitsberuf.<sup>39</sup> Vom Professionalisierungsbegriff in seiner klassischen Definition bei Freidson soll daher für die vorliegende Arbeit Abstand genommen werden.

Es bietet sich vielmehr ein modifizierter Professionalisierungsbegriff an, um die Entwicklung der Krankenpflege zu einer qualifizierten Tätigkeit bzw. zu einem Fachberuf zu untersuchen. In diesem Zusammenhang sollen zur Untersuchung von Professionalisierungsprozessen benutzte Kriterien auf die Krankenpflege angepaßt werden. Michael Stolberg nennt als charakteristische Merkmale erfolgreicher Dienstleistungsberufe komplexe Theorien und Begrifflichkeiten, die Standardisierung der Ausbildung und des Dienstleistungsangebots, eine langwierige kostspielige Ausbildung, kollegiale Kontrolle und professionelles Ethos einer Verpflichtung auf das Allgemeinwohl. All diese Maßnahmen dienen der Kontrolle des Marktes, der Sicherung wirtschaftlicher Vorteile, der Hebung des gesellschaftlichen Status sowie der Erweiterung der eigenen Machtressourcen gegenüber konkurrierenden Anbietern, der prospektiven Klientel und der Gesamtgesellschaft.<sup>40</sup> Die Frage nach entsprechenden Merkmalen läßt sich dabei auch auf die Krankenpflege übertragen. Unter dem Oberbegriff der Qualifikation läßt sich die Frage nach Art und Umfang des geforderten Wissens stellen, für die Ausbildung die Frage nach Zugangsvoraussetzungen, einem formellen bzw. strukturierten Training, der wissenschaftlichen Basis des Curriculums, den Examina, der Zertifizierung – wie einem Diplom als bürgerlichem Bildungspatent – sowie der Registrierung bzw. der Lizenz zur Berufsausübung. Hinzu tritt die Frage nach der Schaffung staatlicher oder staatlich anerkannter Schulen oder Ausbildungsgänge, also Institutionalisierung bzw. Akademisierung der Ausbildung sowie der Fort-

---

<sup>38</sup> Zum Recht der Verschreibung von Medikamenten im US-amerikanischen Kontext siehe die Studie von KEELING (2007), *Nursing and the Privilege of Prescription 1893-2000*.

<sup>39</sup> Zur Arbeitsteilung im Gesundheitswesen vgl.: HAUG (1994), *Die vertikale Arbeitsteilung im Gesundheitswesen*. HAUG (1995), *Professionalisierungsstrategien, Durchsetzungspotentiale und Arbeitsteilung*.

<sup>40</sup> STOLBERG (1998), *Heilkundige: Professionalisierung und Medikalisierung*, S. 71f.

und Weiterbildung. Unter dem Oberbegriff der Autonomie lassen sich der Grad der Eigenständigkeit in der Berufsausübung, die Beziehung zu anderen Berufsgruppen (Über-, Unterordnung) wie auch die Kontrolle von Ausbildung und Berufsausübung durch den eigenen Berufsstand fassen. Weitere Merkmale für Professionalisierungstendenzen wären der Zusammenschluß in Berufsverbänden, die Schaffung von Berufscodizes zur internen Verhaltenskontrolle und die interne Sanktion abweichenden Verhaltens zur Hebung des gesellschaftlichen Prestiges der Berufsgruppe. Professionalisierungskriterien bilden eine Handhabe, um darzulegen, wie sich soziale Entwicklungen und politische Entscheidungen auf den von Führungspersonen des Berufsstands angestrebten Aufstieg des Krankenpflegestandes auswirkten. Die Kriterien können auch für einen weisungsgebundenen Beruf in verschiedenen Gesundheitssystemen graduelle Unterschiede in Entscheidungskompetenzen, Selbstorganisation und Autonomie deutlich machen.

Wichtige Gesichtspunkte bleiben in Professionalisierungskonzepten ausgeblendet. Daher besteht die Gefahr, daß das, was nicht ins beruflich-professionelle Schema paßt, von vorneherein abgewertet bzw. als Hemmschuh angesehen wird. Dies gilt insbesondere für die religiöse Komponente der Krankenpflege. Bei einer Untersuchung des 19. Jahrhunderts als eines noch in religiösen Weltbildern verwurzelten Zeitalters<sup>41</sup> muß man in Rechnung stellen, inwieweit religiöse Weltbilder, Motive und Werte handlungsleitend wurden und wie sich Organisationsformen außerhalb der beruflichen Sphäre, wie das des Mutterhaussystems, behaupteten. Aus Sicht der jeweiligen Kirche wäre hier der Erhalt des spezifisch Katholischen bzw. Evangelischen in der Krankenpflege, die Heiligung des eigenen Lebens, das Tätigkeitsfeld von Seelsorge und Mission zu nennen. Der Blick auf Verberuflichungs- und Aufstiegsprozesse soll deshalb ergänzt werden durch die Analyse von Modernisierungsbestrebungen, die unter christlichem Vorzeichen stattfanden: Inwieweit stellten sie eine erfolgreiche – das heißt, konkurrenzfähige – Alternative zu Aufstiegsbestrebungen und der Verberuflichung des nichtkonfessionellen Krankenpflegepersonals dar? Gerade das Kaiserreich läßt sich als Epoche hoher Modernisierungsdynamik in Wirtschaft und Wissenschaft bei bedeutendem Ausbau der

---

<sup>41</sup> Ob das 19. Jahrhundert als "Zweites Konfessionelles Zeitalter" betrachtet werden soll, wird derzeit in der Geschichtswissenschaft offen diskutiert. Vgl. BLASCHKE (2000), Das 19. Jahrhundert: Ein Zweites Konfessionelles Zeitalter? S. 38-75. KRETSCHMANN/PAHL (2003), Ein "Zweites Konfessionelles Zeitalter"? S. 369-392.

Sozialgesetzgebung deuten.<sup>42</sup> Auch für die konfessionellen Kreise stellte sich daher die Herausforderung, modern in dem Sinn zu sein, Antworten auf neue gesellschaftliche, wissenschaftliche und technische Entwicklungen zu finden. Speziell der Umbruch im Gesundheitswesen stellte konfessionelle Kreise vor die Herausforderung, dort die bis zum späten 19. Jahrhundert erreichte Stellung zu behaupten.

Eine konfessionelle Antwort auf neue Entwicklungen im Gesundheitswesen – Anpassungen von Organisationsstrukturen, die Einbeziehung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und der Umgang mit neuer medizinischer Technik wie auch mit Tendenzen zur Säkularisierung – mußte dabei nicht notwendigerweise mit Verberuflichungstendenzen einhergehen, wenn es galt, den Wesensgehalt dessen, was die jeweiligen Akteure unter "Krankenpflege" verstanden, zu bewahren. Daher geht es im wesentlichen um folgende Fragen: Wie erfolgreich war das jeweilige weltanschauliche konfessionelle Lager, seine Position im Krankenpflegewesen zu behaupten? Welchen Preis waren sie bereit, dafür zu bezahlen, und welche Bedeutung hatte dies für das Gesundheitswesen? Also: Modernisierung unter christlichem Vorzeichen als Gegenentwurf zur säkularen Welt oder als Kompromiß mit ihr?

Damit erschließt sich auch, daß im Untersuchungszeitraum keine linearen Prozesse einer Entwicklung hin zum Beruf stattgefunden haben. Vielmehr richtet sich der Blick auf wichtige Entwicklungs- und Entscheidungsstränge, die für die Krankenpflege in ihren verschiedenen Ausprägungen zwischen Modernisierungszwängen und Interessenskonflikten auf dem Weg zur qualifizierten Tätigkeit eine Rolle spielten. Die folgenden Definitionen sollen dabei die Vielfalt der Formen, in der die Krankenpflege ausgeübt wurde, besser handhabbar machen.

### **I.3. Definitionen zur Einteilung der in der Krankenpflege tätigen Personen**

Im 19. und frühen 20. Jahrhundert gab es in der Krankenpflege noch keinen "Berufsstand" im heutigen Sinne. Die weltanschauliche Orientierung und die soziale Zugehörigkeit des Krankenpflegepersonals waren sehr unterschiedlich. Grob lassen sich – mit verschiedenen Übergangsformen – drei

---

<sup>42</sup> Vgl. WEHLER (1995), Deutsche Gesellschaftsgeschichte, Bd. 3, S. 547-551 zur wirtschaftlichen Entwicklung, S. 1209-1224 zu den Universitäten, und S. 907-915 zur Sozialgesetzgebung.

Gruppen unterscheiden: Die erste große Gruppe bestand aus dem unter religiösem bzw. konfessionellem Vorzeichen tätigen Krankenpflegepersonal. Hierzu zählen Angehörige katholischer Orden, der evangelischen Mutterhausdiakonie, des Evangelischen Diakonievereins und des "Verein[s] jüdischer Krankenpflegerinnen". Die zweite große Gruppe umfaßt Vereinigungen, die seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts allmählich stärker ins Gewicht fallen und deren Zielgruppe ohne konfessionelle Vorgaben vor allem bürgerliche Frauen waren, also das Rote Kreuz, Berufsverbände wie die 1903 gegründete "Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands" (B.O.K.D.) und städtische Schwesternschaften. Die dritte große Gruppe umfaßt das in der Regel ungebildete Krankenpflegepersonal niedriger Schichten, das die Krankenpflege zum Broterwerb ausübte.

Die Krankenpflege war ein besonders wichtiges, wenn auch keineswegs das einzige karitative Betätigungsfeld der kirchlichen Gemeinschaften. Die Bezeichnung "Orden" wird wie in der zeitgenössischen Literatur als Sammelbegriff für katholische Gemeinschaften verwendet, ohne den kirchenrechtlichen Unterschied zwischen Orden und Kongregationen zu berücksichtigen. In der zeitgenössischen Literatur wurde "Barmherzige Schwestern" stellvertretend für weibliche katholische Gemeinschaften, die sich der Krankenpflege widmeten, verwendet. Das männliche Pendant lautete "Barmherzige Brüder". Zur Mutterhausdiakonie gehörende Schwestern werden als "Diakonissen" bezeichnet, das männliche Pendant als "Diakone". Frauen, die dem 1894 gegründeten Evangelischen Diakonieverein angehörten, werden im Unterschied zu den Diakonissen als "Diakonieschwestern" bezeichnet.

Unter "konfessionelle Krankenpflege" werden die Krankenpflegegemeinschaften der katholischen Orden und die der evangelischen Diakonie geführt. Der auf dem Fundament einer anderen Glaubensrichtung ebenfalls unter religiösem Vorzeichen tätige, zahlenmäßig unbedeutende "Verein jüdischer Krankenpflegerinnen" bleibt hierbei außer Betracht, ebenso die Tatsache, daß einige Schwesternschaften des Roten Kreuzes nur Frauen einer Konfession Aufnahme gewährten.<sup>43</sup> Die "konfessionellen Mutterhausverbände" umfassen nur die katholischen Orden und die Mutterhausdiakonie ohne den Evangelischen Diakonieverein. Als "Schwestern" werden Angehörige der konfessionellen weiblichen Gemeinschaften bezeich-

---

<sup>43</sup> Die Anshar-Schwesternschaft vom Roten Kreuz in Kiel beispielsweise gewährte nur evangelischen Frauen Aufnahme. Vgl. RENDTORFF (1910), Das Anshar-Schwestern- und Krankenhaus in Kiel, S. 427.

net, ebenso Angehörige der Schwesternschaften des Roten Kreuzes, städtischer Schwesternschaften und der 1903 gegründeten "Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands" (B.O.K.D.), die Anspruch auf diesen Titel erhoben. "Pflegerinnen" bzw. "Krankenpflegerinnen" sind weibliche Krankenpflegepersonen, die nicht zu diesem Kreis gehörten, "Pfleger" bzw. "Krankenpfleger" bezeichnen allgemein männliche Krankenpflegepersonen außerhalb kirchlicher Gemeinschaften.<sup>44</sup>

Der Begriff "bürgerliche Krankenpflege" dient – ungeachtet des Engagements bürgerlicher Frauen in Orden und Mutterhausdiakonie – zur Abgrenzung von den konfessionellen Mutterhausverbänden auf der einen, den Wärtern und Wärterinnen (siehe unten) auf der anderen Seite. Bei diesem Begriff soll im Vordergrund stehen, daß nicht – vom Anspruch des jeweiligen Verbands her – die religiöse Motivation ausschlaggebend für den Eintritt in den Verband war und damit für die Ausübung der Krankenpflege sein sollte, sondern daß die Krankenpflegepersonen vorwiegend aus bürgerlichen Kreisen kamen. Zur "bürgerlichen Krankenpflege" wären also Schwestern des Evangelischen Diakonievereins, des Roten Kreuzes, der B.O.K.D. und städtischer Schwesternschaften zu zählen.

Für das in der Regel aus ungebildeten Kreisen stammende Personal, das die Krankenpflege zum Gelderwerb ausübte, wurden die Bezeichnungen "Wärter", "Wärterin", der damals verbreitete Begriff "Wartepersonal" und "Wärterstand" gewählt.

Unter "freier" Krankenpflege wird die nicht konfessionelle und nicht anderweitig an ein Mutterhaus gebundene Krankenpflege – wie dies beim Roten Kreuz und städtischen Schwesternschaften der Fall war – verstanden. Es geht also hier um Personen, die ohne Bindung an einen Verband oder Verein, dem auch die persönliche Lebensführung unterstellt war, in der Krankenpflege tätig waren. Zum "freien" Krankenpflegepersonal gehörten die Mitglieder der B.O.K.D., selbständig tätiges Krankenpflegepersonal wie auch das Wartepersonal in den Krankenhäusern. Unter einem "freien" Gewerkschaftsverband wird dagegen eine sozialdemokratisch orientierte Interessenvertretung verstanden.

Der Begriff "weltliche" Krankenpflege wurde von den Zeitgenossen zur Abgrenzung von den katholischen Mutterhausorganisationen und der evangelischen Diakonie verwendet. Außer der "freien" Krankenpflege war

---

<sup>44</sup> In der Weimarer Republik erhob dann auch die gewerkschaftliche Krankenpflege den Anspruch auf den Titel "Schwester". So wurde 1928 die freigewerkschaftliche "Schwesternschaft der Reichssektion Gesundheitswesen" gegründet. Vgl. FRIEDRICH-SCHULZ (1928), Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 48.



also auch das Rote Kreuz, obwohl vom Anspruch her wie die Armee interkonfessionell christlich, "weltlich".<sup>45</sup> Im frühen 20. Jahrhundert wurde das Attribut "weltlich" auch für Schwestern katholischer Krankenpflegevereine in Abgrenzung zu den Orden verwendet.

Unter "freiwilliger" Krankenpflege wurden insbesondere im Zusammenhang mit dem Kriegswesen Krankenpflegeverbände geführt, die nicht "amtlich", also unmittelbar Teil der Armee waren. In erster Linie sind hierunter Schwesternschaften des Roten Kreuzes, der Orden und der Diakonie zu verstehen. Sie waren der Armee durch Kriegssanitätsordnungen angeschlossen.

#### **I.4. Forschungsstand und forschungsleitende Fragestellungen**

Die zur Geschichte der deutschen Krankenpflege vorliegende Forschungsliteratur ist sehr heterogen und mitunter stark vom jeweiligen Verbandsinteresse oder der beruflichen Herkunft der Autoren geprägt.<sup>46</sup> Im Hinblick auf das 19. und frühe 20. Jahrhundert richtete sich das Interesse bisher insbesondere auf die Entwicklung der verschiedenen Pflegeverbände und die Anfänge der freiberuflichen Krankenpflege. Vergleichsweise gut erforscht sind die "Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands" und das Leben und Wirken ihrer ersten Vorsitzenden Agnes Karll (1868-1927).<sup>47</sup> In den letzten Jahren traten fundierte Studien zum Deutschen Roten Kreuz<sup>48</sup> sowie speziell zum Badischen Frauenverein<sup>49</sup> hinzu. Zudem

---

<sup>45</sup> Vgl. hierzu CHUCHUL (1910), Der Verband Deutscher Krankenpflegeanstalten vom Roten Kreuz, S. 44.

<sup>46</sup> Vgl. SCHWEIKARDT (2004), Entwicklungen und Trends in der deutschen Krankenpflege-Geschichtsschreibung, S. 197-218. Vgl. auch das Kapitel "Forschungsstand" in WEBER-REICH (2003), "Wir sind die Pionierinnen der Pflege ...", S. 22-29, und RECKEN (2006), Stand und Perspektiven der Historischen Pflegeforschung in Deutschland, S. 124-133.

<sup>47</sup> Eine wichtige Quelle bildet NUTTING/DOCK (1907-1912), A History of Nursing, 4 Bde. Vgl. dazu WILLIAMSON (2000), Introduction, S. V-XIX. [http://www.thoemmes.com/social/nursing\\_intro.htm](http://www.thoemmes.com/social/nursing_intro.htm). NUTTING/DOCK/KARLL (1910-1913), Geschichte der Krankenpflege, 3 Bde. Literatur: LUNGERSHAUSEN (1964), Agnes Karll, mit beigefügtem Werk: MASSING (1964), Marie Cauer. STICKER (1984), Agnes Karll. SEIDLER (1968), Agnes Karll in ihrer Zeit. HUMMEL (1986), Krankenpflege im Umbruch. KERCHNER (1992), Beruf und Geschlecht. Elster (2000), Der Agnes-Karll-Verband. RÜBENSTAHL (2003), Wilde Schwestern.

<sup>48</sup> RIESENBERGER (1992), Für Humanität in Krieg und Frieden. RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz.

entstanden Arbeiten leitender Pflegepersonen, welche die Geschichte ihres Berufsstands unter dem Blickwinkel aktueller berufspolitischer Ziele interpretierten. Dabei artikulierten sie deutliche Kritik an Ärztestand und konfessioneller Krankenpflege.<sup>50</sup> Hilde Steppe erfuhr mit ihren Veröffentlichungen besondere Aufmerksamkeit unter dem Pflegepersonal.<sup>51</sup>

In der Ordens- und Caritasgeschichte wurden Tätigkeitsfelder und Ausbreitung verschiedener Frauengemeinschaften<sup>52</sup> untersucht. Hier sind insbesondere die Forschungen von Relinde Meiwes zu den katholischen Frauenkongregationen zu nennen.<sup>53</sup> Auch die katholische Krankenpflege im Rheinland und in Westfalen zwischen Säkularisation und Kulturkampf,<sup>54</sup> die Geschichte der katholischen Sozialfürsorge<sup>55</sup> und Konflikte zwischen Ärzteschaft und katholischen Krankenhausträgern<sup>56</sup> wurden behandelt. Auf dem Gebiet der Diakoniegeschichte liegen mittlerweile Arbeiten zur Gründungszeit der Diakonie,<sup>57</sup> zu Leitbildern der Diakonissen in Kaiserswerth vor dem Hintergrund der institutionellen Entwicklung<sup>58</sup> und zum Spannungsfeld zwischen Mutterhausdiakonie und Evangelischem Diakonieverein<sup>59</sup> vor. Neuere Arbeiten befassen sich mit Diakonissen als Gemeindeschwestern<sup>60</sup> und zu deren Umgang mit dem Tod und Sterben

---

<sup>49</sup> LUTZER (2002), Der Badische Frauenverein.

<sup>50</sup> OSTNER/KRUTWA-SCHOTT (1981), Krankenpflege – ein Frauenberuf? STEPPE (1994), Caritas oder öffentliche Ordnung? BISCHOFF (1997), Frauen in der Krankenpflege. PRÜFER (1997), Vom Liebesdienst zur Profession?

<sup>51</sup> Nach ihrem Tod gaben Kolleginnen ausgewählte Werke von Hilde Steppe sowohl zur aktuellen Berufspolitik als auch zur Pflegegeschichte zusammen mit einer Würdigung ihrer Person neu heraus. Siehe STEPPE (2003), "Die Vielfalt sehen, statt das Chaos zu befürchten".

<sup>52</sup> FRINGS (1994), Die Vinzenterinnen. STERNER (1999), Die Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul.

<sup>53</sup> MEIWES (2000), "Arbeiterinnen des Herrn". Meiwes (2008), Katholische Frauenkongregationen und die Krankenpflege im 19. Jahrhundert.

<sup>54</sup> GATZ (1971), Kirche und Krankenpflege.

<sup>55</sup> GATZ (1997), Caritas und soziale Dienste.

<sup>56</sup> SCHMUHL (2003), Ärzte in konfessionellen Kranken- und Pflegeanstalten.

<sup>57</sup> PAUL (1998), Zwischen 'christlichem Frauenamt' und professioneller Krankenversorgung.

<sup>58</sup> POPLIN (1994), Nursing Uniforms. KÖSER (2006), Denn eine Diakonisse darf kein Alltagsmensch sein.

<sup>59</sup> SCHMIDT (1998), Beruf: Schwester.

<sup>60</sup> FRIEDRICH (2006), Überforderte Engel.

von Patienten.<sup>61</sup> Lokalstudien zu Göttingen beziehen den interkonfessionellen Vergleich mit ein.<sup>62</sup>

Einzelne Abhandlungen befassen sich mit der gewerkschaftlichen Krankenpflege,<sup>63</sup> der jüdischen Krankenpflege,<sup>64</sup> frühen Krankenpflegeschulen,<sup>65</sup> Tendenzen der Verberuflichung im frühen 19. Jahrhundert,<sup>66</sup> der psychiatrischen Krankenpflege,<sup>67</sup> Erfahrungen von Schwestern in der Kriegskrankenpflege im 1. und 2. Weltkrieg<sup>68</sup> sowie bedeutenden Persönlichkeiten für den Krankenpflegeberuf.<sup>69</sup> Des Weiteren hat Marianne Schmidbaur eine Längsschnittstudie zu Professionalisierungsdiskursen der Krankenpflege im 20. Jahrhundert vorgelegt, die sich vorwiegend auf die Inhaltsanalyse von Zeitschriften der B.O.K.D. und seiner Nachfolgeorganisationen stützt.<sup>70</sup> Einige Qualifikationsarbeiten zur Pflege in der Weimarer Republik thematisieren die Kontroversen zwischen den verschiedenen Pflegeverbänden bei berufspolitischen Entscheidungen.<sup>71</sup>

---

<sup>61</sup> NOLTE (2006), Vom Umgang mit Tod und Sterben in der klinischen und häuslichen Krankenpflege des 19. Jahrhunderts.

<sup>62</sup> WEBER-REICH (1999), Pflegen und Heilen in Göttingen. WEBER-REICH (2003), "Wir sind die Pionierinnen der Pflege ...". Zu Ulm vgl. SCHULZ (1992), Schwestern, Beginnen, Meisterinnen.

<sup>63</sup> SCHAPER (1987), Krankenwartung und Krankenpflege. HADAMITZKY (1999), "... sich nach obszönen Sachen geradezu drängen ...".

[http://www.pflegegeschichte.de/pgonl\\_12\\_99.pdf](http://www.pflegegeschichte.de/pgonl_12_99.pdf). FALKENSTEIN (2000), "Ein guter Wärter ist das vorzüglichste Heilmittel". WOLFF/WOLFF/KALINICH (2002), Georg Streiter. WOLFF/WOLFF (2002), Georg Streiter. FALKENSTEIN (2006), Die Rolle des Irrenpflegepersonals an europäischen Heilanstalten.

<sup>64</sup> STEPPE (1997), "... den Kranken zum Troste und dem Judentum zur Ehre ...".

<sup>65</sup> WOLFF/KASTNER (2002), Das Karlsruher Krankenwärterinstitut. WOLFF/WOLFF (2002), Zur Geschichte der ärztlichen Krankenpflegeschulen. SEIDLER (1975), Lebensplan.

<sup>66</sup> HELMERICH (1992), Krankenpflege im Wandel. SCHAPER (1987), Krankenwartung und Krankenpflege.

<sup>67</sup> Vgl. SCHAFFER (1999), Die Pflegeanstalt Mariaberg bei Aachen, mit weiterer Literatur.

<sup>68</sup> PANKE-KOCHINKE/SCHAIDHAMMER-PLACKE (2002), Frontschwestern und Friedensengel.

<sup>69</sup> WOLFF (2002), Erna von Abendroth.

<sup>70</sup> SCHMIDBAUR (2002), Vom "Lazaruskreuz" zu "Pflege aktuell".

<sup>71</sup> Siehe z. B. LEY (2006), Beiträge der Reichssektion Gesundheitswesen im Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter zur Professionalisierung der Pflege zwischen 1918 und 1933; STÖHR (2007), Die Arbeitszeitdiskussion in der Pflege zur Zeit der Weimarer Republik.

Außerdem wird die Krankenpflege in stärker institutions- und baugeschichtlichen<sup>72</sup> sowie sozialgeschichtlichen Werken zur Krankenhausgeschichte<sup>73</sup> mitbehandelt. Hinzu treten eine Quellensammlung zum frühen 19. Jahrhundert,<sup>74</sup> ein mittlerweile vierbändiges biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte<sup>75</sup> und verschiedene Übersichtswerke zur Pflegegeschichte.<sup>76</sup> Hierbei ist der Klassiker von Eduard Seidler hervorzuheben, der immer wieder nach den neuesten Forschungsergebnissen überarbeitet wurde.<sup>77</sup>

Die Einführungen und Kommentare des von Sylvelyn Hähner-Rombach herausgegebenen Quellen- und Kommentarbands zur Geschichte der Pflege für den Unterricht thematisieren in vielfältiger Weise die Geschichte der Pflege mit Bezug zum aktuellen Forschungsstand.<sup>78</sup> Unter den englischsprachigen Publikationen sei das Themenheft "Nursing History in Germany: Past, Projects, Papers and Prospects" der Zeitschrift "Nursing History Review" von 2008 genannt, in dem unter anderem die Entstehung neuer Berufsfelder für Krankenschwestern im frühen 20. Jahrhundert<sup>79</sup> und das Spannungsfeld zwischen Ärzten und Diakonissen im Hinblick auf Wahrheit am Krankenbett im 19. Jahrhundert thematisiert werden.<sup>80</sup>

Ein Forschungsdesiderat ist dagegen bisher die Entwicklung der Krankenpflege als Teil des preußischen Medizinalwesens. Arbeiten, die sich mit dem preußischen Krankenpflegeexamen von 1907 befassen, wie die Überblicksarbeiten über die Krankenpflegeausbildung von Irene Kunz<sup>81</sup>

---

<sup>72</sup> MURKEN (1988), Vom Armenhospital zum Großklinikum. MURKEN (1979), Die bauliche Entwicklung des Allgemeinen Krankenhauses im 19. Jahrhundert. JETTER (1973), Grundzüge der Hospitalgeschichte. JETTER (1966-1987), Geschichte des Hospitals. 6 Bde.

<sup>73</sup> JÜTTE (1996), Vom Hospital zum Krankenhaus. RISSE (1999), Mending Bodies, Saving Souls. UHLMANN (2001), Leben und Arbeiten im Krankenhaus. LABISCH/SPREE (2001), Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. DROSS (2004), Krankenhaus und lokale Politik.

<sup>74</sup> STICKER (1960), Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege.

<sup>75</sup> WOLFF (1997-2004), Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte. 3 Bde. KOLLING (2008), Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte, Band 4.

<sup>76</sup> Vgl. z. B. WOLFF/WOLFF (1994), Geschichte der Krankenpflege. WOLFF (1994), Vergleichende Geschichte der medizinischen Berufsbildung.

<sup>77</sup> SEIDLER/LEVEN (2003), Geschichte der Medizin und Krankenpflege.

<sup>78</sup> HÄHNER-ROMBACH (2008), Quellen zur Geschichte der Krankenpflege.

<sup>79</sup> HÄHNER-ROMBACH (2008), "Out of the Frying-Pan and into the Fire".

<sup>80</sup> NOLTE (2008), "Telling the Painful Truth" – Nurses and Physicians in the Nineteenth Century.

<sup>81</sup> KUNZ (1984), Grundausbildung und Spezialisierung in der Krankenpflege.

und Anna-Paula Kruse<sup>82</sup>, tun dies lediglich auf der Ebene normativer Texte, zeitgenössischer Veröffentlichungen und öffentlicher Debatten, ohne von dort aus in die Tiefe zu gehen.

Weil die Kompetenzen in der Gesundheitsverwaltung auch nach der Gründung des Deutschen Reichs weitgehend auf Länderebene lagen, soll sich die vorliegende Untersuchung auf Preußen als das wichtigste Land im Deutschen Reich beziehen. Übergreifendes Ziel der Arbeit ist es, zu zeigen, wie im frühen 20. Jahrhundert der Reformprozeß in der Krankenpflege verlief, der in das preußische Krankenpflegeexamen von 1907 mündete. So wird diese Arbeit auf das Zustandekommen dieses Examen, die maßgeblichen Entscheidungsprozesse, seine Umsetzung und seine Bedeutung besonderes Augenmerk legen.

Gleichzeitig stellt sich die Frage nach der Bedeutung des politischen und institutionellen Gefüges des Reichs. Welche Rolle spielten die einzelnen Institutionen im Entscheidungsprozeß, der zum Bundesratsbeschuß von 1906 und nachfolgend zum preußischen Krankenpflegeexamen von 1907 führte? Wie stand es um die Mitwirkung von Reichstag, Kaiserlichem Gesundheitsamt, Reichsgesundheitsrat und den beteiligten preußischen Ministerien? Welche berufspolitischen Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten hatten Pflege- und Ärzteverbände? Welche Macht- und Interessenskonstellationen setzten sich vor dem Hintergrund der politischen Gesamtkonstellation durch und welche Bedeutung hatte dies für den Pflegeberuf?

Zudem ist nach den Werten, Weltbildern und Deutungsmustern der Akteure zu fragen, die hinter den tagespolitischen Interessen standen. Nicht zuletzt angesichts der großen Bedeutung konfessioneller Kräfte für die Krankenpflege sind hier die Strategien katholischer und evangelischer Interessenvertreter zwischen Abgrenzung und Anpassung in der Abwehr von Säkularisierungstendenzen von Bedeutung, wobei gleichzeitig nach ihrem politischen Gewicht im Entscheidungsprozeß zu fragen ist.

In einem Rückgriff auf das frühe 19. Jahrhundert sind zunächst die Ausgangsbedingungen in der Krankenpflege um 1800 und längerfristige Entwicklungslinien Gegenstand der Analyse. Für die Epoche des Kaiserreichs bieten sich dann zwei zeitliche Zäsuren an, nämlich die Mitte der 1880er Jahre und das Jahr 1900.

Seit der Mitte der 1880er Jahre beschleunigte sich der Veränderungsprozeß, den das Gesundheitswesen durchlief. Der Gesundheitssektor expandierte nicht zuletzt dank der Einführung der Sozialversicherungen.

---

<sup>82</sup> KRUSE (1995), Die Krankenpflegeausbildung seit der Mitte des 19. Jahrhunderts.

Der Krankenpflege wurden im Medizinbetrieb aufgrund neuer Behandlungsverfahren im Zuge bahnbrechender wissenschaftlicher Entdeckungen gleichzeitig größere Anforderungen abverlangt. Von der Quellenlage her wird ab dieser Zeit die Krankenpflege in Preußen quantitativ sehr viel besser faßbar als zuvor.

Im Jahr 1900 begannen dann die Reichstagsdebatten über Mißstände im Krankenpflegewesen. Die Krankenpflege wurde zur Angelegenheit der Politik auf Reichsebene und damit der Reichsregierung, wodurch die Komplexität der Entscheidungsprozesse zunahm. Das Ende des Untersuchungszeitraums markiert das Jahr 1914. Der 1. Weltkrieg unterbrach für die Dauer des Krieges die politischen Debatten um Reformen in der Krankenpflege. Nach dem Zusammenbruch des Kaiserreichs waren in der Weimarer Republik – nicht zuletzt aufgrund der Regierungsbeteiligung der Sozialdemokraten – für Krankenpflegereformen andere gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen gegeben.

Für die Bewertung der rechtlichen Stellung der Krankenpflege im preußischen Medizinalwesen, ihrer politischen Bedeutung und der beginnenden Institutionalisierung der Pflegeausbildung soll an die Studien von Eduard Seidler über den Aufklärer Franz Anton Mai (1742-1814) und Horst-Peter Wolff über die Gründung der Krankenpflegeschule an der Charité angeknüpft werden. Diese Studien sollen in eine neue Gesamtperspektive eingebettet werden. Hilde Steppe schloß aus der Untersuchung von Heilgehilfenprüfungen in Preußen, im 19. und frühen 20. Jahrhundert habe der proletarische Wärterstand über einen, wenn auch zunehmend geringeren, eigenständigen Handlungsbereich auf dem Gebiet der Heilkunde verfügt.<sup>83</sup> In diesem Zusammenhang soll die Entwicklung des Krankenpflegeberufs und des Heilgehilfenstands vor dem Hintergrund der Reichsgewerbeordnung thematisiert werden.

Die in Preußen erbrachten Leistungen bei der Etablierung der Krankenpflege als qualifizierte Tätigkeit sollen mit denen in England verglichen werden, zumal für Verfechter tiefgreifender Reformen wie Rudolf Virchow (1821-1902) die dortige Krankenpflege Vorbildfunktion hatte. Im Zusammenhang damit soll die in der historischen Pflegeforschung vorherrschende These des Wandels vom karitativen Dienst am kranken Nächsten zum Erwerbsberuf vor allem für bürgerliche Frauen<sup>84</sup> bzw. der Etablierung eines weltlichen Berufs für Frauen neben der "christlichen Liebestätigkeit"<sup>85</sup> im

---

<sup>83</sup> STEPPE (1998), Mrs. Gamp und die Folgen, S. 23, S. 37.

<sup>84</sup> LUTZER (2002), Der Badische Frauenverein, S. 452f.

<sup>85</sup> Vgl. KERCHNER (1992), Beruf und Geschlecht, S. 170.

Kaiserreich überprüft werden. Die entsprechenden reichsweiten Statistiken von 1876, 1887, 1898 und 1909 sollen hierbei umfassender als bisher ausgewertet und preußischen Statistiken gegenübergestellt werden. Damit läßt sich auch die Behauptung einer "Feminisierung der Krankenpflege" im 19. Jahrhundert<sup>86</sup> überprüfen. Zudem soll die von Dieter Riesenberger postulierte Erfolgsgeschichte der Schwesternschaften des Roten Kreuzes aus anderem Blickwinkel neu bewertet werden.

Gleichzeitig stellt sich die Frage nach den Leistungen und Mitwirkungsmöglichkeiten von Ärzten und Pflegeverbänden bei der Etablierung der Krankenpflege als qualifizierte Tätigkeit. So soll die Rolle professioneller Interessenvertreter in institutionellen Entscheidungsverfahren am Beispiel des preußischen Medizinalbeamten Eduard Dietrich (1860-1947), der in der Medizinalabteilung des preußischen Kultusministeriums eine Schlüsselrolle innehatte, thematisiert werden. Die Initiativen zur Reform der Krankenpflege aus dem Kreis der bürgerlichen Frauenbewegung, die in der historischen Pflegeforschung große Beachtung gefunden haben, sollen im Hinblick auf ihre politische Relevanz betrachtet werden, ebenso die behauptete Rolle der religiösen Gemeinschaften als Hemmschuh für die Entwicklung der Krankenpflege.<sup>87</sup> Im Hinblick auf die Interessengegensätze im Vorfeld des preußischen Krankenpflegeexams von 1907 soll überprüft werden, ob die Konfliktlinien hauptsächlich zwischen der Bewahrung der Krankenpflege als "christlicher Liebestätigkeit" und der Etablierung eines Berufs für Frauen verliefen.<sup>88</sup> Abschließend wird der Reformprozeß des frühen 20. Jahrhunderts einer Gesamtwertung unterzogen.

---

<sup>86</sup> HELMERICHS (1992), Krankenpflege im Wandel, S. 130.

<sup>87</sup> BISCHOFF (1997), Frauen in der Krankenpflege, S. 108f. Jutta Helmerichs bezeichnet den Verzicht auf die obligatorische Einführung der staatlichen Prüfung als eine Konzession an die Gemeinschaften der karitativen Krankenpflege. Eine obligatorische Krankenpflegeprüfung sei an deren Einspruch gescheitert. HELMERICHS (1992), Krankenpflege im Wandel, S. 112, S. 128. Ebenso LUTZER (2002), Der Badische Frauenverein, S. 455.

<sup>88</sup> Diese Auffassung vertritt z. B. KRUSE (1995), Die Krankenpflegeausbildung seit der Mitte des 19. Jahrhunderts, S. 104f. Astrid Hahne sieht den im preußischen Kultusministerium tätigen Medizinalbeamten Eduard Dietrich (1860-1947) als Befürworter der beruflichen Krankenpflege. HAHNE (2002), Der Einfluss des Berliner Arztes und preußischen Medizinalbeamten Eduard Dietrich, S. 21.

## I.5. Die Quellen

Aus dem Ansatz, die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten qualifizierten Tätigkeit, den Bezug zur preußischen Regierung und die politischen Entscheidungsprozesse zum Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit zu machen, ergab sich die Auswahl der Quellen. Die Kompetenzen und rechtlichen Regelungen auf staatlicher Ebene, die sich in Verwaltungsakten und Erlassen niederschlugen, sowie Verordnungen, die politische Entscheidungen in rechtsverbindlicher Form fixierten, ließen sich mit Hilfe von Darstellungen des preußischen Medizinalwesens, die Medizinalbeamte zur Unterrichtung der Öffentlichkeit verfaßten, dem preußischen Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten und Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts nachvollziehen. Gesetzestexte und Angelegenheiten von staatlichem Interesse wurden außerdem in der "Zeitschrift für Medizinal-Beamte" diskutiert, wo sich auch Verwaltungsakte auf Bezirksebene finden.

Für das Verständnis der politischen Vorgänge auf Landesebene erwiesen sich Verwaltungsakten des preußischen Kultusministeriums im Geheimen Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz in Berlin als besonders aufschlußreich. Für die Reichsebene waren dies die Akten des Reichsamts des Innern im Bundesarchiv in Berlin, Standort Finckensteinallee. Hier sind die Entscheidungsprozesse zur Reform des Krankenpflegewesens unter Einschluß der Reichsebene im frühen 20. Jahrhundert gut dokumentiert. Das eigene politische Gewicht der Reichsinstitutionen Kaiserliches Gesundheitsamt und Reichsgesundheitsrat ließ sich hierdurch ebenso nachvollziehen wie das Zusammenwirken von Reichsbehörden mit preußischen Landesbehörden. Dagegen sind die Akten des bayerischen Innenministeriums für das frühe 20. Jahrhundert im 2. Weltkrieg zum großen Teil verlorengegangen.

Für die Dokumentation der Ausbreitung des Heilpersonals wurden die reichsweiten Statistiken über das Heilpersonal von 1876, 1887, 1898 und 1909 herangezogen und mit einer preußischen Zählung von 1885 verglichen. Stenographische Protokolle von Debatten im Reichstag und im preußischen Landtag waren nützlich, um die Forderungen verschiedener Interessengruppen und die öffentliche politische Debatte nachzuvollziehen.

In medizinischen Fachzeitschriften, insbesondere der Berliner Klinischen Wochenschrift und der Münchener Medizinischen Wochenschrift, sind medizinische Neuerungen, aktuelle Debatten im Fach, ärztliche



Stellungnahmen zur Krankenpflege sowie allgemein die Interessenlage der organisierten Ärzteschaft und zeitgenössische Berufspolitik dokumentiert.

Die – naturgemäß interessen geleiteten – Verbandspublikationen erwiesen sich als bedeutsam für die Darstellung der offiziellen Positionen der verschiedenen Interessensgruppen. Für die Erforschung der Entscheidungsprozesse auf katholischer Seite waren die von Erwin Gatz edierten Protokolle der Fuldaer Bischofskonferenz sehr hilfreich. Für Modernisierungsbestrebungen von Seiten des 1897 gegründeten "C(h)aritasverbands für das katholische Deutschland" konnten Akten im Archiv des Deutschen Caritasverbands und im Archiv des Erzbischofs von München und Freising zusammen mit Publikationen der seit 1896 erscheinenden Zeitschrift "C(h)aritas" herangezogen werden. Um die Bedeutung katholischer Ärzte für die Reform der katholischen Krankenpflege und die Ziele der Ärzteschaft mit Blick auf die Verteilung von Kompetenzen im Krankenhaus besser einschätzen zu können, waren eine im Archiv des Erzbischofs von München und Freising erhaltene Denkschrift von 1904 und die nachfolgende Korrespondenz bayerischer Bischöfe aufschlußreich.

Für die Erforschung der Mutterhausdiakonie ließen sich aus dem Fliedner-Archiv in Düsseldorf-Kaiserswerth Mitteilungen des Präsidiums der Kaiserswerther Generalkonferenz an die Diakonissenmutterhäuser und die Korrespondenz von Mitgliedern des Präsidiums der Kaiserswerther Generalkonferenz untereinander heranziehen. Hinzu kamen Veröffentlichungen im "Armen- und Krankenfreund", die die offizielle Haltung von Seiten der Mutterhausdiakonie dokumentierten. Für den Evangelischen Diakonieverein wurden Veröffentlichungen Friedrich Zimmers (1855-1919), die "Blätter aus dem Evangelischen Diakonieverein" und Akten des Archivs des Evangelischen Diakonievereins in Berlin-Zehlendorf durchgesehen.

Wenig Material für die Zeit vor dem 1. Weltkrieg bieten die Archive der Schwesternschaften des Roten Kreuzes und des DRK-Präsidiums in Berlin. Auch im Archiv der Schwesternschaft des Bayerischen Roten Kreuzes waren zur Rot-Kreuz-Oberin Clementine von Wallmenich (1849-1908) nur spärliche Restbestände zugänglich. Viele Entwicklungen in den ersten fünf Jahrzehnten des Roten Kreuzes lassen sich allerdings aus der großartigen, 1910 von Ludwig Kimmle (1860-1933) herausgegebenen Selbstdarstellung<sup>89</sup> ablesen, die sich trotz der späteren Arbeit von Felix Grüneisen<sup>90</sup> und

---

<sup>89</sup> KIMMLE (1910), Das Deutsche Rote Kreuz. 3 Bde.

<sup>90</sup> GRÜNEISEN (1939), Das Deutsche Rote Kreuz in Vergangenheit und Gegenwart.

der neueren Forschungen von Kerstin Lutzer und Dieter Riesenberger als unverzichtbar erwies.

Für die B.O.K.D. gaben im Vergleich zur Verbandszeitschrift "Unterm Lazaruskreuz" und zu Veröffentlichungen von Agnes Karll Bestände im Archiv des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe neuen Aufschluß. Die Korrespondenz zwischen Agnes Karll und Marie Cauer (1861-1950) war bedeutsam im Hinblick auf Interna wie Meinungsverschiedenheiten unter dem Führungspersonal. Erhalten waren auch Manuskripte von Agnes Karll, aus denen sich ihre Überlegungen zur Zukunft der Krankenpflege ablesen lassen.

Die Haltung der gewerkschaftlichen Krankenpflegeorganisationen ließ sich mit Hilfe von Protokollen der Tagungen der Reichssektion Gesundheitswesen, den Zeitschriften "Sanitätswarte" für die sozialdemokratische Gewerkschaftsbewegung sowie "Der Krankenpfleger" für die christliche Gewerkschaftsbewegung nachvollziehen.

## II. Hauptteil

### II.1. Die Krankenpflege seit dem frühen 19. Jahrhundert

#### *II.1.1. Die Rahmenbedingungen: die politischen und rechtlichen Strukturen in Preußen*

Den Ausgangspunkt unserer Untersuchung fördernder und hemmender Faktoren bei der Entwicklung der Krankenpflege zum qualifizierten Beruf bilden die für die Krankenpflege relevanten politisch-rechtlichen Rahmenbedingungen. Dabei soll zunächst ein Rückblick bis zum späten 17. Jahrhundert stattfinden, weil sich seit dieser Zeit die bürokratische Struktur des preußischen Medizinalwesens herausbildete. In einem Vorgriff kommen dann rechtliche Regelungen im Laufe des 19. Jahrhunderts zur Sprache, die Auswirkungen auf die Stellung der Krankenpflege im Gesundheitswesen hatten.

Die Bedingungen, unter denen sich das Krankenpflegewesen entwickelte, wurden entscheidend von den Strukturen des preußischen Medizinalwesens und der Kompetenzverteilung zwischen Reich, preußischem Staat und Kommunen geprägt.<sup>1</sup> Sie bildeten den Rahmen, innerhalb dessen sich die Reforminitiativen des 19. und frühen 20. Jahrhunderts bewegten. An dieser Stelle richtet sich der Blick auf das preußische Medizinalwesen, während die Bedeutung der Reichsgewerbeordnung und der mit ihr einhergehende Kompetenzverlust für das preußische Kultusministerium in Kapitel II.7.1. und II.7.2. behandelt wird.

Bereits der kurbrandenburgische Staat beanspruchte seit dem Medizinaledikt des Großen Kurfürsten Friedrich Wilhelm (1620-1688) von 1685 das Recht, die Heilberufe zu approbieren und die Kompetenzen der verschiedenen Heilberufe festzulegen. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts bestanden bereits ein durchgegliedertes Medizinalwesen und eine der Regierung in Berlin unterstehende Medizinalbürokratie. Die ab 1809 im Innenministerium angesiedelte<sup>2</sup> preußische Medizinalbürokratie wurde 1817 in ein "Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-

---

<sup>1</sup> Zur Geschichte des Gesundheitswesens vgl. die ältere, aber weiterhin grundlegend wichtige Arbeit von FISCHER (1933), Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, Bd. 2. Vgl. auch: MÜNCH (1995), Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert. LABISCH/TENNSTEDT (1985), Der Weg zum "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens", 2 Bde. FREVERT (1984), Krankheit als politisches Problem. SPREE (1981), Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. REDDER (1993), Die Entwicklung von der Armenhilfe zur Fürsorge.

<sup>2</sup> MÜNCH (1995), Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert, S. 48.

angelegenheiten", kurz Kultusministerium, unter Karl von Altenstein (1770-1848) verlagert.<sup>3</sup> Somit war das Kultusministerium für die Gesundheitsfürsorge zuständig, während die polizeiliche Aufsicht über das Gesundheitswesen dem Innenministerium zugeordnet war.<sup>4</sup>

Durch Kabinettsorder vom 22. Juni 1849 wurde das Kultusministerium als Zentralbehörde für das gesamte Medizinalwesen eingesetzt. Sein Geschäftskreis umfaßte insbesondere die oberste Leitung der gesamten Medizinal- und Militärpolizei, also die Überwachung aller zum Gesundheitsschutz des Volkes geschaffenen oder zu schaffenden Maßnahmen und aller die Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege begründenden Einrichtungen und Anstalten, ferner die Aufsicht über das Medizinalpersonal und alle Krankenanstalten.<sup>5</sup> Kurz vor dem 1. Weltkrieg kam es zu einer erneuten Änderung der Kompetenzverteilung: Am 1. April 1911 wurde die Medizinalabteilung vom Kultusministerium wieder in das Ministerium des Innern überführt.<sup>6</sup> 1919 wurde die Abteilung Teil des neugegründeten Volkswohlfahrtsministeriums. Außer dem Kultusministerium befaßten sich auch das preußische Kriegsministerium und, soweit finanzielle Fragen berührt waren, das Finanzministerium mit dem Krankenpflegewesen.

Innerhalb des preußischen Medizinalwesens, wie es sich seit dem späten 17. Jahrhundert entwickelte, hatten die verschiedenen Gesundheitsberufe einen unterschiedlichen Rang. In den Medizinaledikten wurden die Kompetenzen derjenigen Berufe, die als "Heilberufe" anerkannt waren, festgelegt. Für einen Vergleich mit der Krankenpflege ist der Hebammenstand besonders gut geeignet.<sup>7</sup> Dieser stand unter den Heilberufen gemäß der sozialen Rangfolge an letzter Stelle.<sup>8</sup> Noch im frühen 19. Jahrhundert galt die Geburtshilfe wenig.<sup>9</sup> Dennoch wurde das Hebammenwesen bereits im ersten Medizinaledikt des Großen Kurfürsten von 1685 als Heilberuf anerkannt, so daß eine Ausbildung in Theorie und Praxis mit Prüfung vor

---

<sup>3</sup> WOLFF (1995), Zu den Anfängen der Krankenwärterausbildung an der Charité, S. 203f.

<sup>4</sup> Zur Abgrenzung der Kompetenzen von Innenministerium und Kultusministerium vgl. MÜNCH (1995), Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert, S. 64.

<sup>5</sup> FISCHER (1933), Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, Bd. 2, S. 452.

<sup>6</sup> LABISCH (1992), Homo hygienicus, S. 153.

<sup>7</sup> Auch bei den Hebammen stellte sich die Frage nach der Beziehung zum Arzt und zum Umfang eigenständiger Tätigkeit. Zur Entwicklung des Hebammenstandes im 19. Jahrhundert in Württemberg vgl. GROSS (1998), 'Deprofessionalisierung' oder 'Paraprofessionalisierung'? S. 218-238.

<sup>8</sup> MÜNCH (1995), Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert, S. 140.

<sup>9</sup> WINAU (1987), Medizin in Berlin, S. 149.

dem Collegium medicum festgeschrieben wurde.<sup>10</sup> Die erste Hebammenordnung in Preußen stammt von 1693.<sup>11</sup> 1751 wurde ein königliches Dekret erlassen, auf Grund dessen 1755 an der Charité eine Hebammenschule unter dem Direktorat des Anatomen Johann Friedrich Meckel (1714-1774) eröffnet wurde. Dieser umfaßte einen systematischen Kurs in der Geburtshilfe.<sup>12</sup> 1804 bestanden bereits 26 Hebammenschulen. Die Kosten wurden den Kämmerei- und Kreiskassen auferlegt.<sup>13</sup> 1815 wurde ein amtliches Hebammenlehrbuch eingeführt und dem Unterricht in allen Lehranstalten zugrunde gelegt.<sup>14</sup> Damit war ein Kanon dessen festgelegt, was eine staatlich approbierte Hebamme zu beherrschen hatte. Nachdem mit Justine Siegemundin (1648-1705) eine Hebamme 1690 ein weit verbreitetes Lehrbuch veröffentlicht hatte, das am Anfang der modernen Hebammenliteratur steht,<sup>15</sup> waren es im 18.<sup>16</sup> und 19. Jahrhundert Ärzte, die die amtlichen Hebammenlehrbücher verfaßten.<sup>17</sup> Ärzte hatten auch die Aufsicht über den Hebammenstand. Wie bei den übrigen Medizinalpersonen war die Berufsausübung an Eid und Approbation gebunden.<sup>18</sup> Der Hebammenstand konnte damit der Krankenpflege als Vorbild dienen, was auch von Franz Anton Mai aufgegriffen wurde.

In den preußischen Medizinalordnungen von 1685, 1725 und 1825 wurde die Krankenpflege dagegen nicht geregelt. Dies bedeutet, daß der Krankenpflege keine eigenen Kompetenzen zuerkannt wurden und es keine

---

<sup>10</sup> MÜNCH (1995), Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert, S. 140f. Der die Hebammen betreffende Part als Teil des Medizinaledikts von 1685 findet sich in WINAU (1987), Medizin in Berlin, S. 37.

<sup>11</sup> Die Hebammenordnung von 1693 ist als Teil der Medizinalordnung desselben Jahres abgedruckt in WINAU (1987), Medizin in Berlin, S. 53-56.

<sup>12</sup> WERNICH (1891), Ueber Ausbildung und Lebenslage des niederen Heilpersonals, S. 13. WINAU (1987), Medizin in Berlin, S. 90f.

<sup>13</sup> WERNICH (1891), Ueber Ausbildung und Lebenslage des niederen Heilpersonals, S. 13.

<sup>14</sup> RUST (1838), Die Medicinal-Verfassung Preussens, S. 54. WERNICH (1891), Ueber Ausbildung und Lebenslage des niederen Heilpersonals, S. 17.

<sup>15</sup> WINAU (1987), Medizin in Berlin, S. 29f.

<sup>16</sup> Eine Zusammenstellung von frühen Hebammenlehrbüchern findet sich in FISCHER (1933), Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, Bd. 2, S. 234.

<sup>17</sup> Vgl. WERNICH (1891), Ueber Ausbildung und Lebenslage des niederen Heilpersonals, S. 17. HAUKE (1815), Lehrbuch der Geburtshilfe. SCHMIDT (1838), Lehrbuch der Geburtshilfe. SCHMIDT (1840), Lehrbuch der Geburtshilfe. SCHMIDT/KANZOW (1866), Lehrbuch der Geburtshilfe. [LITZMANN] (1878), Lehrbuch der Geburtshilfe. Hebammen-Lehrbuch (1905). Zum Hebammenunterricht vgl. SEIDEL (1998), Eine neue "Kultur des Gebärens", S. 252-264.

<sup>18</sup> MÜNCH (1995), Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert, S. 143.

Zugangsregelungen zum Krankenpflegeberuf gab. Rechtlich handelte es sich nicht um einen Heilberuf. Dies wurde in einem Urteil des Reichsgerichts in Strafsachen vom 24. August 1898 bestätigt, das sich auf die Medizinalgesetze Preußens und die Reichsgewerbeordnung bezog und einen eigenständigen Verantwortungsbereich des Krankenpflegepersonals verneinte. Ein Krankenwärter in einer Provinzialirrenanstalt war dem Gericht zufolge zu Unrecht als Medizinalperson im Sinne des Strafgesetzbuchs angesehen und verurteilt worden. "Die Krankenpflege ist noch nicht Ausübung der Heilkunde", stellte das Gericht fest. Krankenpflegepersonen wurden als "lediglich mit der Aufsicht, der Wartung und Pflege von Kranken beschäftigt" und "dem Arzte als Diener, als unselbständige Hilfspersonen zur Seite stehen[d]" charakterisiert. Sie waren dem Dienst- und Wartepersonal, nicht den Medizinalpersonen zuzurechnen.<sup>19</sup>

In Preußen war nach der Städteordnung von 1808 die Zuständigkeit für die Armenkrankenpflege bei den Kommunen und Armenverbänden angesiedelt.<sup>20</sup> Dieses Grundprinzip blieb bis zur Einführung der Sozialversicherung erhalten. Aus der Zuständigkeit der Gemeinden folgte, daß es keine Finanzierungsverantwortung der preußischen Regierung für das Krankenpflegewesen gab. Die Gemeinden und Gutsbezirke bildeten entweder selbständig einen Ortsarmenverband oder, falls sie sich zu einer gemeinsamen Aufgabenerfüllung zusammenschlossen, einen Gesamtarmenverband. Die Aufgabe umfaßte eine Gewährung von Obdach und

---

<sup>19</sup> MITGLIEDER DES RICHTSHOFS UND DER REICHSANWALTSCHAFT (1899): Entscheidungen des Reichsgerichts. Entscheidungen in Strafsachen, Bd. 31, S. 247, S. 249: Ist ein Krankenwärter in einer (provinzialständischen) Irrenanstalt als eine Medizinalperson, bezw. als Beamter im Sinne von § 174 Nr. 3. 2 St.G.B.'s anzusehen? MENDELSON (1899), Krankenwartung und Krankenpflege, S. 116f.

<sup>20</sup> Der Grundgedanke des sogenannten Unterstützungswohnsitzes als Prinzip für die Verteilung der Armenlasten auf ihre Träger war bereits in den Gesetzen der Jahre 1842 und 1855 verankert. Dieser hing von dem Wohnsitz oder dem gewöhnlichen Aufenthalt vor Eintritt der Unterstützungsbedürftigkeit ab. Nach dem Gesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 06.06.1870 (Novellen 1894, 1908) waren die Unterstützungsträger der Gemeindearmenpflege bei Vorhandensein eines Unterstützungswohnsitzes der Ortsarmenverband, d. h. eine oder mehrere Gemeinden bzw. ein oder mehrere Gutsbezirke; bei Nichtvorhandensein eines Unterstützungswohnsitzes der Landarmenverband, d. h. der Einzelstaat selbst oder höhere Kommunalverbände; die Landarmenverbände dienten auch als Kostenträger in bestimmten Bereichen der Anstaltspflege. Vgl. REDDER (1993), Die Entwicklung von der Armenhilfe zur Fürsorge, S. 11-13, zu den Details S. 18-37.

unentbehrlichem Lebensunterhalt sowie die erforderliche Pflege im Krankheitsfall.<sup>21</sup>

Das "Gesetz über die Verpflichtung zur Armenpflege" von 1842 verpflichtete die Gemeinden, für verarmte oder erkrankte Mitglieder zu sorgen.<sup>22</sup> Dies betraf auch den Personenkreis, der durch das gleichzeitig erlassene "Gesetz über die Aufnahme neu anziehender Personen" erfaßt wurde. Außerdem waren die Gemeinden zur Krankenpflege eines von der Freizügigkeit ausdrücklich ausgeschlossenen Kreises der "Dienstboten, Handwerksgesellen, etc." verpflichtet. Letztlich ging es also um die Versorgung der Armen oder von Armut bedrohten Arbeitskräfte, die im Zuge des Industrialisierungsprozesses darauf angewiesen waren, daß ihre Arbeitskraft schnell wiederhergestellt wurde.<sup>23</sup>

Im Zuge der Reichsgründung wurde mit dem Gesetz über den Unterstützungswohnsitz von 1870, abgeändert 1894, jedem hilfsbedürftigen Deutschen seitens der zu seiner Unterstützung verpflichteten Armenverbände Obdach, der unentbehrliche Lebensunterhalt, die erforderliche Pflege in Krankheitsfällen und im Falle seines Ablebens ein angemessenes Begräbnis zugesichert.<sup>24</sup> Alle, die von der gesetzlichen Krankenversicherung, die 1883 von Otto von Bismarck (1815-1898) eingeführt wurde, nicht erfaßt oder nach längerer Krankheit ausgesteuert wurden, fielen auf die Gemeinden zurück, wobei die Stadtgemeinden mit konfessionellen, karitativen und wohlfahrtspflegerischen Organisationen zusammenwirkten.<sup>25</sup> Die entscheidende Schwäche der Hospitalpflege lag darin begründet, daß sie einen Teil der Armenpflege bildete, daß die Pfleglinge zahlungsunfähig waren und der Betrieb folglich aus Armenmitteln finanziert werden mußte.<sup>26</sup> In den Landgemeinden und Gutsbezirken betrachtete man Aufwendungen für Ortsarme als unproduktive Ausgaben, die auf ein Minimum zu beschränken waren. Aufgrund dessen zählten die Kranken- und die Waisenpflege zu den dunkelsten Kapiteln der ländlichen Armenpflege,<sup>27</sup> von der keinerlei Initiative zur Hebung des Wärterstandes zu erwarten war.

---

<sup>21</sup> REDDER (1993), Die Entwicklung von der Armenhilfe zur Fürsorge, S. 21.

<sup>22</sup> Zu den rechtlichen Regelungen zur Armenpflege in Preußen im 19. Jahrhundert siehe SCHAFFER (1997), Staatliche Neuordnung der Armenpflege, S. 39-56, speziell zu Preußen S. 42-46.

<sup>23</sup> MEIWES (2000), "Arbeiterinnen des Herrn", S. 159. SACHBE/TENNSTEDT (1980), Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, S. 280.

<sup>24</sup> GROTHJAHN (1908), Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung, S. 21.

<sup>25</sup> LABISCH (1992), Homo hygienicus, S. 162.

<sup>26</sup> GATZ (1997), Krankenfürsorge, S. 114.

<sup>27</sup> REDDER (1993), Die Entwicklung von der Armenhilfe zur Fürsorge, S. 22.

Sowohl die Kompetenzverteilung unter den Gesundheitsberufen des preußischen Medizinalwesens als auch die Strukturen des Armenkrankenwesens bildeten negative Voraussetzungen für die Entwicklung der Krankenpflege zu einem qualifizierten Beruf. Bereits für die Zeit um 1800 ist eine historische Verspätung gegenüber anderen Gesundheitsberufen wie dem auf einem Universitätsstudium beruhenden Arztberuf und dem an Hebammenschulen gelehrten Hebammenberuf festzustellen. Es gab keine gesetzlich verbrieften Kompetenzen, keine institutionalisierte Ausbildung und keine Zugangsbarrieren zur pflegerischen Tätigkeit.

Nach den rechtlichen Regelungen soll sich jetzt der Blick auf die Wärterinnen und Wärter selbst und auf die zunächst noch wenig entwickelte Hospitalkrankenpflege richten. Bedeutsam für die Weiterentwicklung eines Berufes ist, von welchen Teilen der Gesellschaft er ausgeübt wird. Wie sah es also an den Hospitälern mit der Tätigkeit des Krankenpflegepersonals aus?

### *II.1.2. Die Krankenpflege am Ende des 18. Jahrhunderts<sup>28</sup>*

Das 18. Jahrhundert wurde in älteren Darstellungen als die "dunkle Epoche" der Krankenpflege bezeichnet, um die "neuzeitliche Krankenpflege" des 19. Jahrhunderts um so deutlicher von der davorliegenden Periode abzuheben.<sup>29</sup> Als wesentliche Faktoren für eine "Krise der Krankenpflege" am Ende des 18. Jahrhunderts nennt Eduard Seidler die Entstehung großer Krankenhäuser, vor allem durch die Umwandlung vieler Klöster nach der französischen Revolution, den Gestaltwandel der pflegerischen Tätigkeit durch neue Ansprüche in der Heilkunde, das viel zu geringe Personal und das Fehlen einer sachgerechten Ausbildung.<sup>30</sup>

Im späten 18. Jahrhundert war Krankenpflege vorwiegend häusliche Krankenpflege in der Familie. Diese oblag den Frauen.<sup>31</sup> Die Krankenhausmedizin war noch gering ausgebildet. Das Hospital in der Tradition des Mittelalters diente Bedürftigen aller Art – Kranken, Armen, Alten, Ge-

---

<sup>28</sup> Zur Ausgangssituation vgl.: VANJA (1992), Aufwärterinnen, Narrenmägde und Siechenmütter, S. 9-24. SEIDLER/LEVEN (2003), Geschichte der Medizin und Krankenpflege, S. 166-171. PAUL (1991), Die Professionalisierung und Rationalisierung der Klinik seit dem 19. Jahrhundert, S. 14-19. SCHAPER (1987), Krankenwartung und Krankenpflege, S. 53-65. Über Krankenhaus und Krankenpflege am Ende des 18. Jahrhunderts informieren die Artikel KRÜNITZ (1789), Krankenhaus, S. 120-587, und KRÜNITZ (1789), Kranken-Wärter, S. 597-629.

<sup>29</sup> Vgl. SEIDLER/LEVEN (2003), Geschichte der Medizin und Krankenpflege, S. 166.

<sup>30</sup> SEIDLER/LEVEN (2003), Geschichte der Medizin und Krankenpflege, S. 169.

<sup>31</sup> KRÜNITZ (1789), Kranken-Wärter, S. 607.



brechlichen, Fremden, Waisen, Findelkindern, Menschen in einer Notlage oder mit dauerhaften Gebrechen, die nicht in der Lage waren, für ihren eigenen Unterhalt zu sorgen.<sup>32</sup> Der Beginn des 19. Jahrhunderts markierte ein noch frühes Stadium eines mehr als ein Jahrhundert dauernden Prozesses, in dem das traditionelle Hospital sich zum Krankenhaus für behandelbare Kranke wandelte.<sup>33</sup> Wenn Eduard Seidler und Karl-Heinz Leven den Wandel vom Hospital zum Krankenhaus bereits an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert festmachen,<sup>34</sup> so gilt dies hauptsächlich für große Krankenhäuser in Metropolen und Universitätskrankenhäuser. Sie spielten diesbezüglich eine Vorreiterrolle, und ihre Situation unterschied sich grundlegend von der vieler kleiner und mittelgroßer Krankenhäuser.

Der Protestantismus hatte in der frühen Neuzeit keine den in romanischen Ländern tätigen katholischen Gemeinschaften vergleichbaren Pflegegenossenschaften hervorgebracht. Am Ende des 18. Jahrhunderts war ein Tiefpunkt in der religiösen Hospitalkrankenpflege erreicht. In Deutschland war das System der Lohnwärter vorherrschend, während in den Hospitälern eine durch Ordensmitglieder ausgeübte Krankenpflege praktisch völlig fehlte.<sup>35</sup> Zwar widmeten sich in den romanischen Ländern seit Jahrhunderten Ordensleute der Krankenpflege, doch in Deutschland hatten sie bis auf wenige Niederlassungen einzelner Ordensgemeinschaften bis zur Französischen Revolution kaum Niederlassungen gegründet.<sup>36</sup> Im Zuge der Säkularisation von 1803 wurden viele Klöster aufgehoben und das kirchliche Leben auf die Pfarrei zurückgedrängt.<sup>37</sup> Einige kleine und leistungsschwache Ordensgemeinschaften blieben zwar von den Klosteraufhebungen verschont, wurden allerdings durch die staatliche Armen-

---

<sup>32</sup> Vgl. VANJA (1992), Aufwärterinnen, Narrenmägde und Siechenmütter, S. 9.

<sup>33</sup> Zur Problematik, inwieweit ein Wandel vom traditionellen Hospital zum modernen Krankenhaus stattfand bzw. inwieweit es sich um Ausdifferenzierungsvorgänge handelte, vgl. DROSS (2004), Krankenhaus und lokale Politik, S. 84-112.

<sup>34</sup> Vgl. SEIDLER/LEVEN (2003), Geschichte der Medizin und der Krankenpflege, S. 167f.

<sup>35</sup> STICKER (1960), Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege, S. 22.

<sup>36</sup> Lediglich in den östlichen Provinzen Preußens gab es unter dem seit 1694 bestehenden Mutterhaus in Kulm einige Niederlassungen von Vincentinerinnen. In den deutschsprachigen Ländern gab es einige Gemeinschaften von Cellitinnen und Alexianern, ferner von Elisabethinnen und Barmherzigen Brüdern und schließlich im Ermland die 1583 gegründete Gemeinschaft der Katharinerinnen. Ihre Zahl war jedoch klein, und oft waren diese Gemeinschaften auf eine einzige Niederlassung beschränkt und leistungsschwach. GATZ (1997), Krankenfürsorge, S. 115.

<sup>37</sup> GATZ (1997), Kirchliche Mitarbeit in der öffentlichen Armenpflege, S. 58.

gesetzgebung und später durch die Folgen der Französischen Revolution stark behindert.<sup>38</sup>

Das Wartepersonal, dem in Preußen die außerfamiliäre Krankenpflege oblag, war in einer sehr schwachen Position. Der Wärterstand hatte nur geringes Ansehen. Nicht nur die mangelnde Ausbildung, sondern auch die soziale Rekrutierung der Pflegekräfte im Krankenhaus erschien Reformern bis weit in das 19. Jahrhundert als Problem.<sup>39</sup> Man bemühte sich, in den Allgemeinen Krankenhäusern qualifiziertes Personal für die schwere und schlecht bezahlte Arbeit zu gewinnen. Obwohl bereits Friedrich der Große in Preußen 1763 die allgemeine Schulpflicht eingeführt hatte, scheint noch in den 1830er Jahren die Zahl der Analphabeten, die sich um die Ausbildung als Krankenwärter bewarben, nicht gering gewesen zu sein.<sup>40</sup>

Grundlegende Probleme des Krankenpflegeberufs wurden bereits in der Enzyklopädie von Johann Georg Krünitz (1728-1796), einem umfassenden zeitgenössischen Nachschlagewerk, 1789 in aller Deutlichkeit thematisiert. Fünf Gesichtspunkte sollen an dieser Stelle herausgehoben werden:

Erstens: Hier wird bereits der Teufelskreis von geringer Attraktivität des Wärterberufs und Mangel an fähigem Personal thematisiert, der das ganze 19. Jahrhundert über einer Lösung harrte. Das Wartepersonal stamme meist aus Kreisen, denen es an Ausbildung, Erziehung und vernünftigem Unterricht mangle.<sup>41</sup> Man müsse meist froh sein, wenn sich überhaupt jemand melde; aus Beweggründen der Moral jemanden zur Erfüllung seiner Pflichten ermuntern zu wollen, sei aufgrund von Herkunft und Erziehung sinnlos.<sup>42</sup> Nicht selten widmeten sich Leute diesem Beruf, die die erforderlichen Kräfte und Fähigkeiten in so geringem Maße besäßen, daß sie eher schaden als nutzten.<sup>43</sup>

Zweitens: Die Krankenpflege wurde als Tätigkeit gesehen, die vor allem Frauen zukam, da diese aufgrund von Natur und Erziehung besser zur Krankenpflege geeignet seien.<sup>44</sup> Diese geschlechtsspezifische Zuschrei-

---

<sup>38</sup> GATZ (1997), Krankenfürsorge, S. 114f.

<sup>39</sup> JÜTTE (1996), Vom Hospital zum Krankenhaus, S. 42. Vgl. zu diesem Thema auch: KRÜNITZ (1789), Krankenhaus und KRÜNITZ (1789), Kranken-Wärter. SEIDLER/LEVEN (2003), Geschichte der Medizin und Krankenpflege, S. 166-169.

<sup>40</sup> STÜRZBECHER (1979), Nachwort, unpag.

<sup>41</sup> KRÜNITZ (1789), Kranken-Wärter, S. 614.

<sup>42</sup> KRÜNITZ (1789), Kranken-Wärter, S. 598.

<sup>43</sup> KRÜNITZ (1789), Kranken-Wärter, S. 597.

<sup>44</sup> KRÜNITZ (1789), Kranken-Wärter, S. 608.

bung zog sich durch das gesamte 19. Jahrhundert und wurde an dessen Ende von Ärzten als Argument gegen das Medizinstudium von Frauen verwendet.

Drittens: Bereits bei Krünitz findet sich die Argumentation, die im 19. Jahrhundert immer wieder von solchen Ärzten, die sich für die Krankenpflegeausbildung einsetzten, vorgebracht wurde: Eine in der Krankenpflege kundige Person nütze einem Kranken oft mehr als der Arzt.<sup>45</sup> Dies verwundert nicht angesichts der Tatsache, daß sich für den Arzt erst im Verlauf des 19. Jahrhunderts eine fachlich begründete Überlegenheit über andere Heiler abzeichnete, und das zunächst vor allem auf den Feldern der Diagnostik, der Chirurgie und der Schmerzlinderung.<sup>46</sup> Wie zu zeigen sein wird, zollte immer wieder eine kleine Gruppe von Ärzten der Krankenpflege sehr hohe Wertschätzung und setzte sich für ein höheres Ansehen der Krankenpflege wie auch für eine bessere Qualifikation ein. Allerdings fehlte im Ärztestand eine entsprechende Resonanz. Zeitgenössische Aussagen deuten darauf hin, daß die Ärzteschaft in der Breite den Anliegen der Krankenpflege eher gleichgültig, geringschätzig oder ablehnend gegenüberstand.

Viertens: Die Kritik daran, daß man Wärtern keine Privilegien nach Einführung einer Prüfung einräumte,<sup>47</sup> und der Wunsch nach Wärterschulen in jedem Staat nach dem Vorbild von Mannheim und Karlsruhe<sup>48</sup> wurden sofort wieder relativiert. Andere Aufgaben im Gesundheitswesen wurden als drängender angesehen. Es gelte, dem Mangel an guten chirurgischen und Hebammenanstalten abzuweichen, die noch viel nötiger seien als Unterricht für Krankenschwestern. Diese seien zudem schneller zu ersetzen als ein geschickter Wundarzt oder eine tüchtige Hebamme.<sup>49</sup> Diese Nachrangigkeit war und blieb ein konstituierendes Merkmal des preußischen Medizinalwesens.

Fünftens: Bereits die Krünitzsche Enzyklopädie hob religiöse Krankenpflegegemeinschaften als Vorbilder heraus und setzte die Krankenpflege durch katholische Gemeinschaften positiv gegenüber der Wärterpflege ab. Am Ende des 18. Jahrhunderts war noch nicht absehbar, daß konfessionelle Krankenpflegeorganisationen in Deutschland sehr erfolgreich werden

---

<sup>45</sup> KRÜNITZ (1789), Kranken-Wärter, S. 605.

<sup>46</sup> Vgl. HUERKAMP (1985), Der Aufstieg der Ärzte, S. 22-26, S. 132-137.

<sup>47</sup> KRÜNITZ (1789), Kranken-Wärter, S. 606.

<sup>48</sup> KRÜNITZ (1789), Kranken-Wärter, S. 606.

<sup>49</sup> KRÜNITZ (1789), Kranken-Wärter, S. 606.

würden. Die Schlußfolgerung des Autors war dementsprechend auch wenig verheißungsvoll, denn er urteilte,

"dem Anscheine nach möchte es wohl noch eine geraume Zeit bey dem Alten bleiben, daß man nähmlich alte Weiber, und unwissende oder gar liederliche Dirnen zur Wartung und Pflege der Kranken um geringen Lohn dinget."<sup>50</sup>

Besonders negativ über die Wärter und Wärterinnen äußerten sich an der Charité tätige Ärzte. Ernst Horn (1774-1848), der zweite Arzt an der Charité, fällte 1818 ein vernichtendes Urteil über das dortige Wartepersonal. Es gebe unter 90 bis 100 Krankenwärtern kaum fünf, die den billigsten Erwartungen entsprächen. Die meisten leisteten nichts, ja sie leisteten weniger als nichts: sie schadeten. Den Ärzten sei es nicht möglich, wesentliche Verbesserungen in der Pflege einzuführen.<sup>51</sup> Gleichzeitig gestand Horn zu, daß der Lohn viel zu gering und die Verpflegung zu dürftig sei. Es gebe keine Absicherung bei Arbeitsunfähigkeit.<sup>52</sup> Ähnlich wie Horn äußerte sich auch der Gründer der Krankenpflegeschule an der Charité, Johann Friedrich Dieffenbach (1792-1847), 1831 in seinem Krankenpflegelehrbuch über Moral und Qualifikation des Wartepersonals. Dieffenbach beschrieb mit drastischen Worten die Folgen der Tatsache, daß es für die Krankenpflege als nicht zu den Heilberufen gehörige Tätigkeit keine Zulassungskriterien gab und der Wärterberuf gleichzeitig sozial einen sehr niedrigen Rang einnahm:

"Es ist ein wahrer Jammer anzusehen, welche Menschen man als Krankenwärter und Wärterinnen anstellt. Jeder Alte, Versoffene, Triefäugige, Blinde, Taube, Lahme, Krumme, Abgelebte, Jeder der zu Nichts in der Welt mehr taugt, ist dennoch nach der Meinung der Leute zum Wärter gut genug ... So ist denn dieser schöne edle Beruf in Verruf gekommen! Man suche Krankenwärter, und welcher Auswurf der Menschheit sammelt sich da!"<sup>53</sup>

Die Anstaltspflege der städtischen Armenkrankenpflege vollzog erst im Zuge der Krankenversicherungsgesetzgebung einen Wandel in positivem Sinne. Zuvor waren die Hospitäler überwiegend Siechenanstalten, in denen katastrophale hygienische Verhältnisse herrschten und die in der Bevölkerung gefürchtet waren.<sup>54</sup> Hospitäler wie auch die dortige Wärterpflege

---

<sup>50</sup> KRÜNITZ (1789), Kranken-Wärter, S. 607.

<sup>51</sup> Zitiert nach STICKER (1960), Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege, S. 74.

<sup>52</sup> Zitiert nach STICKER (1960), Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege, S. 74f.

<sup>53</sup> DIEFFENBACH (1832), Anleitung zur Krankenwartung, S. 6.

<sup>54</sup> REDDER (1993), Die Entwicklung von der Armenhilfe zur Fürsorge, S. 27.

hatten in den Augen der Bürgerschaft einen sehr schlechten Ruf. Krankenhäuser waren im 18. und frühen 19. Jahrhundert

"gesellschaftlich stigmatisierte Heilanstalten für Angehörige der unteren Gesellschaftsschichten, in deren Obhut man sich nur dann begab, wenn keine andere Möglichkeit (Familienpflege, bezahlte Krankenwartung, Selbsthilfe) vorhanden war. Wohlhabende Patienten mieden das Krankenhaus wie die Pest und nahmen sich, wenn sie auf keine zur Familie gehörende Person zurückgreifen konnten, lieber eine bezahlte Wärterin."<sup>55</sup>

Von den Wärtern und Wärterinnen als sozial verachteten und ungebildeten Teilen der Gesellschaft war eine Weiterentwicklung des Berufsstands kaum zu erwarten. Anstöße zu Reformen mußten also von anderer Seite, zum Beispiel von Ärzten, kommen. Gedankengut der Aufklärung wiederum konnte entsprechenden Initiativen dabei wichtige Argumente an die Hand geben.

### *II.1.3. Forderungen von Vertretern der Aufklärung und die Initiativen von Franz Anton Mai*

In der Aufklärung vollzog sich ein Einschnitt im Denken im Hinblick auf das Gesundheitswesen. Letztendlich mündete der neue Blick auf das Gesundheitswesen auch in Forderungen wie der, daß der Staat für die Qualifizierung des Krankenpflegepersonals zuständig sein solle.

Die Aufmerksamkeit aufgeklärter Fürsten und Regierungen galt der medizinischen Versorgung der Bürger, der Verhütung und Bekämpfung von Seuchen und der Anleitung der Einzelnen zu gesundheitsgemäßem Leben, denn von Arbeitskraft und Einwohnerzahl hingen Wohlstand im Innern und Macht nach außen ab.<sup>56</sup> Zu diesem Zweck diente unter anderem die Schaffung von Medizinalbehörden, denen auch die Kontrolle der Berufsausübung von Heilpersonen übertragen wurde. Für die Gesamtheit der Wohlfahrts- und Disziplinierungsmaßnahmen, die gestalterischen gesundheitspolitischen wie auch aufsichtführenden polizeilichen Charakter tragen konnten, wurde der Begriff "Medizinische Policey" geprägt.<sup>57</sup>

Bereits im 17. Jahrhundert machte der Philosoph und Universalgelehrte Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716) Vorschläge zu einer Organisation des Medizinalwesens, nach der eine ausreichende ärztliche Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden und eine Medizinal-

---

<sup>55</sup> FREVERT (1984), Krankheit als politisches Problem, S. 75.

<sup>56</sup> BOSCHUNG (2005), Aufklärungsmedizin, S. 120.

<sup>57</sup> Vgl. MÜNCH (1995), Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert, S. 22. Vgl. auch PAUL (1996), Zum Zwecke der Verpflegung dürftiger Kranker, S. 91-222.

behörde die Ärzte überwachen sollte.<sup>58</sup> Für die theoretische Begründung eines neuen Ethos steht Christian Wolff (1679-1754), einer der bedeutendsten Philosophen der Frühaufklärung und des Pietismus in Halle. Er beschrieb als Armutspolitik die Fürsorgemaßnahmen des Landesherrn zum Wohl aller Untertanen. Diese Fürsorgemaßnahmen sollten ethisch begründet sein.<sup>59</sup>

Johann Peter Frank (1745-1821), der auch das "hygienische Denkmal des aufgeklärten Absolutismus" genannt wurde,<sup>60</sup> arbeitete entsprechende Vorschläge systematisch und umfassend aus. Sein "System einer vollständigen medicinischen Policey" erschien zwischen 1779 und 1819<sup>61</sup> und wurde breit rezipiert. Was Frank unter "Medicinischer Policey" verstand, war mehr als eine Reihe brauchbarer hygienischer Verordnungen. Ihm ging es um die

"Zusammenfassung, Ergänzung und sinnvolle Gliederung solcher Vorschriften in einem alle Teile des menschlichen Lebens durchdringenden System, in einem Corpus der prophylaktischen Medizin, das von der Zeugung bis zur Bestattung reichte."<sup>62</sup>

Ein Studienkollege von Johann Peter Frank in Heidelberg war der Mannheimer Arzt und Heidelberger Professor Franz Anton Mai.<sup>63</sup> Von ihm ging der wichtigste vom Gedankengut der Aufklärung getragene Anstoß zur Reform der Krankenpflege aus. Mai gehörte zu den wenigen Ärzten, für die verbürgt ist, daß sie an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert der Krankenpflege große Bedeutung zuerkannten und mit eigenem Beispiel vorangingen. Er steht daher auch beispielhaft für die Schwierigkeiten, die sich einem Reformier in den Weg stellten.

Als Teil seines umfassenden Engagements für Gesundheitserziehung und Gesetzgebung verfolgte Mai als Medizinalrat in Mannheim und Professor in Heidelberg mit besonderem Nachdruck das Ziel, auch die Krankenpflege zu reformieren und selbst mit gutem Beispiel voranzugehen.

---

<sup>58</sup> Vgl. zu Leibniz und die Medizin: STEUDEL (1960), Leibniz und die Medizin.

ROTHSCHUH (1969), Leibniz und die Medizin seiner Zeit. HARTMANN/KRÜGER (1976), *Directiones ad rem Medicam pertinentes*. LOHFF (2001), "... daß ein jeder das Seine in seiner Sphaera activitatis tue". NOBIS (2005), Leibniz, Gottfried Wilhelm.

<sup>59</sup> MÜNCH (1995), Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert, S. 22.

<sup>60</sup> SEIDLER (1975), Lebensplan, S. 15.

<sup>61</sup> SEIDLER/LEVEN (2003), S. 160.

<sup>62</sup> LESKY (1969), Einleitung, S. 8.

<sup>63</sup> Zu Franz Anton Mai vgl. SEIDLER (1975), Lebensplan, S. 33. Zu Mai siehe außerdem: WOLFF/KASTNER (2002), Das Karlsruher Krankenwärterinstitut, S. 48-61.

Er maß der Krankenpflege für den Heilungsprozeß große Bedeutung bei und damit der Pflege durch ausgebildetes Personal:

"Zahllose Kranke, wenn ihre Krankheit auch heilbar ist, sterben dahin, aus Mangel einer vernünftigen Pflege. Der Arzt hat nicht nur gegen die Krankheit, sondern oft mehr gegen die schädlichsten Vorurtheile, und Mißbräuche unwissender Krankenwärter zu kämpfen."<sup>64</sup>

Als Vorbild für die Krankenpflegeausbildung sah er die Hebammenschulen jener Zeit.<sup>65</sup> Im Jahr 1782 wurde nach dem Vorschlage Mais mit Genehmigung des Kurfürsten in Mannheim eine Krankenwärterschule eröffnet.<sup>66</sup> Dort wollte Mai unentgeltlich ohne Rücksicht auf Geschlecht und Konfession Lehrlingen mittleren Alters von 40-50 Jahren Unterricht geben, um so dem Mangel an Hauspflegern und den vielen Vorurteilen der Laien abzuhelpfen.<sup>67</sup> Er unterrichtete das Pflegepersonal der Hospitäler, Hebammenschülerinnen, Witwen und "Kindsfrauen", Stadt- und Kompaniechirurgen. Die Ausbildung umfaßte drei Monate und beinhaltete eine wöchentliche Prüfung sowie eine öffentliche Abschlußprüfung. Seinem Unterricht legte er ein selbstverfaßtes Lehrbuch zugrunde, den "Unterricht für Krankenwärter zum Gebrauch öffentlicher Vorlesungen".<sup>68</sup>

Kollegen warfen Franz Anton Mai vor, er handle gegen die Interessen der Ärzteschaft, zumal Furcht vor der Konkurrenz anderer Heiler bestand. Es wurde unterstellt, entsprechend ausgebildetes Krankenpflegepersonal neige zu "Kurpfuscherei", also zu Übergriffen in die Therapie.

Von Seiten des Mannheimer Collegium medicum wurde die Krankenwärterschule als "Pfuscherschule" gebrandmarkt, doch er setzte seinen Unterricht fort, bis er seinem Ruf als Professor der Hebammenkunst in Heidelberg endgültig Folge leisten mußte.<sup>69</sup> Viele weitergehende Pläne scheiterten an der Gegnerschaft der offiziellen Stellen, wie der Plan, seine Hebammenschülerinnen gleichzeitig in der Krankenpflege zu unterweisen

---

<sup>64</sup> MAI (1811), Die Kunst die verlorene Gesundheit durch zweckmäßige Krankenpflege wieder herstellen zu helfen, S. 11f.

<sup>65</sup> WOLFF/KASTNER (2002), Das Karlsruher Krankenwärterinstitut, S. 53.

<sup>66</sup> FISCHER (1933), Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, Bd. 2, S. 48. Die Eröffnung erfolgte 1782. WOLFF/KASTNER (2002), Das Karlsruher Krankenwärterinstitut, S. 50f.

<sup>67</sup> SEIDLER (1975), Lebensplan, S. 46.

<sup>68</sup> SEIDLER/LEVEN (2003), Geschichte der Medizin und Krankenpflege, S. 170f.

<sup>69</sup> SEIDLER (1975), Lebensplan, S. 111.

oder bereits ausgebildete Krankenwärter regelmäßig zu Fortbildungskursen zusammenzufassen.<sup>70</sup>

Nachdem Mai 1796 endgültig von Mannheim nach Heidelberg übersiedelt war, hielt er seit dem Sommersemester 1797 eine eigenständige Vorlesung über "Krankenwärterlehre" an der dortigen Universität ab. Allerdings gelang die Institutionalisierung in Heidelberg nicht. Im Jahr 1806 kam es zum Konflikt mit der Universitätsleitung. Anlaß war die öffentliche Prüfung von Schulmädchen in der Krankenwartung vor einer großen Menge von Zuschauern. Vor den Augen junger Männer seien Mädchen sechs Stunden lang über medizinische Gegenstände geprüft worden, was zum Gelächter der Studierenden und zum Mokieren geführt habe. Insbesondere habe der Titel des verteilten Programms "Versuch eines sittlichen und körperlichen Maaßstabes für deutsche Hausväter bei der Wahl einer Braut" viele Randglossen veranlaßt. Mai wurde durch den Senat angewiesen, auf öffentliche Prüfungen zu verzichten und sie nicht mehr in einem akademischen Gebäude und nur noch vor Medizinern abzuhalten. 1807 wurde ihm für die Prüfung statt der beantragten Aula die Kirche des ehemaligen Nonnenklosters zugewiesen. Franz Anton Mai ging es um den akademischen Rang seiner Lehre. Er hielt die von ihm vorgetragenen Lehrgegenstände, Gesundheitserhaltung und Krankenwartung, für wissenschaftlich und folglich der Aula angemessen, doch seine Einwände fanden keine Würdigung.<sup>71</sup> Dies bedeutete für ihn eine schwere Demütigung.<sup>72</sup> So verzichtete er auf seinen Lehrauftrag.

Mai hatte weitreichende Vorschläge unterbreitet und veröffentlicht, deren Umsetzung eine Aufnahme der Krankenpflege unter die Heilberufe bedeutet hätte. Er sah eine Institutionalisierung der Krankenpflegeausbildung durch den Bau von Schulen mit dreimonatigem wissenschaftlich fundiertem Unterricht vor.<sup>73</sup> Dieser sollte unentgeltlich erfolgen,<sup>74</sup> also für Unbemittelte leicht zugänglich sein. Unterricht auf der Grundlage seines Krankenpflegelehrbuchs von 1782 sollte jährlich stattfinden. Die drei besten Schüler sollten Preise erhalten und nach Ablegen des Eides übernommen werden.<sup>75</sup> Die Ausbildung sollte keinen konfessionellen bzw. auf dem Glauben beruhenden Grenzen unterliegen. Hierbei war Mai selbst mit

---

<sup>70</sup> SEIDLER (1975), Lebensplan, S. 111.

<sup>71</sup> SEIDLER (1975), Lebensplan, S. 55. FISCHER (1928), Franz Anton Mai als Vorkämpfer für Gesundheitsrecht und Gesundheitspflicht, S. 86f.

<sup>72</sup> SEIDLER (1975), Lebensplan, S. 55.

<sup>73</sup> MAI (1802), Stolpertus, S. 145.

<sup>74</sup> MAI (1802), Stolpertus, S. 120.

<sup>75</sup> MAI (1802), Stolpertus, S. 158.



gutem Beispiel vorangegangen, indem er auch Juden ausgebildet hatte.<sup>76</sup> Alle Krankenwärter in Zivil- und Militärhospitälern sollten ausgebildet werden.<sup>77</sup> Den Krankenpflegestand sozial abzusichern, war ebenfalls vorgesehen: Krankenwärter mit guten Zeugnissen sollten dieselben Freiheiten wie geschworene Hebammen genießen, im Alter bei Dienstunfähigkeit in einem Hospital aufgenommen und Pfründnern gleichgestellt werden.<sup>78</sup> Eine Anbindung an die Universitäten sollte erfolgen, indem die Prüfungen wie bei den Ärzten und Wundärzten, Geburtshelfern, Hebammen und Apothekern ausschließlich von Mitgliedern der medizinischen Fakultät durchgeführt werden und die Befähigungszeugnisse vom Dekan der medizinischen Fakultät unterzeichnet werden sollten.<sup>79</sup> Mai hielt den Krankenpflegestand für eidesfähig. Er sah einen Krankenwärtereid<sup>80</sup> als berufsethischen Kodex und eine Krankenpflegertaxe<sup>81</sup> vor.

Dem Scheitern an der Universität folgte das Scheitern seiner Bemühungen um eine neue Medizinalgesetzgebung, die auch die Krankenpflege unter die Heilberufe integriert hätte. Mit Verweis auf das Meisterwerk Johann Peter Franks rief Mai 1802 im vierten Teil seines Werks "Stolpertus" dazu auf, gesetzgeberisch tätig zu werden, denn "noch sind die Gesetzgeber einer vernünftigen Landespolizei aus ihrer Schlagsucht nicht erwacht, das anwendbare dieser unverbesserlichen Anleitung ihren Gesetzbüchern und Landrechten einzuverleiben."<sup>82</sup> Mais Programm zur Hebung des Krankenpflegestandes war Bestandteil eines "Entwurf[s] einer Gesetzgebung über die wichtigsten Gegenstände der medizinischen Polizei als Beitrag zu einem neuen Landrecht in der Pfalz".

Im Jahr 1800 legte Mai einen Gesetzentwurf vor, der übersichtlich und systematisch die großen Gebiete der Volkshygiene umfassen sollte. Die Vorschläge fanden zwar die volle Anerkennung des Landesfürsten, der Heidelberger Medizinischen Fakultät und der Mannheimer Medizinalräte, wurden aber wegen der damaligen politischen Umwälzungen nicht verwirklicht und gerieten in Vergessenheit.<sup>83</sup> Der Reichsdeputationshauptschluß von 1803, durch den Heidelberg und Mannheim Baden zugeschlagen wurden, dürfte hierbei eine wichtige Rolle gespielt haben. In der badi-

---

<sup>76</sup> SEIDLER (1975), Lebensplan, S. 110.

<sup>77</sup> MAI (1802), Stolpertus, S. 159.

<sup>78</sup> MAI (1802), Stolpertus, S. 159.

<sup>79</sup> MAI (1802), Stolpertus, S. 160.

<sup>80</sup> MAI (1802), Stolpertus, S. 175f.

<sup>81</sup> MAI (1802), Stolpertus, S. 161.

<sup>82</sup> MAI (1802), Stolpertus, S. Vf.

<sup>83</sup> FISCHER (1933), Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, Bd. 2, S. 49.

schen Medizinalordnung von 1806 fanden sich kaum Vorstellungen von Franz Anton Mai wieder. Mai verfaßte 1808 einen kritischen Bericht, der sich mit der Badischen General-Sanitätskommission befaßte. Von dieser folgte eine Gegenkritik, und der Streit wurde dann auf Veranlassung des Großherzogs durch Vernichtung beider Schriften beendet.<sup>84</sup> Auch im bayrischen Edikt über das Medizinalwesen von 1808 wurden die Vorstellungen von Franz Anton Mai nicht umgesetzt, obwohl sich Kurfürst Maximilian IV. Joseph, der spätere König Maximilian I. Joseph (1756-1825), 1801 sehr positiv über Mais Gesetzentwurf geäußert hatte.<sup>85</sup> Dennoch war Mai nicht völlig gescheitert. Seine Forderung, Krankenwärterschulen einzurichten, wurde punktuell an anderen Orten realisiert. So wurden 1784 in Karlsruhe<sup>86</sup> und 1812 in Wien<sup>87</sup> Krankenwärterschulen gegründet.

Mit seiner Auffassung, die Krankenpflege sei ein akademischer, also ein an der Universität zu erlernender Beruf, war Franz Anton Mai seiner Zeit weit voraus. Gleichzeitig thematisierte er zwei grundlegende Fragen zum Umgang mit dem Krankenpflegeberuf, die im 19. Jahrhundert immer wieder aktuell wurden: Hat der Staat die Pflicht, die Ausübung der Krankenpflege zu regeln und Anforderungen an eine entsprechende Ausbildung analog zu den traditionellen Heilberufen zu etablieren? Ist es seine Aufgabe, selbst für die "weltliche" Krankenpflegeausbildung, insbesondere die Wärterausbildung, zu sorgen? Wie in Preußen diese Fragen angegangen wurden, zeigen die Gründung der Krankenpflegeschule an der Berliner Charité und die Medizinalreformen in der 1. Hälfte des 19. Jahrhunderts.

#### *II.1.4. Die Gründung der Krankenpflegeschule an der Charité*

Nach Mais Vorbild sollte im Jahr 1800, so der Wille der preußischen Medizinalabteilung, an der Charité in Berlin die Ausbildung von Krankenwärtersonal beginnen. Diese wurde jedoch nicht realisiert, weil, so spätere offizielle Darstellungen, sich keine geeigneten Kandidaten fanden.<sup>88</sup> Aller-

---

<sup>84</sup> FISCHER (1928), Franz Anton Mai als Vorkämpfer für Gesundheitsrecht und Gesundheitspflicht, S. 84-86.

<sup>85</sup> FISCHER (1933), Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, Bd. 2, S. 149, S. 453.

<sup>86</sup> WOLFF/KASTNER (2002), Das Karlsruher Krankenwärterinstitut, S. 54.

<sup>87</sup> WOLFF/WOLFF (2002), Zur Geschichte der ärztlichen Krankenpflegeschulen, S. 62.

<sup>88</sup> FISCHER (1933), Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, Bd. 2, S. 403. WOLFF (1995), Zu den Anfängen der Krankenwärterausbildung an der Charité, S. 203, hält es für nicht sicher, daß die Schule von Mai angeregt wurde und hält es für wahrscheinlicher, daß die insgesamt um 1800 gehäuft erschienene didaktisch aufbereitete Krankenpflegeliteratur auf die preußische Medizinalabteilung anregend wirkte.

dings war die damalige Situation an der Charité für die Aufnahme von Krankenpflegeunterricht nicht förderlich: Charitédirektor Christian Gottlieb Selle (1748-1800) war seit längerem schwer erkrankt und starb im selben Jahr. Er wurde durch Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836) ersetzt. Der Stellvertreter Selles, Johann Friedrich Fritze (1735-1807) stand im 65. Lebensjahr und verstand sich nicht gut mit dem wesentlich jüngeren Hufeland. Der Umzug in den Neubau der Charité stand bevor, und nach der Niederlage bei Jena und Auerstädt 1806 wurde die Charité von der französischen Besatzungsmacht als Lazarett benutzt. 1810 erfolgte dann die Gründung der Friedrich-Wilhelm-Universität in Berlin, in deren Bemühungen um die Etablierung eines Klinikums für ihre Medizinische Fakultät die Frage der Ausbildung von Pflegekräften an der Charité aus der Perspektive der Administration noch immer als zweitrangig galt.<sup>89</sup>

So oblag es Johann Nepomuk Rust (1775-1840), dem dirigierenden Arzt der Abteilung für Chirurgie und Augenheilkunde an der Charité und Vorsitzenden des 1830 gegründeten<sup>90</sup> Kuratoriums für die Krankenhausangelegenheiten im Kultusministerium, die Gründung einer Krankenpflegeschule voranzutreiben. Er war vielleicht die einflußreichste und mächtigste Persönlichkeit im preußischen Medizinalwesen dieser Jahre.<sup>91</sup> Er war 1810 als Primarwundarzt an das Allgemeine Krankenhaus nach Wien gekommen und hatte dort 1812 die Krankenpflegekurse von Maximilian Florian Schmidt (1784-1846) kennengelernt.<sup>92</sup> Im Dezember 1830 wurde im Krankenhauskuratorium auf die Wichtigkeit der Krankenwärterausbildung hingewiesen und beschlossen, eine Schule einzurichten. Der vortragende Rat im preußischen Kultusministerium sowie Rusts Assistent Johann Friedrich Dieffenbach erklärten sich bereit, einen Plan für diese Institution zu entwerfen.<sup>93</sup> Diese erneuten Planungen überschritten sich mit dem Ausbruch der ersten Choleraepidemie. Berlin wurde 1831, 1832 und 1837 besonders hart von der Cholera betroffen. Obwohl die Stadt fünf separate Heilanstalten errichtete, um dort die Kranken zu isolieren und zu kurieren, lag die Letalität zwischen 61 und 67%. 1831 starben von 2.335 Cholerakranken 1.426, 1837 von 3.561 Kranken 2.174.<sup>94</sup> Es handelte sich um eine Massenerkrankung, der die zeitgenössische Therapie hilflos

---

<sup>89</sup> WOLFF/WOLFF (2002), Zur Geschichte der ärztlichen Krankenpflegeschulen, S. 65f.

<sup>90</sup> WOLFF/WOLFF (2002), Zur Geschichte der ärztlichen Krankenpflegeschulen, S. 69.

<sup>91</sup> WINAU (1987), Medizin in Berlin, S. 145. Vgl. auch MÜNCH (1995), Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert, S. 72-76.

<sup>92</sup> WOLFF/WOLFF (2002), Zur Geschichte der ärztlichen Krankenpflegeschulen, S. 69.

<sup>93</sup> STÜRZBECHER (1979), Nachwort, unpag.

<sup>94</sup> WINAU (1987), Medizin in Berlin, S. 157.

gegenüberstand.<sup>95</sup> So machte sich der Mangel an geeignetem Krankenpflegepersonal besonders stark bemerkbar,

"die Ueberzeugung der Unzulänglichkeit und geringen Brauchbarkeit der besonders in der Stadt beschäftigten Krankenwärter und Krankenwärterinnen; eine Ueberzeugung, welche beim ersten Erscheinen der Cholera besonders hervortrat."<sup>96</sup>

Am 10. Februar 1831 gingen Dieffenbachs "Vorschläge zur Verbesserung der Krankenpflege durch Errichtung einer Wärterschule in dem Charité-Krankenhaus" beim Kuratorium der Charité ein und wurden am 31. Mai 1831 positiv beantwortet. Auf Rusts Veranlassung veröffentlichte Dieffenbach nach dem Vorbild von Schmidts "Unterricht für Krankenwärter" 1832 eine "Anleitung zur Krankenwartung" als Kompendium für die Berliner Krankenwärterschule.<sup>97</sup> Im Mai 1832 wurde die Krankenpflegeschule mit dem ersten Lehrgang eröffnet.<sup>98</sup> Dieffenbach wurde zum Schulleiter ernannt. Er schlug seinen Kollegen Carl Emil Gedike als Leiter des theoretischen Unterrichts vor,<sup>99</sup> nachdem die Charité-Direktion festgestellt hatte, daß weder Dieffenbach noch ein anderer dirigierender Arzt der Charité aus Zeitmangel den Unterricht übernehmen könne.<sup>100</sup> 1844 wurde Gedike als praktischer Arzt geführt. Nach der Medizinalpersonentabelle von 1849 bekleidete er im preußischen Medizinalwesen nur den Posten des Lehrers an der Krankenpflegeschule der Charité.<sup>101</sup> Gedike blieb über Jahrzehnte mit dem Krankenpflegeunterricht an der Charité betraut.<sup>102</sup>

Die Krankenpflegeschule an der Charité bildete einen ersten Schritt hin zu einer strukturierten Qualifizierung des Wartepersonals in Preußen. Zu den Anforderungen für den Eintritt in die Krankenpflegeschule gehörte ein tadelloser Lebenswandel, der durch ein polizeiliches Zeugnis nachzuweisen war. Außerdem mußte der Bewerber körperlich und geistig geeignet sein. In Kursen von anfangs 5 Monaten, später – ohne Verlängerung der Ausbildungszeit bis zum Jahr 1907<sup>103</sup> – lediglich 3 Monaten Dauer wurden

---

<sup>95</sup> Vgl. LEVEN (1997), Die Geschichte der Infektionskrankheiten, S. 111.

<sup>96</sup> GEDIKE (1854), Handbuch der Krankenwartung, S. 8.

<sup>97</sup> WOLFF/WOLFF (2002), Zur Geschichte der ärztlichen Krankenpflegeschulen, S. 71, S. 73.

<sup>98</sup> WOLFF/WOLFF (2002), Zur Geschichte der ärztlichen Krankenpflegeschulen, S. 71.

<sup>99</sup> WOLFF/WOLFF (2002), Zur Geschichte der ärztlichen Krankenpflegeschulen, S. 74.

<sup>100</sup> STÜRZBECHER (1979), Nachwort, unpag.

<sup>101</sup> STÜRZBECHER (1979), Nachwort, unpag.

<sup>102</sup> STÜRZBECHER (1979), Nachwort, unpag.

<sup>103</sup> ISRAEL (1907), Die Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen, Diskussionsbeitrag Agnes Karll, S. 147.

pro Jahr 20 bis 30 Prüflinge beiderlei Geschlechts für die Krankenwartung an der Charité und Privatpflegetätigkeit ausgebildet. Zwei Monate der Unterrichtszeit wurden für den praktischen Unterricht verwandt.<sup>104</sup>

Während des praktischen Unterrichts wurden die Lernenden den einzelnen Krankenabteilungen zugeteilt und erhielten Wohnung, Unterricht und Verköstigung unentgeltlich.<sup>105</sup> Abschließend wurde eine Prüfung abgehalten. In den Zeugnissen wurden sowohl fachliche Leistungen wie Krankenberichte als auch Verhalten und Fleiß benotet. Jährlich wurden gedruckte Namens- und Wohnungsverzeichnisse der in der Stadt wohnenden geprüften Wärter und Wärterinnen den Ärzten, Wundärzten, Geburtshelfern und Apothekenbesitzern Berlins zugesandt. Die Kompetenzen ausgebildeten Krankenpflegepersonals blieben insgesamt gering. Übte es die Krankenpflege als Gewerbe aus, so stand es unter polizeilicher Aufsicht und hatte nicht die Berechtigung zu den "kleinen chirurgischen Verrichtungen",<sup>106</sup> zu denen Tätigkeiten wie der Aderlaß, das Setzen von Blutegeln und das Anlegen von Verbänden gehörten.

Gedikes Lehrbuch verfolgte den Zweck, in den beschriebenen Inhalten die Grenzlinie zwischen ärztlichem Wissen und den Kenntnissen, die das Wartepersonal benötigte, genau festzuhalten. Auch die Warnung, nicht in ungehöriger Weise in den Wirkungskreis der Hebammen einzugreifen, wurde im Vorwort ausdrücklich vermerkt.<sup>107</sup> Gegenüber dem Arzt war keinerlei Eigenständigkeit vorgesehen:

"Der Wärter hat gegen alle Befehle und Bestimmungen des Arztes den strengsten Gehorsam zu beobachten und darf sich niemals verleiten lassen, in irgend einem Umstande von denselben abzuweichen oder umgekehrt Dinge vorzunehmen, die der Arzt nicht anordnete."<sup>108</sup>

Ausgehend von dieser Prämisse forderte Gedike im wesentlichen ein gewisses Maß an Verständnis für den menschlichen Körper, die zuverlässige Ausführung ärztlicher Anordnungen sowie die Beobachtung des Kranken und einen brauchbaren Bericht an den Arzt. Gleichzeitig konnte er fachlich

---

<sup>104</sup> GEDIKE (1854), Handbuch der Krankenwartung, S. 9, nennt für die ersten 21 Jahre des Bestehens 553 Personen mit bestandener Prüfung, davon 156 Männer und 397 Frauen. Unter diesen befanden sich 93 Charité-Krankenwärter und 141 Charité-Wärterinnen. Später waren von den 553 Personen 64 Männer und 256 Frauen in der Privatkrankenpflege beschäftigt.

<sup>105</sup> GEDIKE (1854), Handbuch der Krankenwartung, S. 9.

<sup>106</sup> HORN (1858), Das preussische Medicinalwesen, 2. Theil, S. 236.

<sup>107</sup> GEDIKE (1854), Handbuch der Krankenwartung, Vorwort, S. X.

<sup>108</sup> GEDIKE (1854), Handbuch der Krankenwartung, S. 16.

und an Vorbildung auch nicht allzuviel verlangen. Daß das Krankenpflegepersonal häufig aus ungebildeten Schichten kam, verdeutlicht Gedikes Forderung, daß ein Krankenwärter die Fähigkeit besitzen müsse, Geschriebenes lesen zu können. Die Verwechslung äußerer Arzneien mit inneren könne leicht Lebensgefahr für den Kranken oder Tod nach sich ziehen. So sei es notwendig, daß das Krankenpflegepersonal die Signaturen der Arzneien unterscheiden könne.<sup>109</sup>

Die Vorbildfunktion der christlichen Krankenpflege führte bereits bei der Gründung der Krankenpflegeschule dazu, daß an das Wartepersonal der Anspruch christlicher Gesinnung und entsprechender damit verbundener Charaktereigenschaften gestellt wurde. Seit der Gründung der Krankenpflegeschule begann und endete der Unterricht mit einem Gottesdienst in der Charitékirche. Die Geistlichen waren bemüht,

"höhere Beweggründe als den alleinigen Gelderwerb bei Schüler und Schülerinnen zu erwecken und denselben die Wichtigkeit der Krankenwartung, vom Gesichtspunkte christlicher Barmherzigkeit und Menschenliebe angesehen, dringend ans Herz zu legen."<sup>110</sup>

Dasselbe Ziel verfolgte Gedike mit der 1854 in sein Krankenpflegelehrbuch aufgenommenen Übersicht zur Geschichte der Krankenpflege. Die Erfüllung der Pflichten bei der Krankenwartung finde nur dann vollständig statt, wenn die Personen, die sich der Krankenwartung widmeten, nicht allein äußeren Vorteils willen diesen Beruf wählten, sondern dabei auch von höheren Gesinnungen geleitet würden, wobei "in dem Herzen derselben wahre Religiosität, Sanftmuth, Liebe, Geduld, Nachsicht, Menschenfreundlichkeit und Neigung andern Hülfe zu bringen, wohnen" sollten.<sup>111</sup>

"Pfuscherei" bzw. "Kurpfuscherei" von Seiten des Krankenpflegepersonals, ein Eindringen in ärztliche Entscheidungen und damit Konkurrenz möglichst auszuschließen, war ein grundlegendes ärztliches Anliegen, das sich durch das gesamte 19. Jahrhundert zieht. Bereits Mai hatte betont, es sei keineswegs seine Absicht, die "Behandlung der wirklichen Krankheiten oder das Selbstdoktoriren" durch Nichtärzte zu erlauben und dadurch einen gefährlichen Empirismus zu begünstigen.<sup>112</sup>

Eine entsprechende Gesetzgebung, wie sie von Mai gefordert worden war, ging mit der Gründung der Krankenpflegeschule an der Charité nicht

---

<sup>109</sup> GEDIKE (1854), Handbuch der Krankenwartung, S. 11-16.

<sup>110</sup> GEDIKE (1854), Handbuch der Krankenwartung, S. 8.

<sup>111</sup> GEDIKE (1854), Handbuch der Krankenwartung, Vorwort, S. XI.

<sup>112</sup> MAI (1802), Stolpertus, S. 163.

einher. Das preußische Kultusministerium empfahl lediglich 1837 das Gedikesche Lehrbuch zur Einführung an anderen Krankenanstalten in den Bezirken. Die Inhalte entsprachen den Vorstellungen des preußischen Kultusministeriums: Für den beabsichtigten Zweck sei es in jeder Beziehung entsprechend bearbeitet. Das Lehrbuch zeichne sich so vorteilhaft aus, daß eine möglichst allgemeine Verbreitung höchst wünschenswert erscheine.<sup>113</sup> Ein Jahr später verdeutlichte Johann Nepomuk Rust nochmals das ärztliche Bild vom Krankenwärter: ein ärztlicher oder chirurgischer Handlanger, dem Handgriffe praktisch eingeübt werden, "immer nur ein Nothbehelf für einen bestimmten, eng zu ziehenden Wirkungskreis".<sup>114</sup>

Offensichtlich zeigte der Versuch, über die Empfehlung des Gedikeschen Lehrbuchs eine Verbesserung der Krankenpflegeausbildung zu erreichen, wenig Wirkung. 1844 wiesen Ludwig von Rönne (1804-1891) und Heinrich Simon (1805-1860) in ihrem Übersichtswerk über das preußische Medizinalwesen darauf hin, daß die Ausbildung in der Krankenpflege sich auf sehr niedriger Stufe befinde. Selbst die öffentlichen Krankenhäuser besäßen selten ein gehörig geschultes Wartepersonal. Eine Ausnahme bildeten die Heilanstalten, in denen geistliche Orden sich der Krankenpflege als einer religiösen Pflicht widmeten.<sup>115</sup>

Für die Versorgung der Hauptstadt mit ausgebildetem Krankenpflegepersonal dürfte die Krankenwarschule an der Charité im 19. Jahrhundert eine eher beschränkte Rolle gespielt haben.<sup>116</sup> Dennoch stellte ihre Gründung eine entscheidende Weichenstellung für die Krankenpflege in Preußen und damit in Deutschland dar. Es handelte sich vor dem 1. Weltkrieg um die einzige unmittelbar der preußischen Regierung unterstehende Krankenpflegeschule. Sie befand sich in der Hauptstadt, also nahe dem Sitz der preußischen Regierung, in einer militärisch geprägten Anstalt. An der Charité sammelte der preußische Staat über mehrere Jahrzehnte Erfahrung mit der Ausbildung von Krankenwärtern, bevor 1907 das staatliche Krankenpflegeexamen eingeführt wurde. Die Krankenpflegelehrer mit ihrer Kompetenz in der praktischen Durchführung der Krankenpflegeausbildung wurden vom preußischen Kultusministerium als Sachverständige hinzugezogen. Das Gedikesche Krankenpflegelehrbuch brachte pflegerisches Wissen in ein System, beschrieb entsprechende Techniken und definierte

---

<sup>113</sup> HORN (1858), Das preussische Medicinalwesen, 2. Theil, S. 236.

<sup>114</sup> RUST (1838), Die Medicinal-Verfassung Preußens, S. 196f.

<sup>115</sup> FISCHER (1933), Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, Bd. 2, S. 405.

<sup>116</sup> Vgl. die Einschätzung von Eduard Dietrich von 1896: DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 64: "Diese Schule besteht noch heute, doch ist die Frequenz immer eine beschränkte gewesen."

ethische Grundlagen des Krankenpflegeberufs. Es erfuhr entsprechend den Neuerungen in der Medizin bis 1909 immer wieder Neubearbeitungen und konnte so als Grundstock für einen ab diesem Jahr verbindlichen Wissenskanon dienen.

Wenden wir uns an dieser Stelle als Zwischenergebnissen vier grundlegenden Handlungsmustern der preußischen Regierung zu, die in der Gründungsphase der Krankenpflegeschule an der Charité deutlich werden:

*Erstens* war die Krankenpflege das Stiefkind der Gesundheitspolitik. Dies zeigen die mehr als dreißigjährige Anlaufphase für die Schulgründung, die Bedeutungslosigkeit der Krankenpflege bei der Prüfungsreform von 1825 und die Durchführung der Lehre durch einen nicht an der Charité angestellten Arzt. Bis zur Einführung des preußischen Krankenpflegeexamens blieb die Kursdauer bei drei Monaten. Virchow hielt die Ausbildung an der Charité gegenüber den konfessionellen Schwesternschaften nicht für konkurrenzfähig. Die dreimonatigen Kurse befriedigten lediglich die "gewöhnlichsten Hilfsleistungen".<sup>117</sup> 1891 betrug die Zahl der Unterrichtsstunden des Kurses lediglich 36, um bis 1904 auf 72 zu steigen.<sup>118</sup> Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde damit bei einer sechstägigen Arbeitswoche über drei Monate hinweg durchschnittlich eine Kursstunde pro Tag gegeben, womit die Charité weit hinter nichtstaatlichen Pflegeorganisationen und der Ausbildung in England zurückblieb. Der hohen Wertschätzung der Krankenpflege durch Franz Anton Mai, seinen Forderungen nach Fürsorge, Aufnahme unter die Heilberufe, Ausbildung und Prüfung durch die Medizinischen Fakultäten stand die geringe Wertschätzung durch die preußische Regierung gegenüber.

*Zweitens* entsprach das preußische Kultusministerium dem ärztlichen Anliegen, "Kurpfuscherei" im Sinne eigenständiger Tätigkeit des Wartepersonals nicht zuzulassen. Dies zeigt die Empfehlung des Gedikeschen Lehrbuchs. Das Wartepersonal wurde als ausführendes Organ des Arztes für praktische Tätigkeiten auf einem eng begrenzten Gebiet angesehen, wobei eine gewisse Schulbildung erwünscht war und christliche Eigenschaften gefordert wurden. Diese Zuordnung entsprach der sozialen und fachlichen Kluft zwischen dem akademisch gebildeten Arzt und dem ungebildeten Wartepersonal.

Zum *dritten* verzichtete die preußische Regierung auf gesetzgeberische Maßnahmen, wie sie Franz Anton Mai gefordert hatte. Damit verzichtete sie auch auf die Durchsetzung verbindlicher Mindeststandards

---

<sup>117</sup> VIRCHOW (1879), Die berufsmässige Ausbildung zur Krankenpflege, S. 51f.

<sup>118</sup> SALZWEDEL (1904), Handbuch der Krankenpflege, S. XIX.



im Krankenpflegewesen. Für die preußische Regierung bestand der Vorteil von Empfehlungen und nicht obligatorischen, sondern nur fakultativen Vorgaben darin, daß sie für die Umsetzung nicht in die Verantwortung genommen werden konnte. Dies ist eng verbunden mit dem *vierten* Handlungsmuster, nämlich die Umsetzung von Reformen im Krankenpflegewesen Kommunen und Verbänden zu überlassen. In den 1830er Jahren, als die Bevölkerung im Pauperismus des Vormärz verelendete,<sup>119</sup> waren der Erfolg der Fliednerschen Frauendiakonie und das Aufblühen der Ordensbewegung in den 1840er Jahren noch keineswegs absehbar.

Eine erste Krankenpflegeschule an der Charité in Berlin konnte als Vorbild für eine Etablierung entsprechender Schulen in den preußischen Provinzen dienen. Entsprechende Pläne wurden im Zuge der Vorbereitung einer Medizinalreform<sup>120</sup> in den 1840er Jahren erwogen. Der preußische Kultusminister Friedrich Eichhorn (1779-1856) beauftragte den Geheimrat Joseph Hermann Schmidt (1804-1852) mit der Ausarbeitung des Entwurfs zu einem neuen Medizinaledikt.<sup>121</sup> Dessen in amtlichem Auftrag 1846 veröffentlichte Schrift über Möglichkeiten zur Reform des Medizinalwesens sah auch Reformen des Krankenpflegewesens vor.

#### *II.1.5. Gescheiterte Pläne zur Reform des Krankenpflegewesens im Zuge der Medizinalreform*

Für Joseph Hermann Schmidt war die Krankenpflege ein Teil der Aufgabe, die Heilberufe neu zu ordnen. Ihm ging es dabei um zwei Reformansätze, nämlich um den Ersatz der Wundärzte II. Klasse durch den Krankenpflegestand und um eine Strukturreform der Armenkrankenpflege.

Die Wundärzte II. Klasse, die an die Stelle der alten Landwundärzte traten, waren seit 1825 nur noch zur Ausübung der "kleinen Chirurgie" berechtigt. Die Wundärzte II. Klasse sollten vorzugsweise auf Anordnung von promovierten Ärzten oder Wundärzten I. Klasse tätig werden, also eher "Hilfsärzte" sein.<sup>122</sup> Diese Bestimmungen wurden kaum eingehalten. Die Versorgung der medizinisch unterversorgten ländlichen Gebiete der preußischen Monarchie lag weiterhin überwiegend in ihrer Hand. Alle Bestimmungen, die ihren Kompetenzbereich beschneiden und sie auf die Funktion

---

<sup>119</sup> Zum Pauperismus vgl. SIEMANN (1995), Vom Staatenbund zum Nationalstaat, S. 149-158.

<sup>120</sup> Zur Medizinalreform-Bewegung vgl. FINKENRATH (1929), Die Medizinalreform. DIEPGEN (1933), Die Revolution von 1848/1849 und der deutsche Ärztestand, S. 1577-1580.

<sup>121</sup> HUERKAMP (1985), Der Aufstieg der Ärzte, S. 57.

<sup>122</sup> HUERKAMP (1985), Der Aufstieg der Ärzte, S. 49.

assistierender "Hülfärzte" zurückstufen sollten, mußten unter diesen Umständen wirkungslos bleiben.<sup>123</sup> Die Ärzte betrachteten diese Wundärzte als unerwünschte Konkurrenz. Schmidt griff die Beschwerden der Ärzte auf und erarbeitete eine klare Trennung von "Heilkünstlern", also Ärzten, und "Heildienern". Hierbei sollte der Krankenpflegestand den Ärzten strikt untergeordnet sein.

Der zweite Teil zur Reform der Krankenpflege beinhaltete nichts weniger als eine flächendeckende Versorgung des Landes mit Hospitälern, die gleichzeitig als Ausbildungsstätten für Krankenpflegepersonal dienen sollten. Konkret nannte Schmidt das Ziel, Krankenpflegesschulen in ausreichender Zahl zu schaffen.<sup>124</sup> Der Ausweg sei, die Armenkrankenpflege nicht den Gemeinden, sondern größeren Verbänden aufzuerlegen.<sup>125</sup> Jeder Kreis, gegebenenfalls auch zwei oder drei Kreise gemeinsam, sollten ein Hospital bekommen.<sup>126</sup> Dort sollten Schulen zur Ausbildung tüchtiger Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen eingerichtet werden.<sup>127</sup> Der "Physicus" oder vorzugsweise der "Kreis-Sanitäts-Rath" solle das Krankenpflegepersonal ausbilden,<sup>128</sup> die Prüfung am zweckmäßigsten von den Medizinalräten der Regierung abgenommen werden.<sup>129</sup>

Die Vorschläge zur Reform der Armenkrankenpflege verschwanden jedoch nach dem Scheitern der Revolution von 1848/1849 in der Versenkung. Die vom Kultusministerium eingesetzte Kommission, die sich mit den Anliegen der Ärzteschaft befaßte, nahm eine entsprechende Reform nicht in Angriff.<sup>130</sup> Mit der Schaffung des ärztlichen Einheitsstandes kam das preußische Kultusministerium allerdings den Ärzten 1852 in einem wesentlichen Punkt ihrer Bemühungen entgegen. Die Prüfungsordnung von 1825 hatte noch zwischen den promovierten Ärzten, den Wundärzten I. Klasse und den Wundärzten II. Klasse unterschieden. Wundärzte I. Klasse mußten Sekundareife nachweisen und drei Jahre medizinisch-chirurgischen Unterricht genossen haben. Bei zweijähriger praktischer Lehrzeit genügte zweijähriger Unterricht. Wundärzte II. Klasse mußten nach Erwerb der Tertiareife und dreijähriger Lehrzeit einen chirurgischen Kurs durchgemacht haben. Ab 1852 war jeder promovierte Arzt gehalten, die

---

<sup>123</sup> HUERKAMP (1985), Der Aufstieg der Ärzte, S. 53.

<sup>124</sup> SCHMIDT (1846), Die Reform der Medicinal-Verfassung Preussens, S. 28.

<sup>125</sup> SCHMIDT (1846), Die Reform der Medicinal-Verfassung Preussens, S. 180.

<sup>126</sup> SCHMIDT (1846), Die Reform der Medicinal-Verfassung Preussens, S. 194.

<sup>127</sup> SCHMIDT (1846), Die Reform der Medicinal-Verfassung Preussens, S. 195.

<sup>128</sup> SCHMIDT (1846), Die Reform der Medicinal-Verfassung Preussens, S. 209.

<sup>129</sup> SCHMIDT (1846), Die Reform der Medicinal-Verfassung Preussens, S. 210.

<sup>130</sup> FINKENRATH (1929), Die Medizinalreform, S. 47f.

Approbation als praktischer Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer zu erwerben. Die Chirurgeschulen zu Breslau, Greifswald, Magdeburg und Münster wurden aufgehoben. 1872 wurde den letzten der Wundärzte I. Klasse die Befugnis gegeben, sich Ärzte zu nennen.<sup>131</sup>

An die Stelle des Wundarztes II. Klasse trat durch ministerielle Verfügungen vom 13. Oktober 1851 bzw. 27. März 1852 der Beruf des Heildieners bzw. Heilgehilfen, der nach einer Prüfung durch den Kreisphysikus nur für seinen derzeitigen Wohnort und widerruflich konzessioniert wurde. Er sollte die kleinen chirurgischen Operationen jeweils auf Anordnung eines Arztes durchführen.<sup>132</sup> Die Zirkularverfügung vom 13. Oktober 1851 ermächtigte die Bezirksregierungen, den in einem Krankenhaus vorgebildeten und auf irgendeine Art geprüften Heildienern eine Konzession zur Ausübung der kleinen Chirurgie zu erteilen. Genauere Vorschriften gab die Zirkularverfügung vom 27. März 1852. Die betreffenden Barbieri sollten praktisch in Zivil- oder Militärkrankenhäusern ausgebildet sein und eine Bescheinigung über die erlangte Befähigung beibringen. Diese Bescheinigung ging mit einem Konzessionsgesuch an den Landrat, der nach gutachtlicher Äußerung des Physikus und eventuell des Bürgermeisters des zur Niederlassung gewählten Ortes die Papiere der Regierung zur Ausfertigung der Konzession zustellte. Die den Heildienern gestatteten Operationen wurden festgelegt. Diese Operationen durften aber nur auf Anordnung eines Arztes vorgenommen werden. In der Verfügung vom 17. Mai 1852 wurde allerdings die wichtigste Bestimmung über die Ausbildung in Krankenhäusern aufgehoben und das verlangte Niveau wieder zurückgenommen. Es blieb den Bezirksregierungen überlassen, sich auf geeignete Weise über die Tüchtigkeit des Kandidaten zu unterrichten.<sup>133</sup> Offensichtlich hatten sich die Minimalstandards einer Ausbildung am Krankenhaus als nicht umsetzbar erwiesen.

Verlangt wurden eine hinlängliche Fertigkeit und Kenntnisse in den kleinen chirurgischen Verrichtungen und in den Hilfsleistungen der Krankenwartung.<sup>134</sup> Die Krankenpflege wurde im Rahmen der Heilgehilfenprüfung durch den Kreisarzt mit abgeprüft. Dies blieb bis zum frühen 20. Jahrhundert so. In der theoretischen und praktischen Prüfung waren die

---

<sup>131</sup> BECHER (1905), Geschichte des ärztlichen Standes, S. 1005f.

<sup>132</sup> HUERKAMP (1985), Der Aufstieg der Ärzte, S. 58.

<sup>133</sup> FIELITZ (1885), Das Institut der geprüften Heildiener vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus, S. 208. Vgl. auch Berlin, Geheimes Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz [im Folgenden: Berlin, GStA], PK, I. HA, Rep. 76 VIII A, Nr. 650, RAVOTH, [Friedrich]: Die Heilgehülfen als ärztliches Hülfspersonal, 05.01.1875, Bl. 7b.

<sup>134</sup> RAVOTH, Die Heilgehülfen als ärztliches Hülfspersonal, Bl. 7ab.

erforderliche Erfahrung und Technik in der kleinen Chirurgie, Krankenpflege und Desinfektion sowie die korrekte Durchführung von Ersten Hilfeleistungen bei Verunglückten festzustellen. Ebenfalls Teil der Prüfung war, ob der Heilgehilfe des Schreibens so weit kundig war, daß er einen kurzen Krankenbericht abfassen konnte.<sup>135</sup>

Die Umsetzung von Schmidts Vorschlägen hätte bedeutet, daß die Krankenpflege unter die Heilberufe aufgenommen worden wäre, was einen höheren, rechtlich anerkannten Status mit sich gebracht hätte. Ein vorgegebener Mindeststandard für die Ausübung der Krankenpflege und eine entsprechende staatliche Kontrolle hätte eingeführt werden und mit der flächendeckenden Einrichtung von Hospitälern als Ausbildungsstätten für Krankenpflegepersonal verbunden werden können. Bei der Umsetzung hätte allerdings die Frage im Raum gestanden, wer die Kosten getragen hätte, ob Gemeinden, Kreise, Armenverbände oder die preußische Regierung sich zur Finanzierung bereitgefunden hätten. Die Krankenpflege, ohne Ständevertretung und politisch nachrangig, blieb, was sie gewesen war: eine Angelegenheit der konfessionellen Krankenpflege und des unqualifizierten, sozial verachteten Wärterstandes. Auf eine Institutionalisierung der Krankenpflege und die Schaffung verbindlicher Mindeststandards für die Ausbildung wurde verzichtet.

Die Krankenhausträger waren offensichtlich nicht bereit, die Tätigkeit von Krankenwärtern als reine Erwerbstätigkeit anzuerkennen und entsprechend der Schwere der Arbeit und dem Ansteckungsrisiko zu vergüten. So ähnelt die Schilderung des Charitédirektors Carl Esse (1808-1874) 1868 über das Krankewartpersonal der Dieffenbachs von 1832:

"Fast in allen Krankenhäusern grösseren Umfangs ist die mangelhafte Beschaffenheit des Krankewartpersonals ein Gegenstand stets wiederkehrender Klagen. Bei der tiefgreifenden Bedeutung der Wartung und Pflege der Kranken in einem Krankenhause liegt in dieser Thatsache die dringendste Veranlassung für die betreffenden Hospitalverwaltungen, den Ursachen so unbefriedigender Zustände mit Entschiedenheit entgegenzutreten. Im Allgemeinen dürften diese darauf zurückzuführen sein, dass bei dem Bildungsstande und den Gewohnheiten derjenigen Volksklasse, aus welcher man die Wärter zu entnehmen pflegt, oft weder die Erkenntniss der Wichtigkeit des übernommenen Berufs, noch der gute Wille anzutreffen ist, denselben zu etwas anderem, als zum Broderwerbe zu benutzen."<sup>136</sup>

---

<sup>135</sup> SCHLOCKOW/ROTH/LEPPMANN (1901), Der Kreisarzt, S. 225.

<sup>136</sup> ESSE (1868), Die Krankenhäuser ihre Einrichtung und Verwaltung, S. 225.

Auch der Beschluß des Staatsministeriums von 1837, nach dem bei der Anstellung von Krankenwärtern in öffentlichen Krankenanstalten vorzugsweise Militärintaliden berücksichtigt werden sollten,<sup>137</sup> dürfte nicht zur Attraktivität dieser Tätigkeit beigetragen haben.

Die fehlende Zugehörigkeit der Krankenpflege zu den Heilberufen läßt sich als rechtliche Regelungslücke interpretieren, die erst im frühen 20. Jahrhundert geschlossen wurde. Kirchliche Kreise sahen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine weitere gravierende Lücke, nämlich in der Fürsorge der staatlichen Armenverwaltung für die Bevölkerung, in die die konfessionellen Mutterhausverbände mit ihrem Engagement hineinstießen.

### *II.1.6. Religiöser Aufbruch, Caritas und Missionskonkurrenz: Der Erfolg der konfessionellen Krankenpflege*

#### *II.1.6.1. Die katholische Krankenpflege*

Die konfessionellen Mutterhausverbände verzeichneten im Wettstreit der Konfessionen<sup>138</sup> im 19. Jahrhundert eine Erfolgsgeschichte.<sup>139</sup> Bis weit ins 20. Jahrhundert hinein machte die konfessionelle Krankenpflege den überwiegenden Anteil des geschulten Krankenpflegepersonals aus. Wichtige Entwicklungsstränge und Charakteristika der konfessionellen Mutterhauskrankenpflege sollen deshalb an dieser Stelle kurz rekapituliert werden.

Mit den durch Reichsdeputationshauptschluß und Wiener Kongreß erworbenen Gebieten hatte der Anteil der Katholiken in Preußen erheblich zugenommen. Insgesamt zählten sie 1817 mehr als 4 Millionen gegenüber 6.370.000 Protestanten.<sup>140</sup> Bis zum Ende des Kaiserreichs blieb der Anteil

---

<sup>137</sup> HORN (1858), Das Preussische Medicinalwesen, 2. Theil, S. 236. Diese Bestimmung wurde durch Allerhöchste Ordre dahingehend abgeändert, daß Krankenwärterstellen in den dem Kultusministerium unterstehenden Krankenanstalten mit anderen tauglichen Personen besetzt werden durften, sofern Militärintaliden für nicht geeignet befunden wurden. Ibid., S. 236f.

<sup>138</sup> Vgl. MEIWES (2000), "Arbeiterinnen des Herrn", S. 165; GATZ (1971), Kirche und Krankenpflege, S. 524-534 mit dem Beispiel Düsseldorf; SCHMIDT (1998), Beruf: Schwester, S. 72, S. 110, S. 121.

<sup>139</sup> Vgl. zur Ordensgeschichte GATZ (1997), Krankenfürsorge, S. 113-131. Eine Zusammenstellung der Orden bietet WENDLANDT (1924), Die weiblichen Orden und Kongregationen der katholischen Kirche. Zum Forschungsstand zu katholischen religiösen Frauengemeinschaften vgl. MEIWES (2000), "Arbeiterinnen des Herrn", S. 12-16. Zur Diakonieggeschichte siehe Herrmann (2002), Johann Hinrich Wichern und die Innere Mission; SCHÄFER (1911), Geschichte der weiblichen Diakonie; SCHMIDT (1998), Beruf: Schwester.

<sup>140</sup> DE BERTIER DE SAUVIGNY (1966), Die Kirche im Zeitalter der Restauration, S. 260.

der katholischen Bevölkerung bei etwas über einem Drittel. Während in der alten preußischen Monarchie nur wenige Katholiken gelebt hatten, war mit den Gebietserwerbungen im 18. und frühen 19. Jahrhundert die katholische Kirche zu einem bedeutenden innenpolitischen Faktor geworden.

Aufgrund der linksrheinisch geltenden Gesetzgebung der Französischen Revolution, die die preußische Gesetzgebung im Zuge der Säkularisation zu Beginn des 19. Jahrhunderts vorwegnahm, konnte die katholische Kirche zunächst nur noch in ihren elementaren Arbeitsbereichen – in Gottesdienst, Seelsorge und Unterricht – tätig werden. Die alten Frauenorden, die seit den Säkularisationsmaßnahmen zu Beginn des 19. Jahrhunderts fast ausnahmslos verboten waren, blieben auch nach Aufhebung dieser Restriktionen durch die preußische Verfassung von 1850 weiterhin in ihrer Existenz gefährdet.<sup>141</sup>

In der katholischen Kirche setzte zu dieser Zeit eine Erneuerungsbewegung ein, die wesentlich durch ein karitatives Element des Bürgertums getragen wurde. Zu den Motiven gehörte, akuten Notlagen durch materielle und pflegerische Hilfe, die die amtliche Armenpflege nicht oder nicht ausreichend leistete, abzuwenden. Der im Zuge der Bevölkerungsvermehrung entstandene Pauperismus des frühen 19. Jahrhunderts bot hierfür ein weites Betätigungsfeld. Es handelte sich meist um Frauen aus bürgerlichen Schichten mit einer religiös motivierten berufsethischen Orientierung, während die Pflege durch männliche Ordensleute an Zahl wie an Bedeutung weit zurücktrat. Die Frauen übernahmen überwiegend als Angehörige geistlicher Genossenschaften Aufgaben in der Tradition der Armenfürsorge der Kirche im Mittelalter. Die Rückkehr zu einem Armutsideal veranlaßte Frauen aus gehobenen Gesellschaftskreisen zu neuen Stiftungen und führte zur Erneuerung des Drittordens des Heiligen Franziskus. Die Vielfalt der Frauenorden bildete sich zwischen 1840 und 1860 heraus.<sup>142</sup>

Für die katholischen Orden wurde die Krankenpflege in der Tradition der mittelalterlichen Caritas als "christlicher Liebesdienst", als eines der Werke der Barmherzigkeit gesehen. Hingabe an die Tätigkeit, Gelübde und damit eine starke Bindung an den Orden zeichneten die Schwestern aus. Im Einklang mit der katholischen Theologie des 19. Jahrhunderts glaubten die Schwestern, mit dem Leben als Jungfrau die im Vergleich zur Ehe höherwertige katholische Lebensform gewählt zu

---

<sup>141</sup> MEIWES (1995), Religiosität und Arbeit als Lebensform für katholische Frauen, S. 70.

<sup>142</sup> MEIWES (2000), "Arbeiterinnen des Herrn", S. 310.

haben.<sup>143</sup> Die Sorge um das Seelenheil des Kranken war integraler Bestandteil der katholischen Ordenskrankenpflege, wozu auch die Verkündung des Glaubens und Mission bzw. in den Worten ihrer Gegner "Propaganda"<sup>144</sup> und "Proselytenmacherei" gehörte. Sehr pointiert wurden die katholischen Ordensschwwestern wie folgt charakterisiert:

"Die Postulantin tritt häufig mit dem 14. oder 15. Lebensjahre ein und empfängt 1/2 Jahr später oder ein ganzes Jahr später den weißen Schleier der Novize. Es ist klar, wie leicht die Gewissensleitung eines jungen Mädchens in diesem Alter ist. Alsdann folgt eine dreijährige Zeit der Prüfung bis die Probeablegung die Schwester endgültig zur Klosterfrau macht. Vorher steht ihr der Austritt jederzeit frei. Meist ist damit schon im jugendlichen Alter die Entscheidung ein für alle Male gefallen und die Summe 1000jähriger Erfahrung und eines nie wankenden Willens der Hierarchie hat schon so bestimmend auf die barmherzige Schwester eingewirkt, daß sie in ihren Leistungen fast gleichmäßig ihren Vorgängerinnen und ihren Nachfolgerinnen geworden ist oder es mit jedem Tage mehr wird: eine jede ist ein gehorsamer Soldat der streitbaren Kirche."<sup>145</sup>

Die Krankenpflegetätigkeit katholischer Ordensschwwestern war nicht zu trennen von dem übergeordneten religiösen Auftrag der Heiligung des eigenen Lebens und der Mission.

Das Mutterhaus bot seinen Angehörigen Schutz, Sicherheit, Ansehen und eine Altersversorgung, was für eine unverheiratete Frau des 19. Jahrhunderts alles andere als selbstverständlich war. Der lebenslange Dienst in der katholischen Kirche war theologisch begründet. Die Bindung an das Mutterhaus war, so weit wir wissen, hoch,<sup>146</sup> und der Austritt aus einem Orden führte zu einer Stigmatisierung, auch wenn keineswegs alle katholischen Gemeinschaften ewige Gelübde vorschrieben.

---

<sup>143</sup> MEIWES (2000), "Arbeiterinnen des Herrn", S. 311.

<sup>144</sup> Siehe z. B. die Rede von Rudolf Virchow im preußischen Abgeordnetenhaus: Stenographische Berichte, Haus der Abgeordneten, 1884, Sitzung am 09.02.1884, S. 1350.

<sup>145</sup> DEEGEN (1907), Schwestern vom Roten Kreuz, S. 628.

<sup>146</sup> Vgl. hierzu die Statistik der B.O.K.D. über Mitglieder, die zuvor anderen Krankenpflegevereinigungen angehört hatten. NUTTING/DOCK/KARLL (1910-1913) Geschichte der Krankenpflege, Bd. 3, S. 463-465: Im Jahr 1909 gehörten von 2500 Mitgliedern der B.O.K.D. nur 16 zuvor katholischen, kirchlichen und weltlichen Orden an, 383 hingegen Diakonissenhäusern. Der Arzt Georg Cornet untersuchte in den 1880er Jahren die Sterblichkeit an Tuberkulose in katholischen Orden, da die geringe Zahl an Austritten diese für eine Untersuchung der Mortalität der vergangenen 25 Jahre besonders geeignet erschienen ließ. Vgl. CORNET (1889), Die Sterblichkeitsverhältnisse in den Krankenpflegeorden, S. 68.

Die Schwestern eigneten sich ihre Erfahrungen und Kenntnisse in der Krankenpflege durch ihre Aktivitäten in der häuslichen und der ambulanten Krankenpflege an. Dies geschah in der Regel ohne ärztliche Anleitung. Sie waren überdies imstande, dieses Wissen zu vertiefen, weiterzugeben und es auf die stationäre Pflege zu übertragen. Durch ihre zentrale Organisation und Verwaltung konnten sie Kontinuität und eine gleichförmige Qualifikation ihrer Angehörigen gewährleisten, was für weltliche Krankenschwestern und -wärter ohne institutionalisierte Ausbildungswege nicht zutrifft.<sup>147</sup> Hinzu traten Kontakte zu ähnlich ausgerichteten Gemeinschaften und die Weitergabe krankenschwesternischen Wissens untereinander.<sup>148</sup> Speziell die Vinzentinerinnen konnten auf eine bis ins 17. Jahrhundert zurückreichende Pflegetradition zurückgreifen.<sup>149</sup>

Zu den Besonderheiten der katholischen Krankenpflege gehörte, daß sie bis 1900 praktisch ausschließlich Ordenspflege war, ohne "weltliche" Alternativen in Vereinen oder durch Laienschwestern zu bieten. Sie stellte den Gegenpol zur beruflichen Krankenpflege dar.

#### *II.1.6.2. Die evangelische Diakonie*

Die eigentliche Wiederbelebung der "Privatwohltätigkeit" der evangelischen Kirche begann 1833 durch Johann Hinrich Wichern (1808-1881) und 1836 durch Theodor Fliedner (1800-1864).<sup>150</sup> Wicherns Erziehungs- und Ausbildungsstätte für Diakone bereitete auf eine Berufstätigkeit in einer Vielzahl von möglichen Tätigkeitsfeldern vor, zu denen auch die Krankenpflege gehörte. Weit bedeutsamer für die Krankenpflege wurde jedoch die Frauendiakonie Theodor Fliedners, dessen Interesse der Ausbildung von evangelischen Krankenschwestern nach altchristlichem Vorbild galt.<sup>151</sup> Diese Ausbildung begann 1836, getragen durch den Rheinisch-westfälischen Diakonissenverein. Die Gründung der Diakonissenausbildungsstätte in Kaiserswerth und die ihr folgende Einführung der Diakonissen in

---

<sup>147</sup> MEIWES (2000), "Arbeiterinnen des Herrn", S. 170.

<sup>148</sup> MEIWES (2000), "Arbeiterinnen des Herrn", S. 171.

<sup>149</sup> WEBER-REICH (2003), "Wir sind die Pionierinnen der Pflege ...", S. 42-53, S. 70f.

<sup>150</sup> Zu Theodor Fliedner vgl. BAUTZ (2005), Pfarrer Theodor Fliedner.

<http://www.ekd.de/kps/diakonissen/diakonis/diakon12.htm>; RAUPP (2003), Wichern, Johann Hinrich. [http://www.bautz.de/bbkl/w/wichern\\_j\\_h.shtml](http://www.bautz.de/bbkl/w/wichern_j_h.shtml); FRIEDRICH (2007), Diakonie pragmatisch. Siehe dort auch weiterführende Literatur zur Diakoniegeschichte.

<sup>151</sup> Zu den Beziehungen zur frühchristlichen Zeit und zum Dienstideal der Diakonisse siehe FRIEDRICH (2008), Religion und Krankenpflege – einige historische Anmerkungen.



die Krankenhäuser und die Gemeindefürsorge förderte die Krankenpflege in den protestantischen Gegenden und das gesamte Krankenhauswesen.<sup>152</sup> An der Charité waren Diakonissen des Kaiserswerther Mutterhauses seit 1843 tätig. Ihr sittlicher Einfluß, namentlich auf der Abteilung für an Syphilis erkrankte Frauen, erfreute sich hoher Wertschätzung von Krankenhausdirektor Karl Esse (1808-1874).<sup>153</sup>

Gemeinsam war Orden und Mutterhausdiakonie, daß die Krankenpflege kein "Selbstzweck", sondern Teil christlicher Lebensgestaltung war. Für den Eintritt in eine Mutterhausgemeinschaft wurde religiöse Berufung und nicht Eignung zur Krankenpflege vorausgesetzt. Die Auswahl geeigneter Bewerberinnen, Aufnahme und Ausbildung waren Sache des jeweiligen Mutterhauses, also eine interne Angelegenheit.

Auch der Grundzug der Mutterhausdiakonie war nach dem Kaiserswerther Familienmodell das Dienen in christlicher Liebe. Gegenüber den katholischen Orden war die evangelische Mutterhausdiakonie jedoch bereits eine deutliche Abstufung hin zu einer Berufstätigkeit. In der katholischen Theologie war der Jungfrauenstand herausgehoben, im Protestantismus hatte er keinen höheren Rang als der Ehestand. Gute Werke zu tun, um sich Verdienste für das ewige Leben zu erwerben, war Teil der katholischen Theologie, während dies von weiten Teilen der evangelischen Theologie abgelehnt wurde. Ewige Gelübde lehnte der Protestantismus ab. So galt die Einsegnung der Diakonissen lediglich als Erneuerung des Taufversprechens.

Auf evangelischer Seite übernahm Theodor Fliedner von den Vincentinerinnen bzw. den nachfolgenden Clemensschwwestern in Münster die Mutterhausidee sowie den Gestellungsvertrag mit fremden Krankenhäusern, von weltlichen Krankenpflegeschulen das Konzept einer Unterrichtsanstalt sowie von Ärzten verfaßte Lehr- und Handbücher zur Krankenwartung,<sup>154</sup> darunter die Lehrbücher von Dieffenbach und vermutlich Gedike.<sup>155</sup>

---

<sup>152</sup> SACHSE/TENNSTEDT (1980), Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 1, S. 230.

<sup>153</sup> ESSE (1868), Die Krankenhäuser ihre Einrichtung und Verwaltung, S. 230-232. Zur Diakonissenkrankenpflege an der Charité vgl. WINDELS-BUHR (1995), "Wie bei Männern der Geist, so ist bei den Frauen die Gesinnung am meisten rege und tätig."

<sup>154</sup> WEBER-REICH (2003), "Wir sind die Pionierinnen der Pflege ...", S. 73.

<sup>155</sup> Vgl. PAUL (1998), Zwischen 'christlichem Frauenamt' und professioneller Krankenversorgung, S. 156. Daß das Gedikesche Lehrbuch an Diakonissenhäusern verwendet wurde, geht aus GEDIKE (1854), Handbuch der Krankenwartung, Vorwort, S. X, hervor.

Auch die evangelische Neuschöpfung erwies sich als Erfolg, verfügte aber über weniger Stabilität als die katholischen Orden. Die Zahl der Diakonissen war weniger groß als die der Ordensschwestern und die Bindung von Diakonissen an das Mutterhaus war deutlich geringer. Ein Austritt aus dem Diakonissenhaus war grundsätzlich möglich, auch wenn dieser, wie von katholischer Seite spitz bemerkt wurde, von den Leitern ungerne gesehen und nach Möglichkeit verhindert wurde.<sup>156</sup> Von 1.054 Schwestern, die zwischen 1836 und 1881 in Kaiserswerth die Einsegnung zum Diakonissenamt empfangen hatten, waren 110 als Diakonissen gestorben, während 460 in die Ehe getreten, zu pflegebedürftigen Eltern zurückgekehrt waren oder aus anderen Gründen das Mutterhaus verlassen hatten.<sup>157</sup> Ein Zeichen der Schwäche war auch, daß es Schwestern in den meisten Fällen verboten war, mit einer ausgetretenen Diakonisse persönlichen oder brieflichen Verkehr zu unterhalten.<sup>158</sup>

Dank der Gestellungsverträge mit Krankenhäusern behielt die Ordensleitung bzw. das Diakonissenmutterhaus die Verfügungsgewalt über die Schwestern, die somit entsprechend den jeweiligen Bedürfnissen abberufen werden konnten. Die Schwester selbst trat nicht als Arbeitnehmer auf und bekam kein Gehalt. Krankenpflege durch kirchliche Gemeinschaften war für die Kommunen finanziell interessant, denn die Krankenhauspflege verursachte hohe Kosten, auch wenn die Kommunen in vielen Fällen nicht Träger der Anstalten waren:

"Vor allem kirchliche Gemeinschaften und religiöse Orden sowie milde Stiftungen gründeten und unterhielten Krankenhäuser, deren laufende Finanzierung durch Verträge mit den städtischen Armenverwaltungen gesichert wurden ... Ganz anders als den kommunalen Verwaltungen war es kirchlichen Verbänden und wohltätigen Stiftungen möglich, erhebliche Zuwendungen aus Spenden, Vermächtnissen und Sammlungen zu akquirieren. Diese Gelder deckten im Wesentlichen die hohen Investivkosten bei der Einrichtung und Erweiterung der Krankenhäuser. Mittels Verträgen über die Verpflegung gesetzmäßig durch die Kommunen zu versorgender Armenkranker zu festen Tagessätzen ergab sich ein kalkulierbarer Finanzierungssockel, der die laufenden Kosten erbrachte, die weiterhin durch die Aufnahme von Pfründnern wie die Versorgung so genannter 'bezahlender' Kranker gesichert wurden."<sup>159</sup>

Bis in die 1880er Jahre hinein genossen die fachlichen Leistungen von Orden und Diakonie hohes Ansehen. Sie waren der Krankenpflege ohne

---

<sup>156</sup> HUNDHAUSEN (1884), Diaconissen, Sp. 1675-1692.

<sup>157</sup> HUNDHAUSEN (1884), Diaconissen, Sp. 1689.

<sup>158</sup> Vgl. HUNDHAUSEN (1884), Diaconissen, Sp. 1689.

<sup>159</sup> DROSS (2004), Krankenhaus und lokale Politik 1770-1850, S. 286.

christliches Fundament weit überlegen. In den 1850er Jahren legten konfessionelle Pflegekräfte auch Prüfungen ab, um die "kleine Chirurgie" auszuüben und Dispensieranstalten an den Hospitälern zu bedienen.<sup>160</sup>

Die Erfolge der konfessionellen Mutterhausverbände beruhten unter anderem darauf, daß der Heilanspruch des Krankenhauses während des 19. Jahrhunderts nicht im modernen Sinne eines gezielten und kausal wirkenden Therapieangebots zu verstehen war. Primär wurde vielmehr darauf geachtet, eine äußere Umgebung für den Kranken herzustellen, die den natürlichen Genesungsprozeß förderte. Aus diesem Grunde war es bis ins späte 19. Jahrhundert für den Erfolg eines Krankenhauses viel wichtiger, über gute Pflegekräfte als über besonders qualifizierte Ärzte zu verfügen.<sup>161</sup>

Als *Fazit* im Hinblick auf die Entwicklung der Krankenpflege in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts ist festzustellen, daß auf Seiten des preußischen Staates sehr wenig geleistet wurde, um den Krankenpflegeberuf zu etablieren. Die Aufnahme unter die Heilberufe wurde nicht erreicht. Die Krankenpflegeschule an der Charité blieb ohne Breitenwirkung, und die dortige Ausbildung wurde auf sehr niedrigem Niveau als Hilfstätigkeit institutionalisiert. Zudem machte der Erfolg der konfessionellen Mutterhausverbände die Situation für die Wärter und Wärterinnen noch schwieriger. Das Vorbild der Mutterhausverbände setzte im Hinblick auf Arbeitsaskese und persönliche wie materielle Anspruchslosigkeit einen Maßstab, den freie Kräfte nicht erfüllen konnten.<sup>162</sup> Angehörige der Mutterhausverbände traten nicht als Arbeitnehmer auf und forderten keine entsprechenden tariflichen Rechte oder Schutzbestimmungen. In gewisser Weise kompensierte die Fürsorge der christlichen Gemeinschaften die Untätigkeit des Staates auf sozialem Gebiet. Die Mutterhäuser waren auf Liebestätigkeit und Mission ausgerichtet und standen der wissenschaftlichen Welt fern. Daher waren von dieser Seite keine Initiativen im Hinblick auf eine Verberuflichung oder Verwissenschaftlichung der Pflege zu erwarten, solange die Pfl egetraditionen, ggf. ergänzt durch ärztlichen Unterricht, zur Erfüllung der von ärztlicher Seite gestellten Anforderungen ausreichten. Hinzu kam die Abhängigkeit der Pflege von kirchlichen Strukturen wie dem preußischen Episkopat für die katholischen Orden und dem Präsidium der Kaiserswerther Generalkonferenz für die Diakonissen-

---

<sup>160</sup> HORN (1857), Das preussische Medicinalwesen, 1. Theil, S. 47.

<sup>161</sup> SPREE (2000), Anspruch und Wirklichkeit der Krankenhausbehandlung im 19. Jahrhundert, S. 148. Vgl. auch LABISCH/SPREE (1995), Die Kommunalisierung des Krankenhauswesens in Deutschland, S. 7-47.

<sup>162</sup> GATZ (1997), Krankenfürsorge, S. 126.

mutterhäuser, so daß religiöse oder kirchenpolitische Interessen Vorrang vor fachlichen erhalten konnten.

In der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts kamen neue Triebkräfte ins Spiel, die Krankenpflege zu reformieren. Zu diesen zählten zunächst die europäischen Kriege der 1850er bis 1870er Jahre, weltanschauliche Auseinandersetzungen und eine verheerende Choleraepidemie in der Mitte der 1870er Jahre. In den folgenden Kapiteln soll dabei zunächst die Zeitspanne bis zu den 1880er Jahren betrachtet werden. Zwei Initiativen der 1860er Jahre verdienen in diesem Zusammenhang besondere Beachtung, zum einen Rudolf Virchows Rezeption der mit dem Namen Florence Nightingales (1820-1910) verbundenen englischen Krankenpflege-Bewegung, die zur Gründung einer Krankenpflegeschule am Berliner Städtischen Krankenhaus Friedrichshain führte, zum anderen die Gründung der Schwesternschaften des Roten Kreuzes. Nach dem Staat und kirchlichen Organisationen treten also Kommunen und nichtkirchliche Verbände in den Blick. Des weiteren kommen bürgerliche Frauen als Zielgruppe von Reformern als neue Komponente ins Spiel. Zunächst soll allerdings die englische Krankenpflege-Bewegung skizziert werden, der die Reforminitiative Rudolf Virchows vergleichend gegenübergestellt wird. Daraufhin sollen die Leistungen und die Erfolge des Roten Kreuzes bei der Etablierung der Krankenpflege als bürgerlicher Frauenberuf untersucht werden.

## **II.2. Die Krankenpflege als qualifizierter Frauenberuf: England als Vorbild für Preußen?**

*II.2.1. Krankenpflege-Reformen in England: Etablierung eines qualifizierten Frauenberufs in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts*  
Florence Nightingale ist die weitaus bekannteste Persönlichkeit der britischen Krankenpflege dieser Zeit.<sup>163</sup> Aufgrund ihrer außergewöhnlichen Leistungen und ihrer Bedeutung für die Krankenpflege in England soll ihr

---

<sup>163</sup> Zu Florence Nightingale vgl. COOK (1913), *The Life of Florence Nightingale*, 2 Bde. O'MALLEY (1931), *Florence Nightingale 1820-1856*. WOODHAM-SMITH (1950), *Florence Nightingale*. VICINUS/NERGAARD (1990), *Ever yours, Florence Nightingale*. WEBB (2002), *Florence Nightingale*. SCHWEIKARDT/SCHULZE-JASCHOK (2005), *Florence Nightingale: Bemerkungen zur Krankenpflege*. Vgl. auch, allerdings mit problematischen Thesen SMALL (1998), *Florence Nightingale. Eine Vielzahl neuer Facetten* bieten die von Lynn McDonald herausgegebenen "Collected Works", die das Ziel haben, möglichst das gesamte Schrifttum Florence Nightingales der Forschung zugänglich zu machen. Siehe <http://www.sociology.uoguelph.ca/fnightingale/>.

Lebenslauf an dieser Stelle kurz vorgestellt werden. Ihre sehr wohlhabende Familie hatte Zugang zu den höchsten gesellschaftlichen Kreisen Englands. So verbrachte sie ihre Jugend auf englischen Landgütern, nahm am gesellschaftlichen Leben, an Empfängen und Bällen teil und hatte Umgang mit einflußreichen Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens. Dem väterlichen Unterricht gegenüber aufgeschlossen, erhielt sie eine hervorragende Bildung. Ihr Vater unterrichtete sie und ihre ältere Schwester in Griechisch, Latein, Deutsch, Französisch, Italienisch, Geschichte, Grammatik und Philosophie. Außerdem unternahm die Familie eine Vielzahl von Reisen durch Europa, wo sie ebenfalls mit führenden Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens zusammenkam, darunter dem späteren Kriegsminister Sidney Herbert (1810-1861).

Florence Nightingale war tief religiös. Aus ihren Aufzeichnungen geht hervor, daß sie sich von Gott 1837 in seinen Dienst berufen fühlte und im Jahr 1844 die Entscheidung fiel, sich der Krankenpflege zu widmen. Ihre göttliche Berufung schloß eine Ehe aus. Der Entschluß, sich der Krankenpflege zu widmen, stieß zunächst auf die Ablehnung ihrer Eltern, denn die Tätigkeit einer Krankenschwester hatte einen sehr schlechten Ruf. Hospitäler in der damaligen Zeit waren häufig schmutzig und stanken. Selbst die Armen versuchten, Aufenthalte in Krankenhäusern zu vermeiden, deren Sterberaten erschreckend hoch waren. Die oberen und Mittelklassen wurden durch Verwandte und Dienstpersonal zu Hause gepflegt. Das Pflegepersonal stand häufig in dem Ruf, mangelhaft oder überhaupt nicht ausgebildet, betrunken und undiszipliniert zu sein. Die oberen Klassen waren davon überzeugt, daß Hospitalkrankenpflege nur von religiösen oder verzweifelten Menschen als Tätigkeit gewählt wurde.

Florence Nightingale studierte nicht nur alles erreichbare Material über das Krankenhauswesen, sondern besuchte auch evangelische und katholische Anstalten im Ausland. Von der Arbeit der Diakonissen unter Theodor Fliedner in Kaiserswerth war sie bei einem Besuch im Jahr 1850 nachhaltig beeindruckt. Deshalb machte sie sich dort 1851 für drei Monate mit der Pflege vertraut, sammelte praktische Erfahrungen und lernte die Organisation dieser Anstalten schätzen. 1853 reiste Florence Nightingale nach Paris, besuchte Hospitäler und sammelte Daten, Berichte und Statistiken über die Organisation von Krankenhäusern und Krankenpflege. Nachdem sie jedoch 14 Tage bei den Barmherzigen Schwestern der Maison de la Providence in Paris mitgearbeitet hatte, bekam sie die Masern und mußte nach Hause zurückkehren. Im selben Jahr übernahm sie die Leitung

eines Hospitals für ehrbare Frauen in London, wo sie ihr Organisations-talent und ihre Durchsetzungsfähigkeit unter Beweis stellte.

Der Krimkrieg zwischen 1854 und 1856 zwischen Rußland und einer Allianz Englands, Frankreichs, der Türkei und Sardinien-Piemonts bildete den Lebensabschnitt, der ihren Ruhm bis heute begründet. 38 Krankenschwestern wurden für die Pflege im Krimkrieg ausgewählt, und sie übernahm die Leitung dieser Gruppe. Mit ihnen versorgte sie verwundete und erkrankte englische Soldaten in Skutari, dem heutigen Üsküdar, einem Vorort von Istanbul. Nicht nur um die Krankenpflege machte sie sich verdient. Mit unermüdlichem Einsatz und in ständigem Kampf gegen Mängel in der Versorgung und der Lazarettorganisation sorgte sie für verbesserte Hygiene, mehr Ordnung und Sauberkeit, bessere Ernährung der verwundeten und erkrankten Soldaten sowie ausreichende Zuteilung von Wäsche und Kleidung. Sie war bei den Soldaten so beliebt, daß sie die "Dame mit der Lampe" genannt wurde, weil sie oft noch abends im Dunkeln zu den Kranken kam.

Nach Kriegsende trieb sie die Erinnerung an die Soldaten, die aufgrund von Inkompetenz, Verantwortungslosigkeit und organisatorischen Mängeln an vermeidbaren Ursachen zugrundegegangen waren, zu weiterem Einsatz an. Von 97.800 britischen Soldaten waren im Krimkrieg 2.700 getötet worden und 1.800 ihren Verwundungen erlegen. Dagegen waren 17.600 an Erkrankungen verstorben. So notierte sie 1856 in ihren privaten Aufzeichnungen: "Ich stehe am Altar der ermordeten Männer, und solange ich lebe, kämpfe ich für ihre Sache."<sup>164</sup> Dies bedeutete einen leidenschaftlichen Kampf um Reformen des Sanitätswesens in der Armee. Im Hintergrund leistete sie wertvolle Arbeit für die auf ihre Initiative hin eingesetzte königliche Kommission unter Vorsitz von Sidney Herbert. Nach einem Zusammenbruch im Jahr 1857 entfaltete sie bis zu ihrem Lebensende ihre weitere Wirksamkeit vom Krankenlager aus. In der Öffentlichkeit blieb das Bild der Krankenschwester im Krimkrieg vorherrschend. Man verehrte sie als Nationalheldin. Die dankbare Nation hatte Geld für einen "Nightingale Fund" gesammelt. Mit diesem wurde die Ausbildung an der 1860 eröffneten und mit ihrem Namen verbundenen Krankenpflegeschule am St. Thomas Hospital in London unterstützt. Die im selben Jahr veröffentlichten und immer wieder neu aufgelegten "Notes on Nursing" machten ihr Anliegen breiten Bevölkerungsschichten bekannt.

---

<sup>164</sup> COOK (1913), *The Life of Florence Nightingale*, Bd. 1, S. 318: "I stand at the altar of the murdered men, and, while I live, I fight their cause."

Für Florence Nightingale war die Krankenpflege allerdings nur eines von vielen Reformanliegen, zu denen nach der Rückkehr vom Krimkrieg die Reform des Armeesaniätswesens, Maßnahmen zur Förderung der Hygiene, die Bauweise von Hospitälern und Kasernen, die Verwendung medizinischer Statistiken sowie Reformen der Armee und der gesundheitlichen Verhältnisse in Indien gehörten. Gleichzeitig war Florence Nightingale Teil einer größeren Bewegung, die sich zum Ziel gesetzt hatte, die Krankenpflege zu einem angesehenen Frauenberuf zu machen. Am Ende des 19. Jahrhunderts dominierten auf der Grundlage der von Florence Nightingale mitverantworteten Reformen ausgebildete Krankenschwestern die Hospitalkrankenpflege in der englischsprachigen Welt.<sup>165</sup> Wichtige Entwicklungslinien sind hierbei die folgenden:

*Erstens:* Bereits seit dem frühen 19. Jahrhundert gab es Bestrebungen zur Reform der Krankenpflege von religiöser Seite. Dennoch mündeten die religiösen Impulse nicht in der Dominanz konkurrierender konfessioneller Schwesternorganisationen. In England war die Zugehörigkeit zum Protestantismus Teil der nationalen Identität, und der Katholizismus stieß dort auf tief verwurzelte Vorbehalte.<sup>166</sup> Die Katholiken blieben eine kleine Minderheit, auch wenn aufgrund des Zustroms irischer Arbeiter ihre Zahl in Großbritannien von 100.000 im Jahr 1780 über 750.000 im Jahr 1851 auf mehr als 2 Millionen im Jahr 1914 stieg.<sup>167</sup> Die katholische Kirche erreichte in England nie auch nur annähernd die Bedeutung für die Krankenpflege, die sie in Preußen bekam. Auch das in Deutschland so erfolgreiche, von katholischen Orden eingeführte und der evangelischen Diakonie übernommene Mutterhaussystem entwickelte sich in England kaum. Die Quäkerin Elisabeth Fry (1780-1845) erhielt durch einen Besuch der Diakonie in Kaiserswerth den Anstoß, 1840 einen Verein für Krankenpflegerinnen ins Leben zu rufen. Es handelte sich allerdings nicht um einen Ableger der Diakonie, sondern, zu Theodor Fliedners Enttäuschung, um einen Laienorden, in dem die Schwestern ohne Unterweisung durch Geistliche lediglich in der Krankenpflege ausgebildet wurden.<sup>168</sup> Die Nähe zur Krankenpflege als bürgerlichem Beruf war hier wesentlich größer als in der deutschen Mutterhausdiakonie. Innerhalb der anglikanischen Kirche sorgte das Oxford Movement in den 1830er Jahren für einen spirituellen

---

<sup>165</sup> BYNUM (2006), *The Rise of Science in Medicine*, S. 162. Für die Umwälzungen in der englischen Hospitalkrankenpflege in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts verwendet Bynum dabei den Begriff "Nightingale revolution".

<sup>166</sup> OBELKEVICH (1990), *Religion*, S. 318.

<sup>167</sup> Vgl. OBELKEVICH (1990), *Religion*, S. 335.

<sup>168</sup> NUTTING/DOCK (1907-1912), *A History of Nursing*, Bd. 2, S. 74f.

Aufbruch.<sup>169</sup> Der 1848 gegründete Orden von St. John war der erste Krankenpflegeorden der Church of England. Er arbeitete mit Ärzten und Geistlichen zusammen und sorgte für eine Ausbildung am King's College Hospital.

Florence Nightingale selbst hatte zwar aus religiöser Berufung heraus die Krankenpflege gewählt,<sup>170</sup> machte jedoch im Krimkrieg sehr negative Erfahrungen mit Angehörigen der verschiedenen religiösen Gemeinschaften, die sich ihrer Autorität nicht unterordnen wollten. Besonders erbost war sie über eine Gruppe katholischer Nonnen, bei denen zudem religiöse Aktivitäten offensichtlich einen höheren Rang besaßen als pflegerische Aufgaben – "not to serve the sick, but to found a convent", wie sie am 25. Dezember 1854 an Kriegsminister Sidney Herbert (1810-1861) schrieb.<sup>171</sup> Dies bestärkte sie darin, daß die Krankenpflege nach ihren Vorstellungen zwar von einem christlichen Ethos geprägt, aber nicht konfessionell ausgerichtet sein sollte.<sup>172</sup> So wurde Krankenpflegeausbildung ohne Bindung an kirchliche Gemeinschaften in England viel früher eingeführt, als es sonst der Fall gewesen wäre.<sup>173</sup> Die Ausbildung an der 1860 gegründeten Krankenpflegeschule am St. Thomas Hospital war von kirchlichen Strukturen unabhängig.

*Zweitens:* Florence Nightingale konnte einen durch Spenden der Bevölkerung zusammengekommenen Fonds von mehr als 44.000 englischen Pfund<sup>174</sup> für die Subsidierung der Krankenpflegeausbildung verwenden.<sup>175</sup> Die Qualität der Krankenpflegeausbildung am St. Thomas Hospital war im ersten Jahrzehnt nach der Gründung der Krankenpflegeschule mit vielfachen Mängeln behaftet.<sup>176</sup> Doch die Öffentlichkeitsarbeit

---

<sup>169</sup> OBELKEVICH (1990), Religion, S. 329f.

<sup>170</sup> Vgl. VICINUS/NERGAARD (1990), Ever Yours, Florence Nightingale, S. 17-29.

<sup>171</sup> VICINUS/NERGAARD (1990), Ever Yours, Florence Nightingale, S. 97-100, S. 107f., Brief Florence Nightingales an Sidney Herbert vom 25.12.1854, S. 98-100, hier S. 99.

<sup>172</sup> Bereits bei der Übernahme der Leitung des Home for Distressed Gentlewomen im Jahr 1853 vor ihrem Einsatz im Krimkrieg hatte sie sich der Vorstellung widersetzt, daß es sich allein um eine Institution der Church of England handeln solle. WAKE (1998), The Nightingale Training School, S. 68.

<sup>173</sup> BALY (1997), Florence Nightingale and the Nursing Legacy, S. 216.

<sup>174</sup> Die Angabe von Kaufkraftäquivalenten im Hinblick auf heute birgt Probleme. Nach einer Schätzung entsprechen die 44.000 Pfund dem Wert von mehr als 2 Millionen englischen Pfund in heutigem Geld. BALY (1997), Florence Nightingale and the Nursing Legacy, S. 17. WAKE (1998), The Nightingale Training School, S. 52.

<sup>175</sup> BALY (1987), The Nightingale Nurses, S. 34.

<sup>176</sup> Vgl. WAKE (1998), The Nightingale Training School, S. 57-71; BALY (1997), Florence Nightingale and the Nursing Legacy, S. 169-183.



des "Nightingale Fund" war gut, so daß seine Vorstellungen über zeitgemäße Krankenpflegeausbildung weithin Gehör fanden. Das "Nightingale-System" erlaubte es Frauen aus höheren gesellschaftlichen Kreisen, eine Krankenpflegeausbildung zu durchlaufen und dann als Oberinnen leitende Stellungen in Krankenhäusern anzutreten. Es verbreitete sich nicht nur in Großbritannien, sondern auch in den USA und englischen Kolonien.

*Drittens:* Florence Nightingales hohes Ansehen, ihre Beziehungen zu einflußreichen Persönlichkeiten hoher gesellschaftlicher Kreise und ihre schriftstellerische Begabung trugen wesentlich dazu bei, ihre Auffassung vom Wesen der Krankenpflege zu verbreiten. Ihren Bestseller "Notes on Nursing" veröffentlichte sie im Januar 1860 in der ersten Version.<sup>177</sup> Innerhalb kurzer Zeit wurden 15.000 Exemplare verkauft.<sup>178</sup> Es folgten zwei weitere Versionen. Die zweite überarbeitete und erweiterte Version von Juni 1860 war insbesondere an professionelles Gesundheitspersonal gerichtet, und die dritte von April 1861 richtete sich in einfacherer Sprache als "Notes on Nursing for the Labouring Classes" an die Arbeiterklassen Englands. Es folgten eine Vielzahl von Neuauflagen.<sup>179</sup> Krankenpflege als Berufung, die Sorge für den Patienten und seine Bedürfnisse als Kernelement pflegerischen Handelns, Pflegeplanung und Organisation als Aufgaben der Krankenschwester sowie starke Betonung der Hygiene zeichnen die "Notes on Nursing" aus.

*Viertens:* Für die Krankenpflege kam der Arbeitsorganisation in den Krankenhäusern eine zentrale Bedeutung zu. In England bildete sich eine starke Stellung der Oberin im Krankenhaus heraus, der die Letztverantwortung für die Krankenpflegeausbildung zufiel. Für das St. Thomas Hospital, wo die erste vom Nightingale Fund unterstützte Krankenpflegeschule gegründet wurde, ist das, was später als "Nightingale-System" bekannt wurde, nach neueren Forschungsergebnissen eher auf die bereits zuvor bestehende Krankenhausorganisation als auf Florence Nightingales eigene Vorstellungen zurückzuführen.<sup>180</sup> Krankenschwestern wurden Krankenschwestern, also ihrem eigenen Berufsstand, gegenüber verantwortlich. Dies führte zu einem Karrierepfad, zu einem entsprechenden Status und zur

---

<sup>177</sup> Zum Erscheinungsdatum 1860 statt 1859 vgl. SKRETKOWICZ (1996), Introduction, S. xi.

<sup>178</sup> Zur Problematik, welche Verkaufszahlen in welcher Zeit erzielt wurden, vgl. SKRETKOWICZ (1996), Introduction, S. xxf.

<sup>179</sup> Zu den verschiedenen Versionen der "Notes on Nursing" und der weltweiten Rezeption vgl. SKRETKOWICZ (1996), Introduction, S. x-xv.

<sup>180</sup> Vgl. BALY (1987), The Nightingale Nurses, S. 36, S. 44.

Hoffnung auf ein angemessenes Gehalt.<sup>181</sup> Das Interesse der Krankenträger war darauf gerichtet, möglichst keine Kontrolle einer kirchlichen oder anderen Gemeinschaft außerhalb des Krankenhauses über das Pflegepersonal zuzulassen.<sup>182</sup> Sie fürchteten Bekehrungsversuche durch Schwestern und den Ruf, der katholischen Kirche nahezustehen.<sup>183</sup>

*Fünftens:* Die zweite große Säule der medizinischen Hilfe für die breite Bevölkerung bildete neben der Armenmedizin die durch wohltätige Stiftungen und Vereinigungen getragene medizinische Versorgung. Stiftungskrankenhäuser spielten für die Krankenpflege eine bedeutende Rolle. Sie stellten rund ein Fünftel der Hospitalbetten in England und Wales.<sup>184</sup> Dort "steigerte sich die Zahl der Betten in den Stiftungskrankenhäusern von 14800 im Jahre 1861 in den folgenden 50 Jahren auf 43200, in den Armenkrankenhäusern von 50 auf 80000."<sup>185</sup> Mit der Verbesserung der Heilmöglichkeiten verbesserten sich seit den 1860er Jahren Quantität und Qualität der dort gebotenen Leistungen, und die soziale wie auch die institutionelle Stellung der Ärzte und Schwestern verbesserte sich nachhaltig.<sup>186</sup> Dort und in den Infektionskrankenhäusern arbeiteten seit den 1870er Jahren anstatt nebenamtlich tätiger Armenärzte zunehmend fest angestellte Ärzte und geschultes Pflegepersonal.<sup>187</sup>

*Sechstens:* Florence Nightingales Bestrebungen, die Krankenpflege zu einem qualifizierten Beruf zu machen, waren Teil einer von Ärzten und Pflegepersonal getragenen Reformbewegung an den Londoner Lehrkrankenhäusern, die darauf abzielte, die Qualifikation und das Ansehen des Krankenpflegepersonals in England zu heben. Ärzte trieben dort Reformen in der Krankenpflege voran, und zwar bereits seit den 1840er und 1850er Jahren. Sie waren sich dessen bewußt, daß geschulte Krankenpflege wesentlich für den Therapieerfolg war, und daß eine Ausbildung auf der Höhe der Zeit mit klinischer Unterweisung benötigt wurde.<sup>188</sup> Wo die Ärzte an der Verwaltung der Lehrkrankenhäuser beteiligt waren, setzten sie nach und nach bessere Arbeitsbedingungen für das Krankenpflegepersonal

---

<sup>181</sup> BALY (1997), Florence Nightingale and the Nursing Legacy, S. 219.

<sup>182</sup> BALY (1997), Florence Nightingale and the Nursing Legacy, S. xi.

<sup>183</sup> BALY (1997), Florence Nightingale and the Nursing Legacy, S. xi.

<sup>184</sup> Im Jahr 1861 stellten die Stiftungskrankenhäuser 18,5% der Hospitalbetten, im Jahr 1911 22%. Vgl. BERRIDGE (1990), Health and Medicine, S. 209.

<sup>185</sup> TAMM (1998), Ärzte und gesetzliche Krankenversicherung, S. 61.

<sup>186</sup> METZ (1988), Industrialisierung und Sozialpolitik, S. 254.

<sup>187</sup> TAMM (1998), Ärzte und gesetzliche Krankenversicherung, S. 61.

<sup>188</sup> HELMSTADTER (2002), Early Nursing Reform, S. 349.

durch.<sup>189</sup> In den 1880er Jahren etablierten die Londoner Lehrkrankenhäuser Krankenpflegeschulen unter eigener Kontrolle.<sup>190</sup> Londoner Allgemeinärzte und Krankenhausärzte unterstützten entsprechende Aufstiegsbestrebungen des Pflegepersonals, da die Kompetenzen von Ärzteschaft und Krankenpflege bereits eine klare Abgrenzung erfahren hatten. Allgemeinärzte auf dem Land, deren professioneller Status noch ungesichert war, fürchteten jedoch die möglicherweise billigere Konkurrenz der Krankenpflege.<sup>191</sup>

*Siebtens:* Florence Nightingale trug wesentlich zur Herausbildung einer nicht an Kirche oder Militär gebundenen pflegerischen Führungselite bei. Diesseits und jenseits des Atlantiks bildete sich ein Netzwerk führender Vertreterinnen des Fachs, die mit dem Anspruch auftraten, die Krankenpflege selbst weiterzuentwickeln und die Interessen ihres Berufsstands in der Politik zu vertreten. Institutionalisiert wurde dieses Netzwerk im International Council of Nurses (ICN). Die Herausbildung einer pflegerischen Elite dürfte einer der wichtigsten Faktoren für den Aufstieg des Krankenpflegestands in England gewesen sein. Die Ausbildungsdauer war am St. Thomas Hospital bereits 1860 mit einem Jahr länger als an vielen deutschen Ausbildungsstätten vierzig Jahre später.<sup>192</sup> Bis zur Jahrhundertwende war die Ausbildungszeit in England auf zwei bis drei Jahre gestiegen, und der Krankenpflegeberuf hatte deutlich an Ansehen gewonnen.<sup>193</sup>

*Achtens:* In den 1880er Jahren bildeten sich in England Interessenverbände von Krankenschwestern und Oberinnen. Eine jüngere Generation von Krankenschwestern trieb nach dem Vorbild der Medizin die staatliche Registrierung von geprüften Krankenpflegepersonen voran. Dies geschah gegen den Willen von Florence Nightingale, die Krankenpflege als qualifizierte Tätigkeit und gleichzeitig als Berufung sah. Sie vertrat die Auffassung, moralische Eigenschaften könne man beurteilen, aber nicht abprüfen.

Insgesamt war die Herausbildung der Gesundheitsberufe in England viel stärker die Sache der Berufsverbände als die des Staates. Die ärztliche Profession entwickelte sich in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts im von Liberalismus und Laissez-faire geprägten England weitgehend ohne staatliche Intervention.<sup>194</sup> Um Interessen zu artikulieren und durch Lobbyarbeit auf die Politik Einfluß zu nehmen, wurden Berufsverbände ins Leben gerufen. Die erfolgreichste ärztliche Berufsorganisation wurde 1832 als

---

<sup>189</sup> HELMSTADTER (2002), Early Nursing Reform, S. 349.

<sup>190</sup> HELMSTADTER (2002), Early Nursing Reform, S. 350.

<sup>191</sup> BERRIDGE (1990), Health and Medicine, S. 183.

<sup>192</sup> Vgl. HUMMEL (1986), Krankenpflege im Umbruch, S. 91-100.

<sup>193</sup> Vgl. BALY (1997), Florence Nightingale and the Nursing Legacy, S. 201, S. 207.

<sup>194</sup> TAMM (1998), Ärzte und gesetzliche Krankenversicherung, S. 49.

"Provincial Medical and Surgical Association" gegründet und 1855 in "British Medical Association" umbenannt.<sup>195</sup> Die ärztliche Professionalisierungsbewegung führte über den Medical Act von 1858 zum ärztlichen Einheitsstand, und nach dem Medical Act von 1886 hatten alle Studenten obligatorisch ein Examen in Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe abzulegen.<sup>196</sup> Für führende englische Krankenpflege-Funktionärinnen dienten solche von ärztlicher Seite verfolgten Strategien als Vorbild. Um den Status geprüfter Krankenschwestern abzusichern, forderten sie eine entsprechende staatliche Gesetzgebung. Die Registrierungsbewegung führte 1919 zum Nursing Registration Act, der eine Aufnahme von Krankenpflegepersonen nach einer Prüfung in ein staatliches Register vorsah.

Für die zweite Hälfte des 19. Jahrhundert läßt sich also ein Aufstieg der Krankenpflegestandes in England erkennen, bei dem bürgerliche Frauen als Führungselite eine wichtige Rolle spielten. Auch in Deutschland war es Rudolf Virchows Ziel, bürgerliche Frauen für die Krankenpflege zu gewinnen, allerdings nicht auf einem christlichen, sondern auf einem humanistischen Fundament.

### *II.2.2. Rudolf Virchows Initiative zur Reform der Krankenpflege in Berlin*

Der liberale Arzt und Politiker Rudolf Virchow formulierte in den 1860er Jahren den bis dahin umfassendsten Anspruch, die im 19. Jahrhundert gewachsenen Strukturen in der Krankenpflege umzugestalten.<sup>197</sup> Als neues Motiv begegnet uns dabei seine gegen das Christentum gerichtete liberale Weltanschauung, die im Kampf gegen die konfessionelle Krankenpflege die entscheidende Triebkraft darstellte. Virchow stritt um der individuellen und religiösen Freiheit willen für die Emanzipation des Staates von der Kirche. Sein humanistisches und naturwissenschaftliches Bildungskonzept stand in schroffem Gegensatz zum Wahrheitsanspruch der katholischen Kirche, zugespitzt im Unfehlbarkeitsdogma des Papstes von 1870.<sup>198</sup> Er trat für die Trennung von Kirche und Staat ein und ergriff im Kulturkampf Partei für den Reichskanzler und preußischen Ministerpräsidenten Otto von Bismarck.<sup>199</sup> Bei den Beratungen der Ordensgesetze im preußischen Abgeordnetenhaus im Mai 1875, in denen es explizit auch um die Kranken-

---

<sup>195</sup> TAMM (1998), Ärzte und gesetzliche Krankenversicherung, S. 51.

<sup>196</sup> TAMM (1998), Ärzte und gesetzliche Krankenversicherung, S. 48.

<sup>197</sup> Zu Virchows humanistischer Ethik vgl. GOSCHLER (2002), Rudolf Virchow, S. 358-365, speziell zur Krankenpflege S. 363-365.

<sup>198</sup> Vgl. MEIWES (2000), "Arbeiterinnen des Herrn", S. 290.

<sup>199</sup> Zur Provokation durch das Dogma von der Unfehlbarkeit des Papstes und Virchows Unterstützung Bismarcks vgl. ACKERKNECHT (1957), Rudolf Virchow, S. 156f.

pflegeorden ging, ergriff er für die Regierung das Wort. Mit dem Wortführer des Zentrums, Ludwig Windthorst (1812-1891), lieferte er sich bis in die 1880er Jahre hinein heftige Debatten.

Sein Ziel war es, langfristig die konfessionelle Krankenpflege durch nichtkirchliche Krankenpflege als Teil der Zivilgesellschaft zu ersetzen. Obwohl er die krankenpflegerischen Leistungen der Ordensschwester anerkannte, verlieh er im gleichen Atemzug der Überzeugung Ausdruck, daß "eine gedeihliche Entwicklung des Krankenpflegewesens nur auf dem Gebiete der bürgerlichen Entwicklung möglich" sei.<sup>200</sup> Die kirchliche Organisation der Krankenpflege sei immer mit dem Nebenzweck behaftet, für die Kirche arbeiten zu wollen.<sup>201</sup> Die Bevölkerung müsse geschützt werden

"vor der meiner Meinung nach infektiösen Natur, welche in dem modernen Ordenswesen liegt. Das moderne Ordenswesen von der Zeit an, wo es dem jesuitischen Geiste dienstbar wurde, ist absolut unerträglich mit der Kultur, als deren Träger wir uns betrachten."<sup>202</sup>

Virchow berief sich auf die großen Fortschritte, die aus seiner Sicht in England, Dänemark und Schweden gemacht worden waren. Dort habe man auf rein humanem, bürgerlichem, weltlichem Gebiete die weibliche Krankenpflege organisiert.<sup>203</sup>

Virchow zog Florence Nightingale als Beispiel dafür heran, daß man nicht ritterlicher oder geistlicher Oberer bedürfe, um die Leitung und Oberaufsicht in der Krankenpflege zu übernehmen. Benötigt würden Männer und Frauen von Bildung, sittlichem Ernst und warmem Gefühl.<sup>204</sup> Hierbei übergang Virchow allerdings geflissentlich die Tatsache, daß Krankenpflege im Sinne Florence Nightingales christlich geprägte Krankenpflege war.

Die konfessionelle Krankenpflege war als Vorbild so prägend, daß Virchow lediglich an die Stelle des christlichen ein humanistisches Dienstideal setzte. Der Krankenpfleger müsse in dem leidenden und hilflosen

---

<sup>200</sup> Stenographische Berichte, Preußisches Haus der Abgeordneten, Sitzung am 08.05.1875, S. 1800.

<sup>201</sup> VIRCHOW (1879), Die berufsmässige Ausbildung zur Krankenpflege, S. 48.

<sup>202</sup> Stenographische Berichte, Preußisches Haus der Abgeordneten, Sitzung am 08.05.1875, S. 1800.

<sup>203</sup> Stenographische Berichte, Preußisches Haus der Abgeordneten, Sitzung am 08.05.1875, S. 1800.

<sup>204</sup> VIRCHOW (1866), Ueber Hospitäler und Lazarette, S. 20.

Menschen den "Bruder", den "Nächsten" sehen. Hierzu bedürfe es zunächst nur eines warmen Herzens, ernster Hingabe und Pflichtgefühls. Virchow war sich dessen bewußt, daß die Motivation, sich dem Krankendienst hinzugeben, ein Problem darstellte:

"Aber an die vollbrachte Leistung schließt sich bei dem Krankenpfleger, wenigstens im Hospitale, sofort der Anspruch auf neue Leistung. Ein Kranker liegt neben dem anderen; scheidet der eine, so tritt ein anderer an seine Stelle. Von Tag zu Tag, von Woche zu Woche, von Jahr zu Jahr, immer wieder dieselbe Arbeit, nur immer an neuen Personen. Das ermüdet den Pfleger die Gewohnheit, leiden zu sehen, schwächt den Eifer und das Pflichtgefühl. Es bedarf besonderer Reize, um die alte Theilnahme wach zu erhalten. Woher sollen sie entnommen werden? Von der Religion? von der Aussicht auf äusseren Lohn? Wir stehen hier an dem schwierigen Punkte, an welchem sich die Wege der kirchlichen und der bürgerlichen Krankenpflege scheiden, und gestehen wir es, in welchem eine ganz befriedigende Lösung noch nicht gefunden ist."<sup>205</sup>

Auch mit seiner Forderung nach Krankenpflege durch Frauen auf Männerstationen setzte Virchow einen Trend der konfessionellen Krankenpflegegemeinschaften fort. Außerhalb kirchlicher Krankenhäuser wurde auf Abteilungen kranker Männer, so Virchows Beobachtung, in der Regel männliches Wärter- und Pflegerpersonal eingesetzt.<sup>206</sup> Erneut zog Virchow Florence Nightingale und die englische Krankenpflege als Vorbild heran, um seinen Forderungen Nachdruck zu verleihen.<sup>207</sup>

In Virchows Vision der zukünftigen Krankenpflege gingen Krankenhausreform, Krankenpflegeausbildung und Gesundheitserziehung der Öffentlichkeit Hand in Hand. Hierbei sollten Vereine und die öffentliche Hand kooperieren und dabei die Vereine die Rekrutierung von Pflegekräften und die soziale Absicherung übernehmen.<sup>208</sup> Außerdem sollten die Vereine es sich zur Aufgabe machen, Geldmittel zur Ausbildung von Krankenpflegepersonal, zur späteren Unterstützung dieser Personen und ihrer Genossenschaften sowie der Kranken selbst und zur Belehrung der Öffentlichkeit in Fragen der Gesundheitspflege zu sammeln. Aus aktiven Pflegern und Pflegerinnen seien, wo möglich, Krankenpfleger-Genossenschaften zu bilden, die sich die Unterstützung unbeschäftigter und die Pensionierung invalider Mitglieder zur Aufgabe stellen.<sup>209</sup> In jedem großen staatlichen oder städtischen Krankenhaus sollte eine Krankenpflegeschule eingerichtet

---

<sup>205</sup> VIRCHOW (1866), Ueber Hospitäler und Lazarette, S. 19.

<sup>206</sup> VIRCHOW (1879), Die berufsmässige Ausbildung zur Krankenpflege, S. 50.

<sup>207</sup> VIRCHOW (1879), Die berufsmässige Ausbildung zur Krankenpflege, S. 51.

<sup>208</sup> VIRCHOW (1879), Die berufsmässige Ausbildung zur Krankenpflege, S. 52f.

<sup>209</sup> VIRCHOW (1879), Die berufsmässige Ausbildung zur Krankenpflege, S. 55f.

werden.<sup>210</sup> Die Kosten sollten vom Staat oder der Kommune getragen werden.<sup>211</sup>

Als in den späten 1860er Jahren der Neubau eines Berliner städtischen Krankenhauses anstand, wirkte Virchow als treibende Kraft für die Gründung einer Krankenpflegeschule am Krankenhaus Friedrichshain.<sup>212</sup> Als Argumente dienten ihm der Mangel an gutem Wartepersonal in Berlin, das Ziel, die Krankenpflege mehr und mehr in die Hände von Frauen zu legen<sup>213</sup> und die Ausbildung weiblichen Personals für die Privatkannenpflege.<sup>214</sup> Mit der Ausbildungsstätte für Krankenpflegerinnen am Krankenhaus Friedrichshain wollte Virchow der übrigen Monarchie ein Beispiel geben: "Ich hoffe, daß wir bald dahin kommen werden, ein System der Krankenpflege zu schaffen, welches, in rein humanem Boden wurzelnd, ihre Pflichten mit gleicher Hingebung erfüllt, wie die barmherzigen Schwestern es thun."<sup>215</sup>

Mindestens 30 Schülerinnen sollten unentgeltlich jeweils ein halbes Jahr lang unterrichtet und gepflegt werden. Für die Krankenpflegeschule sollte ein Haus gebaut und eingerichtet werden. Dafür wurden von der Stadtverordnetenversammlung 33.000 Taler bewilligt. Eine Vorsteherin sollte in der Anstalt wohnen. Geplant war, aus der Schule ständig 20 Schülerinnen ohne Lohn zusammen mit 16 geschulten Wärterinnen zum praktischen Dienst zu verwenden.<sup>216</sup>

Aufnahmebedingungen und Unterrichtsdauer waren in einer Ordnung für das Pflegerinnen-Haus geregelt. Diese hatte das Kuratorium des Städtischen Krankenhauses Friedrichshain, dessen Mitglied Virchow war, am 1. Oktober 1876 erlassen.<sup>217</sup> Der erste Kurs begann am 1. Juni 1877 mit vier Schülerinnen.<sup>218</sup> Der Kurs begann danach mit einem zweimal pro Jahr stattfindenden Vorbereitungskursus von 4 Wochen Dauer mit anschließenden

---

<sup>210</sup> VIRCHOW (1879), Die berufsmässige Ausbildung zur Krankenpflege, S. 51.

<sup>211</sup> VIRCHOW (1879), Die berufsmässige Ausbildung zur Krankenpflege, S. 52.

<sup>212</sup> ACKERKNECHT (1957), Rudolf Virchow, S. 116. Virchow war das Problem der Krankenpflege im Zusammenhang mit dem Bau von Krankenhäusern bereits durch die medizinische Reformbewegung von 1848 bekannt. Vgl. ACKERKNECHT (1932), Beiträge zur Medizinalreform von 1848, S. 109.

<sup>213</sup> RAVOTH, Die Heilgehülfen als ärztliches Hilfspersonal, Bl. 16b-17b.

<sup>214</sup> VIRCHOW (1879), Die berufsmässige Ausbildung zur Krankenpflege, Anmerkungen zum vierten Abschnitte, S. 114.

<sup>215</sup> Stenographische Berichte, Preußisches Haus der Abgeordneten, Sitzung am 08.05.1875, S. 1800.

<sup>216</sup> RAVOTH, Die Heilgehülfen als ärztliches Hilfspersonal, Bl. 16b-17b.

<sup>217</sup> GUTTSTADT (1886), Die freie Liebesthätigkeit, S. 175.

<sup>218</sup> BOLK (1984), Das Krankenhaus Am Urban, S. 37.

der Prüfung. Nach dem Urteil der Krankenhausdirektion unfähige oder unbrauchbare Schülerinnen durften zum weiteren Unterricht nicht zugelassen werden und erhielten das eingezahlte Geld zurück. Ansonsten erfolgte theoretischer und praktischer Unterricht während eines Zeitraums von 5 bis 6 Monaten. Die Unterrichtszeit wurde mit einem Zeugnis über den erreichten Grad der theoretischen und praktischen Ausbildung abgeschlossen.

Vor Beginn der Unterrichtskurse hatte jede Schülerin 100 Mark an die Kasse des Krankenhauses einzuzahlen und sich schriftlich zu verpflichten, an dem Unterrichtskursus während seiner ganzen Dauer teilzunehmen und während dieser Zeit auch praktischen Krankendienst zu leisten. Wer nach Beendigung der Unterrichtskurse zwei Jahre lang im Dienst des Krankenhauses blieb, erhielt nach Beendigung des Dienstes das eingezahlte Geld wieder zurück. Sie empfingen während dieser Zeit Lohn und freie Station gleich den angestellten Wärterinnen und waren den für die Wärterinnen geltenden Bestimmungen unterworfen.<sup>219</sup>

Zur Auswahl geeigneten Krankenpflegepersonals erfolgte eine anfängliche Selektion durch die Direktion anhand eines selbstgeschriebenen Lebenslaufs, Geburtsschein, Sittenzeugnis, Gesundheitsattest und Schulzeugnis. Außerdem wurde der eigentlichen Ausbildung ein Vorbereitungskurs von vier Wochen vorgeschaltet. Dieser umfaßte dreimal pro Woche ein- bis zweistündigen Unterricht über eine kurze Darstellung des Baus des menschlichen Körpers und der Verrichtungen seiner Organe; allgemeine Krankenwartung (Transport, Lagerung, allgemein gültige Hilfsleistungen) und elementare Diätetik, niedere chirurgische Hilfsleistungen, Verwaltung und häuslichen Dienst mit anschließender Prüfung. Die Ausbildung wurde durch die ärztlichen Direktoren bzw. in den betreffenden Zweigen der Verwaltung durch den Verwaltungsdirektor oder die Oberin erteilt.<sup>220</sup>

Allerdings erwies sich die Erwartung, daß "sittliche Antriebe" allein Frauen des höheren Bürgertums zu schlecht bezahlten Krankenschwestern-

---

<sup>219</sup> GUTTSTADT (1886), Die freie Liebesthätigkeit, S. 175f. Vgl. VIRCHOW (1879), Die berufsmässige Ausbildung zur Krankenpflege, Anmerkungen zum vierten Abschnitte, Statut für das Pflegerinnenhaus im städtischen allgemeinen Krankenhause im Friedrichshain, S. 114-117.

<sup>220</sup> Vgl. VIRCHOW (1879), Die berufsmässige Ausbildung zur Krankenpflege, Anmerkungen zum vierten Abschnitte, Statut für das Pflegerinnenhaus im städtischen allgemeinen Krankenhause im Friedrichshain, S. 114-117.



karrieren motivieren könnten, als Irrtum.<sup>221</sup> Über den Erfolg der ersten Jahre notierte Virchow 1879:

"Es hat einigermaßen schwer gehalten, geeignete Personen heranzuziehen. Anfangs waren es nur vereinzelt Töchter aus besseren Ständen, welche sich meldeten; erst in letzter Zeit ist es gelungen, etwas mehr Theilnahme zu erwecken."<sup>222</sup>

Anstatt unabhängig von einer christlichen oder humanitären Ethik attraktive Bedingungen hinsichtlich Lohn, Arbeitsbedingungen, Karriereausichten, Status und sozialer Absicherung zu propagieren und durchzusetzen, forderte Virchow vom Krankenpflegepersonal, es sollte ohne entsprechenden Lohn, hauptsächlich mit der Aussicht auf innere Befriedigung tätig sein<sup>223</sup> und propagierte damit ein säkularisiertes Dienstideal. Daher verwundert es nicht, daß Frauen aus gebildeten Kreisen der Krankenpflege andere Berufe vorzogen, zumal gegen Ende des 19. Jahrhunderts erwerbstätigen Frauen zunehmend Berufe in Dienstleistung und Industrie offenstanden. Rudolf Virchows umfassender liberaler Reformentwurf war damit gescheitert.<sup>224</sup>

### *II.2.3. Die Entstehung der Schwesternschaften des Roten Kreuzes<sup>225</sup>*

Im Gegensatz zu Rudolf Virchows humanistischem Menschenbild war das Rote Kreuz darauf ausgerichtet, Krankenpflegepersonal für die Verwendung im Krieg bereitzustellen. Der moderne Krieg mit der Ansammlung von Massenheeren und verheerenden Menschenverlusten war zwischen

---

<sup>221</sup> GOSCHLER (2002), Rudolf Virchow, S. 365. Vgl. auch die Zahlen zur Ausbildung von Krankenpflegepersonal in Kapitel II.4.1. und zu bürgerlichen Frauen in der Krankenpflege in Kapitel II.5.4. der vorliegenden Arbeit.

<sup>222</sup> VIRCHOW (1879), Die berufsmässige Ausbildung zur Krankenpflege, Anmerkungen zum vierten Abschnitte, S. 117.

<sup>223</sup> VIRCHOW (1879), Die berufsmässige Ausbildung zur Krankenpflege, S. 50.

<sup>224</sup> Auch andere Initiativen, die sich auf das Vorbild Florence Nightingales beriefen, wie 1881/1882 die Gründung der Viktoria-Schwesternschaft in Berlin unter dem Protektorat der preußischen Kronprinzessin Viktoria (1840-1901), blieben in ihrer Wirkung begrenzt.

<sup>225</sup> Zu den Schwesternschaften des Roten Kreuzes vor dem 1. Weltkrieg vgl. KIMMLE (1910), Das Deutsche Rote Kreuz, Bd. 3; RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 89-110; LUTZER (2002), Der Badische Frauenverein, außerdem GRUNDHEWER (1987), Von der freiwilligen Kriegsrankenpflege bis zur Einbindung des Roten Kreuzes in das Heeressanitätswesen, S. 29-44.

1850 und 1870 die wichtigste Triebkraft zur Förderung der modernen Krankenpflege.<sup>226</sup>

Der 24. Juni 1859, an dem im Krieg in Oberitalien zwischen Frankreich und Österreich die Schlacht von Solferino stattfand, gilt als Gründungsdatum der Rot-Kreuz-Bewegung. Nach der Schlacht, die 40.000 Tote und Verletzte forderte, organisierte Henri Dunant (1828-1910) die Bergung und notdürftige Versorgung verwundeter und erkrankter Soldaten. In seinen "Erinnerungen an Solferino" richtete er einen Appell an die Regierungen, das Los der verwundeten und erkrankten Soldaten im Kriegsfall zu verbessern. Der Plan enthielt zwei Kernforderungen: die internationale, vertraglich garantierte Unantastbarkeit der verwundeten und erkrankten Soldaten, der Ärzte, des Pflegepersonals und der Lazarette, und den Aufbau von Hilfsorganisationen, die die militärischen Sanitätsdienste unterstützen sollten, mit freiwilligen, gut ausgebildeten Helfern und Krankenpflegepersonal.<sup>227</sup>

Dunants Bemühungen mündeten 1863 in eine internationale Konferenz und 1864 in die zehn Artikel umfassende Genfer Konvention. Diese schrieb die Neutralität von Militär- und Zivilspitälern, wenn sie verwundete und erkrankte Soldaten beherbergten, sowie von Personal der Feldlazarette einschließlich der mit der Verwaltung, der Gesundheitspflege und dem Transport betrauten Personen und der Feldprediger fest.<sup>228</sup>

Nachdem die Gründungsversammlung des Internationalen Roten Kreuzes in Genf im Oktober 1863 beschlossen hatte, in ihren Staaten nationale Rotkreuzorganisationen zu gründen, kam Preußen als einer der ersten Staaten dieser Verpflichtung nach. Man sah deutlich, welches Potential an personellen und materiellen Ressourcen ein Appell an die Bevölkerung freisetzen würde.<sup>229</sup> Am 6. Februar 1864 bildete sich das "Centralkomitee des Preußischen Vereins zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger". Als Aufgaben stellte es sich, im Kriegsfall im Anschluß an die militärische Sanitätsverwaltung an der Heilung und Pflege der im Feld verwundeten und erkrankten Krieger mitzuwirken. Außer der Errichtung von Lazaretten, der Entsendung von Krankenpflegepersonal, dem Fortschaffen von Verwundeten und der Vermehrung der Vorräte war explizit auch genannt, die geistlichen und weltlichen Krankenpflege-Genossenschaften heranzuziehen. In Friedenszeiten waren zur

---

<sup>226</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 96f.

<sup>227</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 28.

<sup>228</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 29.

<sup>229</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 36.

Vorbereitung für den Kriegsfall Geldmittel zu sammeln, benötigtes Material zu beschaffen, Krankenpflegepersonal auszubilden und die bestehenden geistlichen und weltlichen Krankenpflege-Genossenschaften für die Zwecke des Vereins einzubeziehen.<sup>230</sup> 1869 schlossen sich die Rot-Kreuz-Männervereine im "Deutschen Verein zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger" mit einem Zentralkomitee an der Spitze zusammen.<sup>231</sup>

Die deutschen Einigungskriege, der Krieg zwischen Deutschland und Dänemark 1863/1864, zwischen Preußen und Österreich 1866 sowie zwischen Deutschland und Frankreich 1870/1871 trugen wesentlich zur Ausbreitung der Rot-Kreuz-Bewegung in Deutschland bei. Dies lag nicht zuletzt daran, daß die preußische Armee zunächst kein ausgebildetes Krankenpflegepersonal kannte. Die Versorgung verwundeter und erkrankter Soldaten lag in den Händen bezahlter Zivilisten und Invaliden. 1832 führte man Chirurgen- und Lazarettgehilfen ein, später Sanitätsgehilfen, die in Militärhospitälern ausgebildet wurden. Seit 1852 traten Krankenwärter ihren Dienst in Militärhospitälern an, und unter dem Eindruck des Krimkriegs richtete man 1855 eigene Krankenträger-Abteilungen ein. Das Versagen der Sanitätsdienste im Krimkrieg und in Oberitalien bestärkte die preußische Armeeführung, dem Sanitätswesen größere Beachtung zu schenken. Die Empfehlung einer 1860 berufenen Kommission führte zur Neustrukturierung des Feldlazarettwesens und zur einheitlichen Leitung der Feldlazarette durch den Chefarzt.<sup>232</sup> Der Beitrag des neugegründeten Preußischen Landesvereins vom Roten Kreuz in den Einigungskriegen war allerdings nur begrenzt. Im deutsch-französischen Krieg 1870/1871 gelang es ihm nicht, Transportkolonnen auszubilden und aufzustellen, männliche Pfleger gründlich zu unterweisen und in das Etappengebiet zu entsenden. Die Zahl des ausgebildeten weiblichen Krankenpflegepersonals war "durchaus ungenügend".<sup>233</sup>

Auf Seiten der Frauen bildeten sich seit 1859, zunächst in Baden und Bayern, in den meisten deutschen Staaten Vaterländische Frauenvereine. In fast allen deutschen Staaten übernahmen die Ehefrauen der regierenden Fürsten das Protektorat über die auf ihre Initiative gegründeten Frauenvereine. Dies bildete eine standesgemäße Form sozialen Engagements, und die Rot-Kreuz-Vereine gewannen dadurch an gesellschaftlicher

---

<sup>230</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 36f.

<sup>231</sup> Vgl. LUTZER (2002), Der Badische Frauenverein, S. 139.

<sup>232</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 35f.

<sup>233</sup> KIMMLE (1910), Der Preußische Landesverein vom Roten Kreuz, S. 805.

Reputation.<sup>234</sup> 1866 gründete die preußische Königin Augusta (1811-1890) den "Vaterländischen Frauenverein", der zum Namensgeber für die gesamte Gruppe der Frauenvereine vom Roten Kreuz wurde.<sup>235</sup>

Dieter Riesenberger charakterisiert die Geschichte der Schwesternschaften des Roten Kreuzes als Erfolgsgeschichte. Aus seiner Perspektive war die "Herausbildung der Rotkreuzschwester ... charakteristisch für die Veränderung der Krankenpflege als christliche Liebestätigkeit hin zu einem bürgerlichen Beruf".<sup>236</sup> Er argumentiert, daß erstmals eine konfessionell ungebundene Vereinigung mit fürstlicher und öffentlicher Unterstützung die Verantwortung für die Ausbildung von Frauen zu Krankenpflegerinnen übernahm.<sup>237</sup> Obwohl es nicht einfach gewesen sei, Frauen aus den "besseren Kreisen" für die Tätigkeit in der Krankenpflege zu gewinnen, habe der Aufruf "an die höheren Töchter" im Verlauf der Jahrzehnte ein stärkeres Echo gefunden.<sup>238</sup> In relativ kurzer Zeit entstand

"eine elitäre Gruppe von Krankenschwestern, die durch Herkunft und Ausbildung in der Lage waren, in den Mutterhäusern der Schwesternschaften die Aufgaben einer Oberin zu übernehmen und einen starken erzieherischen Einfluß auf die Lernschwestern auszuüben."<sup>239</sup>

Er schlußfolgert weiter:

"Dem gestiegenen Bedarf der Sanitätsdienste verdankte die weltliche Krankenschwester vom Roten Kreuz ihre soziale und fachliche Karriere, die durch Privilegierung, Disziplinierung und zunehmende Professionalisierung gekennzeichnet war.<sup>240</sup> ... Die Institution der Rotkreuzschwestern trug vor allem in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts und während des Ersten Weltkrieges viel zur Professionalisierung und Spezialisierung der Krankenschwestern bei.<sup>241</sup> ... Wie erfolgreich die Konzeption des Mutterhauses bei aller Kritik war, zeigt das schnelle Wachstum des Verbandes Deutscher Krankenpflege-Anstalten vom Roten Kreuz, der im Jahre 1882 von 6 Mitgliedern mit knapp 150 Schwestern gegründet wurde: 1913 gehörten ihm 48 Krankenanstalten mit fast 5.500 Schwestern an."<sup>242</sup>

---

<sup>234</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 36f.

<sup>235</sup> LUTZER (2002), Der Badische Frauenverein, S. 139.

<sup>236</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 89.

<sup>237</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 91.

<sup>238</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 94.

<sup>239</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 95.

<sup>240</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 97.

<sup>241</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 652.

<sup>242</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 101.

Im Folgenden soll die Entstehung der Rot-Kreuz-Schwesternschaften und die Politik führender Funktionäre des Roten Kreuzes aus einem anderen Blickwinkel betrachtet werden. Um den Beitrag des Roten Kreuzes für die Entwicklung der Krankenpflege genauer zu umreißen, wollen wir uns zunächst die Interessen des Militärs, die in der Konzeption der Rot-Kreuz-Schwesternschaften getroffenen Grundsatzentscheidungen sowie die Entwicklung bis zur Mitte der 1880er Jahre vergegenwärtigen.

Das Rote Kreuz wurde unter dem Protektorat der Herrscherhäuser in Vereinen organisiert. Offiziere und ein Beamter des Kultusministeriums wurden als Vertreter ins Zentralkomitee entsandt<sup>243</sup> und so Regierungskontrolle in Leitungsfunktionen im Roten Kreuz gewährleistet. Durch diese enge personelle Verflechtung mit dem Staatsapparat sicherte sich die preußische Regierung ihren Einfluß, ohne daß sie – insbesondere finanzielle – Verpflichtungen hätte eingehen müssen. Dieser erste limitierende Faktor bestand also darin, daß Initiativen vor Ort sich zumindest in Preußen ohne kontinuierliche staatliche Förderung finanzieren mußten.<sup>244</sup> Dies stand im Einklang mit der aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts bekannten Praxis, die Krankenpflegeausbildung Kommunen und Verbänden zu überlassen.

Den zweiten limitierenden Faktor bildete die Verbindung einer Option für bürgerliche Krankenpflegekräfte mit der Übernahme des kirchlichen Mutterhaussystems. Für die Militärbehörden stand die Frage im Raum, in welcher Weise die "freiwillige Krankenpflege", also die Zivilbevölkerung für die Versorgung von Verwundeten und Kranken im Krieg herangezogen werden konnte. Hierfür spielten die Erfahrungen in den Kriegen von 1864 und 1866 eine entscheidende Rolle. Diese veröffentlichte der praktische Arzt Wilhelm Brinkmann (1836-1900) 1867, nachdem er durch den Militärinspekteur der freiwilligen Krankenpflege, Graf Eberhard zu Stolberg-Wernigerode (1810-1872), mit dieser Aufgabe betraut worden war.<sup>245</sup> Sein Urteil und seine Anforderungen an geeignetes Krankenpflegepersonal wurden zu Leitlinien, die beim weiteren Aufbau der Organisationsstruktur des Roten Kreuzes und für die Definition von Charakter und Inhalt der Krankenpflegetätigkeit eine wesentliche Rolle spielten.

---

<sup>243</sup> KIMMLE (1910), Der Preußische Landesverein vom Roten Kreuz, S. 779.

<sup>244</sup> Zur finanziellen Grundsatzentscheidung des preußischen Finanzministeriums vgl. Kapitel II.3.2. der vorliegenden Arbeit.

<sup>245</sup> BRINKMANN (1867), Die freiwillige Krankenpflege, Vorwort, S. Vf., hier S. V.

Den Aufgabenschwerpunkt der freiwilligen Krankenpflege sah Brinkmann darin, dem Staat die Sorge und Arbeit möglichst weitgehend zu erleichtern, ohne ihm die Aufsicht und Übersicht zu erschweren.<sup>246</sup> Dabei hatte sich die freiwillige Krankenpflege den Anordnungen der Staatsbehörden unterzuordnen.<sup>247</sup> Dies wurde in der Kriegssanitätsordnung von 1878 festgeschrieben.

Die Verfügbarkeit für militärische Zwecke verlangte Unterwerfung unter eine strikte Disziplin:

"Nichts [ist] lästiger für den Arzt, als Pfleger oder Pflegerinnen zu haben, die ihrer Aufgabe nicht gewachsen sind oder ihrem Pfleger-Amte ihre Leidenschaften nicht opfern wollen, die den ersten Grundsatz der Krankenpflege: "Diene und gehorche" nicht kennen."<sup>248</sup>

Brinkmann stand unter dem Eindruck der herausragenden Leistungen von Orden und Diakonie. In Schlesien, das 1866 vom Krieg am schwersten in Mitleidenschaft gezogen worden war, wurden alle Ordenskrankenhäuser und Klöster mit Verwundeten und Kranken der Armee belegt.<sup>249</sup> Die kirchliche Krankenpflege hatte für Brinkmann Vorbildfunktion:

"Die Stellung des Königlichen Commissars zum Johanniter-Orden als Kanzlers desselben, seine rasche Verbindung mit den Malteserrittern, mit den katholischen Bischöfen und Orden, mit den Diakonissen- und Diakonenhäusern sicherte sofort einen festgeschlossenen, streng disciplinierten, stets bereiten und erfahrenen Stamm für die eigentliche Krankenpflege".<sup>250</sup>

Für die männliche Krankenpflege hatte die Wichernsche Felddiakonie Vorbildfunktion. Insgesamt wurden 110 Felddiakone entsandt. Die für die eigentliche Lazarettpflege bestimmten Diakone hatten in verschiedenen Lazaretten Berlins, namentlich in der Charité, einzelne auch in Hamburg und Rostock die erforderliche Vorbereitung erhalten. Es habe sich schon in dieser Vorbereitungszeit die Überlegenheit der aus sittlicher Energie entspringenden Tätigkeit gezeigt, so daß die meisten Diakone von den Ärzten und Lazarettbeamten nur mit Bedauern zu ihrem eigentlichen Dienst auf dem Schlachtfeld entlassen wurden.<sup>251</sup> Die Vertreter der gebildeten Stände,

---

<sup>246</sup> BRINKMANN (1867), Die freiwillige Krankenpflege, S. 15f.

<sup>247</sup> BRINKMANN (1867), Die freiwillige Krankenpflege, S. 13.

<sup>248</sup> BRINKMANN (1867), Die freiwillige Krankenpflege, S. 94.

<sup>249</sup> BRINKMANN (1867), Die freiwillige Krankenpflege, S. 88.

<sup>250</sup> BRINKMANN (1867), Die freiwillige Krankenpflege, S. 9.

<sup>251</sup> BRINKMANN (1867), Die freiwillige Krankenpflege, S. 98.

namentlich Studenten, Lehrer, Prediger, dürften dem Helferamte nicht fehlen.<sup>252</sup> Dies solle unter der Führung erfahrener Männer, Lehrern, Beamten, Professoren und anderer, die von der Wichtigkeit ihrer Aufgabe durchdrungen seien, geschehen.<sup>253</sup>

Für Brinkmann hatten moralische Qualitäten einen höheren Rang als eine entsprechende pflegerische Vorbildung.<sup>254</sup> Er betonte die Bedeutung praktischer Tätigkeit, die sich im Feldlazarett rasch erlernen lasse.<sup>255</sup> Zur Krankenpflege gehöre mehr, nämlich, den verwundeten Krieger zu trösten und ihm beizustehen.<sup>256</sup> Das Wartepersonal hingegen beurteilte er sowohl auf dem Schlachtfeld als auch in den Lazaretten in den meisten Fällen als ungeeignet,<sup>257</sup> ebenso, von einzelnen Ausnahmen abgesehen, nicht organisiertes Personal aus gebildeten Ständen.<sup>258</sup>

Brinkmanns Forderung, die Frauenvereine müßten selbständig Pflegerinnen ausbilden,<sup>259</sup> wurde auf der Berliner Internationalen Konferenz von 1869 aufgegriffen. Dort wurden die Vermehrung der Pflegekräfte im Frieden, die selbständige Ausbildung von Krankenschwestern sowie die Förderung der Diakonie, der katholischen Ordenshäuser, der Johanniter- und Malteserritter und verwandter Genossenschaften beschlossen.<sup>260</sup>

Bis zum Beginn der 1880er Jahre war der Ausbau des Schwesternwesens ins Stocken geraten.<sup>261</sup> Das Zentralkomitee der Deutschen Vereine vom Roten Kreuz ging trotz Brinkmanns Drängen zunächst den bequemeren Weg und zog die Bezuschussung von Kranken- und Mutterhäusern der Gründung und Förderung eigener Anstalten vor. Als Gegenleistung hatten diese Anstalten im Kriegsfall Räume und Personal für die Pflege verwundeter und erkrankter Krieger zur Verfügung zu stellen und bereits im Frieden weibliches Krankenpflegepersonal auszubilden.<sup>262</sup>

---

<sup>252</sup> BRINKMANN (1867), Die freiwillige Krankenpflege, S. 100f.

<sup>253</sup> BRINKMANN (1867), Die freiwillige Krankenpflege, S. 103.

<sup>254</sup> BRINKMANN (1867), Die freiwillige Krankenpflege, S. 100.

<sup>255</sup> BRINKMANN (1867), Die freiwillige Krankenpflege, S. 101.

<sup>256</sup> BRINKMANN (1867), Die freiwillige Krankenpflege, S. 101f.

<sup>257</sup> BRINKMANN (1867), Die freiwillige Krankenpflege, S. 93.

<sup>258</sup> BRINKMANN (1867), Die freiwillige Krankenpflege, S. 94.

<sup>259</sup> KIMMLE (1910), Das Centralkomitee der Deutschen Vereine vom Roten Kreuz, S. 329.

<sup>260</sup> KIMMLE (1910), Das Centralkomitee der Deutschen Vereine vom Roten Kreuz, S. 232.

<sup>261</sup> KIMMLE (1910), Das Centralkomitee der Deutschen Vereine vom Roten Kreuz, S. 332.

<sup>262</sup> KIMMLE (1910), Das Centralkomitee der Deutschen Vereine vom Roten Kreuz, S. 328-332.

Die Krankenpflege stellte nur einen kleinen Teil des Tätigkeitsgebiets der Vaterländischen Frauenvereine dar. Sie genoß in den Zweigvereinen nicht die Priorität, die das Zentralkomitee ihr zukommen lassen wollte. 1875 wurde ein Vorschlag abgelehnt, die Ausbildung in der Krankenpflege zur allgemeinen Aufgabe der Frauenvereine zu machen und diese durch die Abführung von Beiträgen an den Vorstand zu finanzieren.<sup>263</sup>

Der Aufbau eines Vereins und die Gründung einer Rot-Kreuz-Schwesternschaft blieb lokal abhängig von führenden Persönlichkeiten und wies dementsprechend eine große Vielgestaltigkeit auf. In Kiel beispielsweise setzte sich der Geheime Medizinalrat Professor Dr. Friedrich von Es-march (1823-1908), einer der Direktoren der Akademischen Heilanstalten, im Namen des Provinzialvereins zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger in einem langen Schreiben an den Oberpräsidenten nachdrücklich für die Gründung des Kieler Mutterhauses ein. 1873 folgte die Erlaubnis des Kultusministers, an den Akademischen Heilanstalten Krankenpflegerinnen auszubilden. Die Ausbildung in der Anschar-Schwesternschaft in Kiel, einer der ältesten Rot-Kreuz-Schwesternschaften, erfolgte in den Akademischen Heilanstalten in Lehrkursen von je zwei Monaten Dauer.<sup>264</sup> In Hannover war es Olga Freiin von Lützerode (1836-1917), die 1875 das Clementinenhaus gründete und leitete. Seit 1878 war das Clementinenhaus Mitglied im "Provinzialverein zur Pflege der im Felde verwundeten und erkrankten Krieger".<sup>265</sup>

Ein Blick auf die Mitte der 1880er Jahre zeigt, was innerhalb von zwei Jahrzehnten nach der Gründungsphase geleistet wurde: Auf dem Gebiet des Vaterländischen Frauenvereins waren neun Mutterhäuser mit der Ausbildung von Rot-Kreuz-Schwestern befaßt.<sup>266</sup> Der Vaterländische Frauenverein unterstützte 1884 80 Krankenhäuser mit insgesamt 73.977 Mark sowie 305 "weltliche" und 209 geistliche Krankenschwestern mit 34.287 Mark.<sup>267</sup>

Als *Fazit* läßt sich feststellen, daß bereits die Grundsatzentscheidungen des Militärs für den Aufbau von Schwesternschaften des Roten Kreuzes in den deutschen Einigungskriegen stark limitierend auf die Rekrutierung von Krankenpflegepersonal wirkten. Die dezidierte Absage

---

<sup>263</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 96.

<sup>264</sup> SCHMIDT-MEINECKE (1973), DRK Anschar-Schwesternschaft und Krankenhaus, S. 22f.

<sup>265</sup> Zu Olga Freiin von Lützerode vgl. WEBER-REICH (2003), "Wir sind die Pionierinnen der Pflege ...", S. 111-139.

<sup>266</sup> Vgl. GUTTSTADT (1886), Die freie Liebesthätigkeit, S. 90f.

<sup>267</sup> GUTTSTADT (1886), Die freie Liebesthätigkeit, S. 88.



an die Wärterkrankenpflege verband sich mit einem nicht allzu attraktiven Angebot für bürgerliche Frauen. Somit läßt sich Dieter Riesenbergers Beobachtung bestätigen, daß eine Organisationsform wie das Mutterhaus, die Abhängigkeit, Kasernierung und Verfügbarkeit der Schwestern garantierte, zweifellos aus militärischem Blickwinkel sehr geeignet war, doch die Reglementierungen des Mutterhaussystems mit ihren strengen Vorschriften viele junge Frauen davon abhielten, in eine Rot-Kreuz-Schwesternschaft einzutreten.<sup>268</sup> Zwar läßt sich die Herausbildung der Rot-Kreuz-Schwester als charakteristisch für die Veränderung der Krankenpflege als "christliche Liebestätigkeit" hin zu einem bürgerlichen Beruf deuten.<sup>269</sup> Gegenüber den konfessionellen Mutterhausorganisationen bildeten die Zahlung von Lohn und der Aufbau einer Schwestern-Pensionsanstalt<sup>270</sup> Abstufungen hin zur Berufstätigkeit. Zugleich wurde jedoch durch das Mutterhausmodell und den Anspruch eines christlichen Fundaments die Entwicklung der Krankenpflege zu einem "freien" Beruf und eine Säkularisierung verzögert.

Die beiden vorgestellten Beispiele zeigen, daß das, was außerhalb kirchlicher Organisationen bis zu den 1880er Jahren von Verbänden und Kommunen geleistet werden konnte, nur eine begrenzte Wirkung entfaltete. Dies galt auch für das Vorhaben, die neue Zielgruppe, gebildete Frauen aus bürgerlichen Kreisen, für die Krankenpflege außerhalb der konfessionellen Schwesternschaften zu gewinnen. Daher richtet sich der Blick erneut auf den preußischen Staat: Was leistete er bis zu den 1880er Jahren für die Etablierung des Krankenpflegeberufs?

---

<sup>268</sup> Vgl. RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 100f.

<sup>269</sup> Dies behauptet RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 26.

<sup>270</sup> Vgl. CHUCHUL (1910), Der Verband Deutscher Krankenpflegeanstalten vom Roten Kreuz, S. 51.

## II.3. Das Scheitern einer staatlich geförderten "weltlichen" Krankenpflege in den 1870er Jahren<sup>271</sup>

### II.3.1. Die Initiativen der Bezirksregierung Düsseldorf und des Apothekers Lehfeldt

Die preußische Regierung befaßte sich mit der Krankenpflege erneut, als nach den Einigungskriegen zwischen 1873 und 1877 erneut eine Krisensituation auftrat. Der Kulturkampf in Preußen überschneidet sich mit der letzten Choleraepidemie des 19. Jahrhunderts. Die Cholera führte den Mangel an geschultem Krankenpflegepersonal wie bereits zuvor 1866 im Jahr 1873 erneut vor aller Augen. Wiederum wurde die Frage akut, inwieweit die preußische Regierung das Krankenpflegewesen reformieren und selbst dafür Verantwortung übernehmen sollte.

Mit Blick auf den Kulturkampf wollen wir uns an dieser Stelle zunächst die Handlungsoptionen vergegenwärtigen, die sich die preußische Regierung durch das Gesetz über die Orden und Kongregationen der katholischen Kirche von 1875 hatte einräumen lassen. Die preußische Regierung hielt sich alle Optionen für den Umgang mit katholischen Krankenpflegeverbänden offen. In den Motiven zum Gesetzesentwurf wurden zur Begründung der zunächst eingeräumten Tolerierung die "rühmenswerten Leistungen ... insbesondere auch in den letzten Kriegen" genannt. Außerdem gebe es Niederlassungen, die innerhalb der Schranken der Erfüllung der Nächstenliebe geblieben seien und es vermieden hätten, daneben auch der Förderung klerikaler Interessen zu dienen.<sup>272</sup> Kultusminister Adalbert Falk (1827-1900) begründete die Tolerierung zudem mit der Argumentationsfigur: Von denjenigen Orden, die sich ausschließlich der Krankenpflege widmeten, erwachse dem Staat die geringste Gefahr, denn "ihr ernstes Tagewerk nimmt im Großen und Ganzen die Kraft des Einzelnen so in Anspruch, daß sie für andere Zwecke wesentlich nicht mehr ausreicht."<sup>273</sup> Mit der Tolerierung gewann zunächst der Nutzen für Staat, Bevölkerung und Truppen die Oberhand über die Bekämpfung einer als feindlich angesehenen Weltanschauung. Andererseits war ein Verbot durch königliche Verordnung jederzeit möglich, sofern der Aufbau einer nichtkatholischen

---

<sup>271</sup> Siehe zu diesem Kapitel meine Veröffentlichung SCHWEIKARDT (2008), Cholera and Kulturkampf; Verwendung mit freundlicher Genehmigung der Springer Publishing Company.

<sup>272</sup> Motive zum Entwurf eines Gesetzes, betreffend die geistlichen Orden und ordensähnlichen Kongregationen der katholischen Kirche, S. 1839.

<sup>273</sup> Stenographische Berichte, Preußisches Herrenhaus, 22.05.1875, S. 377.

Alternative im Krankenpflegewesen gelingen sollte. Von besonderem Interesse ist daher, welche Politik die preußische Regierung in diesem Zusammenhang in die Wege leitete und welcher Erfolg ihr damit beschieden war.

Zwei Initiativen überschnitten sich hierbei, nämlich der Versuch der Bezirksregierung Düsseldorf, die Krankenpflege als Erwerbstätigkeit neben den Ordensschwwestern und Diakonissen zu etablieren, und eine Petition des Apothekers Lehfeldt aus Berun in Oberschlesien.

Daß der Versuch der Bezirksregierung Düsseldorf im Jahr 1875, auf dem Höhepunkt des Kulturkampfes, in einer Vorreiterrolle die Krankenpflege als säkularen Beruf in ihrem Bezirk zu etablieren, weltanschaulich motiviert war, zeigt die Begründung ihres Vorgehens: Notgedrungen, so führte sie aus, mußte in nicht wenigen Armen-, Kranken- und Waisenhäusern die Leitung und Pflege an Orden und dergleichen übergeben werden, weil die Beschaffung eines anderweitig ausgebildeten Pflegepersonals nicht möglich gewesen sei. Nur einige der größeren städtischen Kranken- und Wohltätigkeitsanstalten hätten es vermocht, sich ihre Unabhängigkeit hinsichtlich der Leitung und der Pflege zu bewahren.<sup>274</sup>

Hierzu erließ die Bezirksregierung eine Ausbildungsordnung und stellte an den kommunalen Krankenhäusern in Krefeld und Elberfeld Ausbildungsplätze bereit. Die Bestimmungen über das Befähigungszeugnis von 1875 orientierten sich an denen für die Heilgehilfen und setzte dem Krankenpflegepersonal ebenfalls enge Grenzen bei den Kompetenzen. Auf die Folgen von Kurpfuscherei wurde explizit hingewiesen: Das Befähigungszeugnis wurde unter der ausdrücklichen Voraussetzung erteilt, daß der Inhaber bei Ausübung der Krankenpflege sich innerhalb der gesteckten Grenzen der erworbenen Befähigung halte und sich namentlich mit dem selbständigen Kurieren von Krankheiten nicht befasse. Bei Überschreitung dieser Grenzen werde eventuell das Befähigungszeugnis und das Recht, sich als "geprüfter Kranken-Pfleger resp. Pflegerin" bezeichnen zu dürfen, aberkannt werden.

Vorgesehen war eine staatliche Prüfung nach einer Ausbildung von mindestens 5 bis 6 Monaten. Dem Kreisphysikus war die Aufgabe übertragen worden, die Vorkenntnisse für die Ausbildung – "geläufiges Lesen, Schreiben und Rechnen" – abzu prüfen. Ebenso mußte vorab ein Zeugnis der Ortsbehörde über Unbescholtenheit und gute sittliche Führung beigebracht werden.

---

<sup>274</sup> Extra-Beilage zum 33. Stück des Amtsblattes der Königlichen Regierung zu Düsseldorf. Ausbildung von geprüften Kranken-Pflegern und Pflegerinnen im Regierungs-Bezirk Düsseldorf, S. 337.

Die Düsseldorfer Bestimmungen nahmen gleichsam die spätere formelle Einordnung der Krankenpflege in das durchgegliederte preußische Medizinalwesen vorweg. Dies zeigt das Ergebnis einer der ersten Prüfungen. Einer der ersten Prüflinge nach dem neuen Düsseldorfer Reglement war 1876 Carl Eisermann. Ihm wurde bescheinigt, daß er, nachdem er ohne einschlägige Vorkenntnisse in die Krankenpflegeausbildung eingetreten war, sich innerhalb der letzten acht Monate die benötigten Kenntnisse angeeignet habe. Für die staatliche Anerkennung als Heilgehilfe müsse er jedoch noch die erforderliche Geschicklichkeit erlangen.<sup>275</sup> Der Wert des Krankenpflegeexamens war also geringer als der des Heilgehilfenexamens, und die Bedingungen für das Ablegen des Krankenpflegeexamens waren weitgehend an die staatlichen Regelungen für das Heilgehilfenexamen angepaßt. Gleichzeitig bot das Düsseldorfer Modell die Möglichkeit, diese Vorgehensweise auf die anderen Bezirke zu übertragen.

Die zweite Initiative kam aus Oberschlesien. Im Regierungsbezirk Oppeln erkrankten zwischen dem 11. Juni 1873 und dem 7. September 1873 867 Personen, von denen fast die Hälfte verstarb.<sup>276</sup> Angesichts der Überforderung der lokalen Medizinalbehörden sandte der Apotheker Lehfeldt aus Berun am 22. Februar 1874 eine Eingabe zur Reform des Krankenpfliegewesens an den Reichskanzler, die dem zuständigen preußischen Kultusministerium vorgelegt wurde. Dieses beschied ihn, eine Petition an das preußische Abgeordnetenhaus zu richten.<sup>277</sup> Lehfeldt wies auf die bereits 1866 zutage getretene Überforderung der Sanitätsbehörden und auf die notwendigen Hygienemaßnahmen nach Ausbruch einer Epidemie hin. Seine Kernforderung lautete, "kräftige, nüchterne und unerschrockene Männer" auf Staatskosten an den Universitäten auszubilden und in die Epidemiegebiete zu schicken. Man solle ihnen für die Zeit, die sie in diesen Anstalten zu ihrer Ausbildung zubringen müßten, Mittel aus Staatsfonds gewähren, und ihnen, nachdem sie zur Krankenpflege voll qualifiziert seien, ihre jährliche Besoldung aus Kreismitteln ausweisen.<sup>278</sup>

---

<sup>275</sup> Düsseldorf, Hauptstaatsarchiv, Regierung Düsseldorf, Nr. 8089, Bl. 10, Protokoll über das Examen Carl Eisermann, 12.07.1876.

<sup>276</sup> Summarische Uebersicht über den Stand der Cholera in Preussen. In: Berliner Klinische Wochenschrift 10 (1873), S. 483.

<sup>277</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 88.

<sup>278</sup> Berlin, GStA, PK, I. HA, Rep. 76 VIII A, Nr. 650, Bd. 1, Bl. 1a-4b, an das preußische Kultusministerium weitergeleitete Eingabe von Lehfeldt an den Reichskanzler vom 22.02.1874. Schreiben von Lehfeldt an das preußische Kultusministerium vom 03.04.1875, Bl. 35a-37a, hier Bl. 35a-36a.

Oberschlesien dürfte keineswegs das am schlechtesten mit geschultem Krankenpflegepersonal versorgte Gebiet gewesen sein. Die erste reichsweite Statistik über das Krankenpflegepersonal von 1876 gibt – bei aller Problematik<sup>279</sup> – hierfür Hinweise. Sie wies für den Bezirk Oppeln 302 ausgebildete Krankenpflegerinnen aus. Bei einer Einwohnerzahl von rund 1,38 Millionen Menschen kam statistisch eine ausgebildete Krankenpflegeperson auf 4.557 Einwohner. Diese Relation war in anderen östlichen Provinzen wie Gumbinnen noch schlechter. Ordensangehörige stellten mit 241 Schwestern vier Fünftel dieses Personals, während Diakonissen mit 17, Angehörige anderer Genossenschaften und Vereine mit 36 und frei praktizierende mit 8 Krankenpflegepersonen dahinter deutlich zurückfielen.<sup>280</sup> Die Statistik läßt sich nur eingeschränkt verwerten, da nur "Frauen mit einer gewissen Vorbildung" erfaßt worden waren, während Männer und unqualifiziertes Wartepersonal aus der Statistik herausfielen. Dennoch läßt sich folgern, daß die Hauptlast der qualifizierten Krankenpflege in Oppeln von katholischem Ordenspersonal getragen wurde.

Dem Vorschlag Lehfeldts konnte das preußische Kultusministerium zu Beginn wenig abgewinnen, da bei der Beurteilung der Petition zunächst finanzielle gegenüber fachlichen Gesichtspunkten Vorrang hatten. Bereits vor der Diskussion in der Petitionskommission des preußischen Abgeordnetenhauses erteilte es Lehfeldt den Bescheid, daß es "mit dem Gedanken sich wohl einverstanden erklären könne, auch die Nothwendigkeit eines solchen Vorgehens anerkenne", daß es "aber dem Projekt, weil zu theuer, nicht näher zu treten vermöge."<sup>281</sup> Im Kultusministerium war man nämlich zu der Erkenntnis gelangt, daß die Ausbildung von Krankenpflegepersonal "eine sehr erhebliche Summe von Geldmitteln" erfordern würde – für den Bau eigener Krankenpflegeschulen, d. h. von Wohngebäuden für eine angemessene Zahl von Pflegern, für Unterhalt und Verpflegung, die Bereitstellung von Krankenanstalten zur theoretischen und praktischen Ausbildung der Schüler und die Fürsorge für die weitere Verwendung bzw. Unterbringung der in ihrer Zahl jährlich zunehmenden ausgebildeten und geprüften Krankenpfleger.<sup>282</sup>

---

<sup>279</sup> Zur Problematik der reichsweiten Statistiken des 19. Jahrhunderts über die Gesundheitsberufe siehe unten, Kapitel II.4.1.

<sup>280</sup> Berechnungen nach: Die Aerzte und das medizinische Hülfpersonal 1876, hier S. 20.

<sup>281</sup> Aktenstück No. 174 B. In: Haus der Abgeordneten, Anlagen zu den Stenographischen Berichten, 1875, Bd. 2, S. 1369.

<sup>282</sup> Berlin, GStA, PK, I. HA, Rep. 76 VIII A, Nr. 650, Bl. 25a-26b, Förmliche Auskunft Dr. Housselle zur Petition II.210, 26.02.1875.

Das Kultusministerium versuchte, gegenüber der Petitionskommission den Eindruck zu erwecken, daß kein dringender Handlungsbedarf für den Staat bestehe: Klagen über einen Mangel oder einen Notzustand in dieser Beziehung seien bei der Staatsregierung bisher nicht eingegangen. Die bisherige Untätigkeit der Regierung auf diesem Gebiet wurde mit Hinweis auf die konfessionelle Krankenpflege kaschiert: Namentlich in Oberschlesien werde Privatkrankenpflege mit methodischer Vorbildung sowohl in einzelnen Familien als auch bei Epidemien durch die auch in Oberschlesien verbreiteten Barmherzigen Brüder und Schwestern geleistet. Von evangelischer Seite werde ihr durch die in allen Provinzen gegründeten Diakonissenhäuser und deren Delegationen umfangreich Rechnung getragen. Angesichts der Tatsache, daß es außer der Charité keine anderen vom Staat direkt oder indirekt subventionierten Krankenwärterschulen gab, blieb dem Kultusministerium nur die Mitteilung, mit den 80 bis 90 Charité-Schülern pro Jahr werde nicht allein der Bedarf an Krankenwärtern und Krankenwärterinnen an der Charité vollkommen gedeckt, sondern es würden auch eine erhebliche Zahl geprüfter Personen gewonnen, die bereit seien, sich der Privatkrankenpflege in der Stadt zu widmen. Ähnliche Krankenwärterschulen wie an der Charité könnten in den Provinzen von der Staatsregierung nicht gegründet werden, da dort größere Krankenanstalten zu diesem Zweck nicht zur Verfügung stünden. Die Universitäten seien für die Übernahme der Krankenpflegeausbildung nicht geeignet.<sup>283</sup>

Allerdings überzeugte das Kultusministerium mit seiner Argumentation die Petitionskommission nicht. Diese stellte den Antrag an das Haus der Abgeordneten, die Petition "der Königlichen Staatsregierung mit der Aufforderung zu überweisen, für die Heranbildung von Krankenpflegern durch Staatliche Subventionierung dazu geeigneter Anstalten reichlicher als bisher Fürsorge zu treffen."<sup>284</sup> Am 5. Mai 1875, unmittelbar vor der Beratung der Ordensgesetze am 7. und 8. Mai 1875, wurde im Abgeordnetenhaus die Petition mit Mehrheit angenommen.<sup>285</sup> Die preußische Regierung hatte damit einen Handlungsauftrag.

---

<sup>283</sup> Aktenstück No. 174 B. In: Haus der Abgeordneten, Anlagen zu den Stenographischen Berichten, 1875, Bd. 2, S. 1370.

<sup>284</sup> Aktenstück No. 174 B. In: Haus der Abgeordneten, Anlagen zu den Stenographischen Berichten, 1875, Bd. 2, S. 1371.

<sup>285</sup> Stenographische Berichte, Haus der Abgeordneten, 1875, Sitzung am 05.05.1875, S. 1725.

### *II.3.2. Das Scheitern der Reformversuche des preußischen Kultusministeriums*

Bis 1876 wandelte sich die Haltung des Kultusministeriums. Die angeforderten Berichte der Bezirksregierungen veranlaßten es, die staatliche Unterstützung der Ausbildung von weltlichem Krankenpflegepersonal weiterzuverfolgen:

"Denn daß ein Bedürfnis zur Ausbildung weltlicher Krankenpfleger u Krankenpflegerinnen entstanden sei, kann nicht geleugnet werden. Es ist in den Fabrik. u Industriebezirken geradezu ein schreiendes zu nennen ... Die Sorge, daß es an entsprechenden Persönlichkeiten fehlen werde, darf nicht abschrecken."<sup>286</sup>

Das preußische Kultusministerium stufte die Krankenpflege als niedrig qualifizierte Tätigkeit mit geringem Ausbildungsbedarf ein. Wie an der Charité praktiziert, veranschlagte es die Förderungsdauer auf drei Monate. Dies stieß auf die Kritik der Universitätskliniken Königsberg und Marburg. Die chirurgische Klinik in Königsberg wies darauf hin, daß eine Zeitdauer von 3 Monaten zur Ausbildung auch nur mittelmäßiger Krankenwärter nicht als ausreichend zu erachten sei. Marburg schlug vor, daß die Schüler nacheinander 3 Monate in der chirurgischen und 3 Monate in der medizinischen Klinik unterrichtet werden sollten.<sup>287</sup> Der Bericht aus Marburg brachte auch die wesentlichen Kritikpunkte nochmals auf den Punkt: Es gelte, aufgrund der geringen Attraktivität des Berufs Anreize für das Wartepersonal zu schaffen. Wenn die Anstellung eines neuen Wärters nötig sei, sei es fast niemals möglich, einen bereits eingeübten Wärter zu erhalten. Man habe Mühe genug, einen Anfänger zu finden, der geeignet erscheine, den Dienst in befriedigender Weise zu erlernen. Da der Dienst eines Krankenwärters nur wenig Gehalt und keine Aussicht auf dauernde Versorgung mit sich bringe, werde dies wohl immer so bleiben, wenn nicht größere Vorteile mit dem Erlernen oder Ausüben der Krankenpflege verbunden seien als bisher. Wo nicht besondere religiöse Beweggründe oder eine patriotische Aufregung in Kriegszeiten mitwirkten, werde man ohne Prämien keine Schüler in hinreichender Zahl anziehen können. Notwendig

---

<sup>286</sup> Berlin, GStA, PK, I. HA, Rep. 76 VIII A, Nr. 650, Zusammenstellung der auf die Zirkularverfügung vom 14.02.1876 eingegangenen Berichte der Königlichen Regierungen und Landdrosteien, die Ausbildung von weltlichen Krankenpflegern durch staatliche Subventionierung betreffend, 15.10.1876. Randnotiz vom 18.10.1876. Bl. 164a-b, hier Bl. 164a.

<sup>287</sup> Berlin, GStA, PK, I. HA, Rep. 76 VIII A, Nr. 650, Zusammenstellung der Berichte, Bl. 141b.

seien die zeitweise Anstellung überzähliger Krankenwärter an den Kliniken und eine Vergütung, die es erlaube, auch nur einen einzigen solchen Lehrgehilfen anzuwerben.<sup>288</sup>

Bis zum Oktober 1876 wurden Vorarbeiten von Seiten des Kultusministeriums in die Wege geleitet und hierbei mehrere Optionen ins Auge gefaßt: Es stellte den Erlaß einer Ausbildungsordnung nach dem Vorbild der Bezirksregierung Düsseldorf den Bezirken anheim. Erwogen wurden die Förderung der Rot-Kreuz-Vereine durch den Staat, die Ausbildung an Stadt-, Kreis- und Universitätskrankenhäusern sowie die Heranziehung der Armenverbände zur Ausbildung von Krankenpflegepersonal. Die Pläne erfuhren allerdings auf allen Ebenen wenig Unterstützung.

Nur wenige Bezirke führten eine Ausbildungsordnung nach Düsseldorfer Vorbild ein, während dies von der Mehrzahl der Bezirke abgelehnt wurde. So verzichtete das Kultusministerium darauf, eine landesweit verbindliche Regelung zu treffen. Die konfessionellen Verbände hatten kein Interesse daran, die eigene Konkurrenz auf dem Krankenpflegesektor auszubilden. Sie lehnten die Ausbildung von weltlichem Krankenpflegepersonal mit dem Verweis auf ihre Statuten ab. Für einen eventuellen Unterricht standen den Bezirksregierungen daher fast nur städtische und Kreiskrankenhäuser zur Verfügung. Als entscheidend sollte sich erweisen, daß staatliche und städtische Anstalten die Übernahme der entstehenden Kosten durch die preußische Regierung forderten. Auf Seiten der Universitäten bestand allerdings auch dann nur eine geringe Bereitschaft, Krankenpflegeschüler aufzunehmen und wenige Plätze in den Kliniken in Bonn, Göttingen, Kiel, Greifswald, Marburg und Königsberg bereitzustellen.<sup>289</sup>

Im Regierungsbezirk Oppeln, von wo aus Lehfeldt seine Petition gestartet hatte, wurde zwar von der Bezirksregierung am 15. Juni 1877 ein entsprechendes Reglement erlassen, das die Ausbildung von Krankenwägtern im Sinne Lehfeldts zum Inhalt hatte,<sup>290</sup> doch auch dort wurde kaum weltliches Krankenpflegepersonal ausgebildet. In Beuthen wurden in den sechs Jahren zwischen 1880 und 1885 vier Gefängnisaufseher und eine

---

<sup>288</sup> Berlin, GStA, PK, I. HA, Rep. 76 VIII A, Nr. 650, Schreiben der Universitätsklinik Marburg an das Kultusministerium vom 16.10.1875, Bl. 137ab.

<sup>289</sup> Berlin, GStA, PK, I. HA, Rep. 76 VIII A, Nr. 650, Zusammenstellung der von Direktoren sämtlicher Universitätskliniken über die Heranbildung von Krankenpflegern unter dem 14.06.1875 angeforderten Berichte, Bl. 139a-141b, hier Bl. 140b.

<sup>290</sup> Berlin, GStA, PK, I. HA, Rep. 76 VIII A, Nr. 650, Amts-Blatt der Königlichen Regierung zu Oppeln. Bekanntmachung, betreffend die Ausbildung geprüfter Krankenpfleger und -Pflegerinnen im Regierungsbezirk Oppeln, 02.06.1877, Bl. 192a-194b.



Aufseherin, in Gleiwitz eine Hebamme und eine Glasermeisterfrau unentgeltlich in der Krankenpflege ausgebildet.<sup>291</sup>

Auch das Scheitern der Düsseldorfer Initiative war innerhalb kurzer Zeit absehbar. Bereits der 1876 an das preußische Kultusministerium gesandte Bericht der Düsseldorfer Bezirksregierung dokumentierte, daß die gewerbliche Krankenpflege gegenüber der konfessionellen nicht konkurrenzfähig war. So führte der Bericht aus: Nur die beiden Krankenhäuser in Krefeld und Elberfeld seien zur Ausbildung bereit und geeignet. Auch bei kostenloser Ausbildung bestehe kaum Interesse auf Seiten potentieller Bewerber, da andere Berufe bessere Erwerbsmöglichkeiten böten. Lediglich in Krefeld würden zwei Personen ausgebildet. Für die beiden Freistellen des städtischen Krankenhauses von Elberfeld und im Hospital des Elberfelder Vaterländischen Frauenvereins gebe es dagegen keine Anmeldungen. In der Düsseldorfer Privatpflege seien bei schweren Krankheitsfällen barmherzige Schwestern das einzige geeignete Personal, und diese leisteten stets bereitwillig Hilfe – im wohlverstandenen Eigeninteresse, wie der Bericht hervorhob. Ein Bedarf an männlichen Krankenpflegern bestehe nicht, da alle Heildiener auch einen Kursus in der Krankenpflege absolvierten und vielfach bei schwereren Krankheitsfällen Hilfe leisteten. In der Öffentlichkeit sei die gewerbliche Krankenpflege im Gegensatz zu der von Ordensschwestern und Diakonissen nicht anerkannt.<sup>292</sup>

Bis zur Mitte der 1880er Jahre hatte sich daran wenig geändert. Die Statistik für die sechs Jahre von 1880 bis 1885 für den Regierungsbezirk Düsseldorf bestätigt, daß dort trotz angebotener Freistellen kaum Krankenpflegepersonal ausgebildet wurde. Am Städtischen Krankenhaus in Elberfeld wurden ein Mann und neun Frauen auf städtische Kosten ausgebildet, im Städtischen Krankenhaus in Krefeld sechs Männer und vier Frauen auf eigene Kosten,<sup>293</sup> also durchschnittlich weniger als vier Personen pro Jahr im gesamten Bezirk.

Entscheidend für das Scheitern war letztendlich, daß das Finanzministerium eine dauerhafte Finanzierung durch den preußischen Staat kategorisch ablehnte. Eine außerordentliche Beihilfe aus Staatsfonds würde Fällen äußerster Not zur Berücksichtigung auf besonderen Bericht in jedem einzelnen Falle vorbehalten sein. Zudem erklärte das Finanzministerium seine Ablehnung zur Grundsatzentscheidung: Es vermöge auch nach

---

<sup>291</sup> GUTTSTADT (1886), Die freie Liebesthätigkeit, S. 180f.

<sup>292</sup> Berlin, GStA, PK, I. HA, Rep. 76 VIII B, Nr. 1550, Schreiben der Regierung Düsseldorf an das preußische Kultusministerium vom 11.01.1876, Bl. 4a-7b.

<sup>293</sup> GUTTSTADT (1886), Die freie Liebesthätigkeit, S. 180f.

nochmaliger Erwägung nicht anzuerkennen, daß es notwendiger- oder natürlicherweise dem Staate obliege oder zukomme, mit Aufwendung besonderer Geldmittel für das Vorhandensein eines zur Bekämpfung solcher Epidemien ausreichenden Pflegepersonals zu sorgen. Es handle sich um eine völlig neue Anforderung, für welche eine gesetzliche Basis fehle. Es sei auch nicht nachgewiesen oder ohne weiteres anzunehmen, daß andere und näher interessierte Kreise außerstande wären, das Geeignete vorzukehren.<sup>294</sup>

Die fehlende gesetzliche Verankerung der Krankenpflege als Heilberuf im Zusammenspiel mit der politischen Nachrangigkeit der Krankenpflege aus Sicht des Finanzministeriums führten zu einer bis heute weiterwirkenden Richtungsentscheidung, die die Krankenpflege den Verbänden und Kommunen überließ. Ein unmittelbarer Zusammenhang mit der Bereitstellung von Geldmitteln für Lehrerinnenseminare, um die katholische Kirche im Zuge des Kulturkampfes aus dem Elementarschulwesen hinauszudrängen, läßt sich nur vermuten. Auf jeden Fall kritisierte der Medizinalbeamte Otto Rapmund (1845-1930) im Jahr 1908, das öffentliche Gesundheitswesen sei das Stiefkind des Kultusministeriums gewesen. Während der Unterrichtsabteilung des Kultusministeriums mit anerkannter Freigiebigkeit die verlangten Mittel zur Verfügung gestellt worden seien, habe sich auf dem Gebiet des staatlichen Gesundheitswesens die größte Sparsamkeit sowie das Bestreben geltend gemacht, die für gesundheitliche Maßregeln entstehenden Kosten möglichst auf die Provinzen, Kreise und insbesondere die Gemeinden zu übertragen.<sup>295</sup> Im Konflikt zwischen den zur Verfügung gestellten ökonomischen Ressourcen und der Notwendigkeit des Ausbaus des Gesundheitswesens wurde zu Ungunsten der Krankenpflege entschieden, ein Vorgang, der sich in der Gesetzgebung zwischen 1900 und 1906 wiederholen sollte.

Das Kultusministerium und die Petitionskommission befaßten sich mit Lehfeldts Anliegen unmittelbar vor der Verabschiedung der Gesetze zum Verbot der Orden im Mai 1875. Deshalb erscheint es plausibel, daß nicht nur das Kriegsministerium, sondern auch das Kultusministerium

---

<sup>294</sup> Berlin, GStA, PK, I. HA, Rep. 151 IC, Nr. 8938 [ohne Blatzzählung]: Schriftwechsel zwischen preußischem Kultusministerium und preußischem Finanzministerium von 1876/1877: Schreiben des preußischen Kultusministeriums vom 19.12.1876, Schreiben des Finanzministeriums vom 24.01.1877 [Konzept]; Schreiben des Kultusministeriums vom 27.06.1877; Schreiben des Finanzministeriums vom 28.08.1877 [Konzept].

<sup>295</sup> RAPMUND (1908), Die Entwicklung des Preussischen Medizinal- und Gesundheitswesens, S. 46f.

Toleranz gegenüber den Krankenpflegeorden aufgrund ihres Nutzens für den Staat befürwortete. Auf jeden Fall war die konfessionelle Krankenpflege Teil der Argumentationsstrategie des Kultusministeriums gegenüber der Petitionskommission. Das offenkundige Scheitern der entsprechenden Regierungsinitiative zum Aufbau einer "weltlichen" Krankenpflege ließ es nie dazu kommen, die Tolerierung aufzuheben, auch wenn die Überwachung der Orden bis zum Ende der Monarchie weitergeführt wurde.

Nach den deutschen Einigungskriegen zwischen 1863 und 1871, in denen Orden und Diakonie einen wesentlichen Beitrag zur Kriegskrankenpflege leisteten,<sup>296</sup> führte die preußische Kulturkampfgesetzgebung zu einer wichtigen Weichenstellung. Das "Gesetz betreffend die Orden und ordensähnlichen Kongregationen der katholischen Kirche" vom 31. Mai 1875 verbot katholische Orden und ordensähnliche Kongregationen auf dem Territorium Preußens. Allerdings nahm es Gemeinschaften, die sich ausschließlich der Krankenpflege widmeten, vom Verbot aus. Zentrumsabgeordnete waren davon überzeugt, daß Kriegsminister Georg von Kameke (1816-1893) die Krankenpflegeorden als unentbehrlich im Kriegsfall bezeichnet hatte.<sup>297</sup> Auch Kaiserin Augusta, die im Jahr 1866 den Frauenlazarettverein für adlige Frauen ins Leben gerufen hatte,<sup>298</sup> hatte sich für die Krankenpflegeorden eingesetzt.<sup>299</sup>

Die relativ breiten Ansätze der privaten kirchlichen bzw. religiös motivierten Sozialarbeit wurden durch den Kulturkampf in Preußen weitgehend auf die eigentliche Krankenpflege reduziert,<sup>300</sup> während gleichzeitig eine vollständige Verdrängung aus dem Elementarschulwesen stattfand.<sup>301</sup> 1906 beschäftigten sich mehr als zwei Drittel der in Orden und Kongregationen lebenden Frauen mit der Krankenpflege als Haupttätigkeitsgebiet, während 11,3% mit der "Übung der christlichen Nächstenliebe" und 8,2% mit der höheren Mädchenbildung befaßt waren.<sup>302</sup>

---

<sup>296</sup> Vgl. BRINKMANN (1867), S. 88-91.

<sup>297</sup> Vgl. BACHEM (1927), Vorgeschichte, Geschichte und Politik der deutschen Zentrumspartei, S. 307. KIBLING (1916), Geschichte des Kulturkampfes im Deutschen Reiche, Bd. 3, S. 64, führt ebenfalls aus, die krankenpflegenden Kongregationen hätten eine vergleichsweise mildere Behandlung gefunden, weil sie für die Pflege verwundeter Soldaten im Fall eines Kriegs benötigt wurden.

<sup>298</sup> Vgl. GUTTSTADT (1886), Die freie Liebesthätigkeit, S. 95.

<sup>299</sup> MOHL (1921), Fünfzig Jahre Reichsdienst, S. 65.

<sup>300</sup> SACHSE/TENNSTEDT (1980), Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 1, S. 227.

<sup>301</sup> MEIWES (2000), "Arbeiterinnen des Herrn", S. 296f.

<sup>302</sup> MEIWES (2000), "Arbeiterinnen des Herrn", S. 308.

Als *Fazit* läßt sich feststellen, daß bis zum Ende der ersten Phase seit dem Beginn der Einigungskriege, also bis zur Mitte der 1880er Jahre, von Seiten des preußischen Staates sehr wenig geleistet wurde, nicht einmal unter dem doppelten Druck von Cholera und Kulturkampf. Erwähnenswert ist dabei, daß sich drei preußische Ministerien, das Kultusministerium, das Kriegsministerium und das Finanzministerium, mit der Krankenpflege befaßten. Die unterschiedlichen Interessen innerhalb der preußischen Regierung führten zu einem Kompromiß, der zur Tolerierung der katholischen Orden und zu einer beginnenden Institutionalisierung der Krankenpflegeausbildung in einzelnen Bezirken führte. Das Kultusministerium befand sich in der Auseinandersetzung mit den anderen beiden Ministerien in einer schwachen Position, was sich bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts nicht geändert hatte. Dies gilt insbesondere für die Position des Finanzministeriums, das es kategorisch ablehnte, die Krankenpflegeausbildung als staatliche Aufgabe anzuerkennen und damit dauerhaft zu finanzieren. Diese Haltung wurde ermöglicht durch das Scheitern früherer Versuche, die Krankenpflege als Heilberuf zu etablieren, womit erneut eine langfristige negative Konsequenz fehlender rechtlicher Verankerung in den Strukturen des preußischen Medizinalwesens zutage tritt.

Für die katholischen Orden war es naheliegend, die durch die Schwäche des preußischen Kultusministeriums und das Scheitern des Aufbaus einer attraktiven "weltlichen" Alternative hervorgerufenen Handlungsspielräume zu nutzen und ihre Sozialarbeit auf die Krankenpflege auszurichten. Bescheidene Ansätze einer Institutionalisierung der Krankenpflegeausbildung in einzelnen Bezirken stellten einen weiteren Schritt in Richtung auf einen Beruf mit Mindeststandards und gleichzeitig einen Säkularisierungsprozeß dar. Dem steht als nicht beabsichtigte Folge des Kulturkampfes eine verstärkte Konfessionalisierung der Krankenpflege gegenüber. Gegenüber dem Volksschullehrerinnenberuf vollzog sich eine gegenläufige Entwicklung. Die verstärkte Präsenz katholischer Orden auf dem Gebiet der Krankenpflege sollte auf längere Sicht ein stärkeres Gewicht des preußischen Episkopats in späteren berufspolitischen Auseinandersetzungen nach sich ziehen.

Die Folgen der preußischen Regierungspolitik schlugen sich auch in den Statistiken über die Gesundheitsberufe nieder. Für die Mitte der 1880er Jahre gibt es erstmals verlässlichere Zahlenangaben über die Krankenpflege in Preußen. Daher wurde die preußische Statistik von 1885 mit den beiden reichsweiten Erhebungen über die Gesundheitsberufe von 1876 und 1887 verglichen.

## II.4. Die Entwicklung der Krankenpflege bis zu den 1880er Jahren

### II.4.1. Statistische Gegebenheiten

Die Feststellung von Reinhard Spree, daß Probleme der Erfassung, der Abgrenzung und der Systematisierung eine statistische Berichterstattung über die Entwicklung des Krankenhauswesens vor 1876 fast unmöglich machen,<sup>303</sup> gilt auch für die Krankenpflege. Allerdings gibt es im Hinblick auf die Zeit vor dem 1. Weltkrieg für die statistische Erfassung der Krankenpflege in Preußen zudem eine Anzahl gravierender Probleme, die speziell die Krankenpflege betreffen. Dies betrifft sowohl die Klassifizierung als auch die Genauigkeit der Erhebungen.

Zwar ließen sich Angehörige von konfessionellen Mutterhausorganisationen und des Roten Kreuzes gegenüber dem nicht formell qualifizierten oder nebenberuflich in der Krankenwartung tätigen Personal vergleichsweise leicht erfassen. Inwieweit jedoch bei Ordensangehörigen von Orden und Diakonie alle Angehörigen eines Mutterhauses oder nur ein Teil gezählt wurde – bzw. auf katholischer Seite die Ordensleitung ein Interesse daran haben mußte, alle Schwestern unter der im Kulturkampf tolerierten Rubrik Krankenpflege zu klassifizieren, wobei die Krankenpflege zwar ein überragend wichtiges, aber keineswegs das einzige Tätigkeitsfeld der christlichen Verbände darstellte –, muß nach dem jetzigen Forschungsstand offenbleiben.

Ein weiteres Problem bildete die Abgrenzung geschulten bzw. "berufsmäßigen" Krankenpflegepersonals von anderen Berufsgruppen, da Krankenwartung auch nebenberuflich von Angehörigen anderer Berufe vorgenommen wurde. Bis 1907 gab es in Preußen kein staatliches Examen, so daß die Frage, wer zum "berufsmäßigen" Krankenpflegepersonal zu zählen war, der subjektiven Einschätzung der jeweiligen Bearbeiter überlassen war. Somit muß offenbleiben, inwieweit angesichts des Fehlens eines staatlichen Qualifikationskriteriums bis 1907 Angehörige anderer Berufsgruppen im Krankenhaus wie Hausmeister und Dienstboten gezählt wurden, die nebenberuflich auch Tätigkeiten in der Krankenpflege ausübten.

Die Nachrangigkeit der Krankenpflege in den Augen der preußischen Regierung und ihre fehlende Zugehörigkeit zu den Heilberufen hatte auch zur Folge, daß in den jährlichen Berichten über das preußische Gesundheitswesen keine brauchbaren Zahlenangaben zum Krankenpflege-

---

<sup>303</sup> SPREE (1995), Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik, S. 75.

personal zu finden sind. Statistisch erfaßt wurden die Heilberufe, nicht die Krankenpflege. Deshalb hatte Wilhelm Horn es 1863 in seiner Darstellung des preußischen Medizinalwesens auch bei sehr allgemeinen Angaben zum Krankenpflegepersonal belassen.<sup>304</sup> Noch am Ende des Untersuchungszeitraums wurden in Preußen keine kontinuierlichen Daten über das Krankenpflegepersonal erhoben. Dementsprechend blieben die Angaben im Bericht über das Gesundheitswesen des Preußischen Staates noch 1919/1920 vage: "Die Angaben über die Zahl der Krankenpflegepersonen sind, da eine Meldepflicht nicht besteht, lückenhaft und wenig zuverlässig, in zahlreichen Berichten fehlen sie ganz."<sup>305</sup>

Somit bleiben statistische Auswertungen auf die reichsweiten Zählungen des Heilpersonals von 1876, 1887, 1898 und 1909 sowie eine preußische Zählung des Jahres 1885 angewiesen.<sup>306</sup> Bei den drei reichsweiten Zählungen im 19. Jahrhundert wurde nur das polizeilich gemeldete "freie" Krankenpflegepersonal erfaßt, so daß die Angaben in der Statistik als zu gering zu bewerten sind. 1876 wurde männliches Krankenpflegepersonal noch nicht miterfaßt und bei der Auswertung der ersten reichsweiten Erhebung offen zugegeben, daß die Datenerhebung nur wenig Genauigkeit und Zuverlässigkeit beanspruchen konnte:

"Frauen, die gegen Entgelt zur Krankenpflege herangezogen werden, sind in allen Theilen des Reiches vermuthlich in ziemlich grosser Zahl vorhanden. Zur Zählung sollten aber nur solche gezogen werden, welche eine Art Vorbildung für diese Pflege genossen haben; es sind also als frei praktizierende Pflegerinnen, wie anzunehmen, nur solche gezählt, welche nicht allein vorgebildet sind, sondern aus der Krankenpflege auch ein Gewerbe machen."<sup>307</sup>

Trotz all dieser methodischen Probleme, die bei Hummel und Helmerichs nicht adäquat diskutiert und berücksichtigt wurden, ergibt sich für die 1880er Jahre erstmals ein genaueres statistisches Bild über das Krankenpflegepersonal in Preußen, indem ein Vergleich der Zahlen von 1885 und

---

<sup>304</sup> Vgl. HORN (1857), Das preussische Medicinalwesen, 1. Theil, S. 46f.

<sup>305</sup> Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates in den Jahren 1919/1920, S. 171.

<sup>306</sup> Die Berufszählungen der Jahre 1882, 1895 und 1907 sind in diesem Zusammenhang nicht brauchbar, da in der Kategorie "Wartepersonal" Krankenpflegepersonal, Heilgehilfen und andere Berufsgruppen wie Waschfrau etc. zusammengefaßt wurden. Vgl. KAISERLICHES STATISTISCHES AMT (1884), Berufsstatistik nach der allgemeinen Berufszählung vom 5. Juni 1882, S. (27). KAISERLICHES STATISTISCHES AMT (1909), Berufsstatistik. Berufs- und Betriebszählung vom 12. Juni 1907, S. 126\*-127\*.

<sup>307</sup> Die Aerzte und das medizinische Hülfpersonal 1876, S. 10.

1887 für Preußen vorgenommen und die Statistik von 1876 in eine Abschätzung einbezogen wird.

Betrachten wir zunächst die auf weibliches Krankenpflegepersonal beschränkte Statistik von 1876.

	ausgebildete weibl. Krankenpflegerinnen <sup>308</sup>	frei praktizierend	andere Genossenschaften und Vereine	Diakonissen	Barmh. und andere Ordensschwestern
gesamt	5.226	427	327	1063	3.409
in Prozent	100%	8,2%	6,3%	20,3%	65,2%

**Tabelle 1: Gezählte ausgebildete weibliche Krankenpflegerinnen in Preußen 1876**

1876 wurden in Preußen insgesamt 5226 weibliche Krankenpflegerinnen gezählt. 65,2%, also fast zwei Drittel des gesamten vorgebildeten Personals, entstammten katholischen Orden und Kongregationen. Mit 20,3% folgten mit weitem Abstand die evangelischen Diakonissen. 6,3% gehörten anderen Genossenschaften und Vereinen an. Hierunter sind insbesondere Schwestern zu verstehen, die dem seit 1863 aufgebauten Roten Kreuz angehörten. 8,2% der Krankenpflegerinnen gehörten keiner Vereinigung an.<sup>309</sup>

Im Folgenden wurde die Gesamtzahl des erfaßten weiblichen Krankenpflegepersonals nach Provinzen aufgegliedert und in Beziehung zur Zahl der Ärzte und der Betten in Heilanstalten mit mindestens 10 Betten gesetzt.

<sup>308</sup> Die Aerzte und das medizinische Hülfpersonal 1876, S. 22.

<sup>309</sup> GUTTSTADT (1886), Die freie Liebesthätigkeit, S. 183.

Provinz	Einwohner am 1. Dezember 1875 <sup>310</sup>	Zahl der Ärzte <sup>311</sup>	erfaßte ausgebildete weibl. Krankenpflegepersonen <sup>312</sup>	Ärzte pro erfaßte Krankenpflegeperson	Zahl der Betten in Heilanstalten <sup>313</sup>	Betten pro erfaßte Krankenpflegeperson <sup>314</sup>
Preußen	3.199.171	576	206	2,8	6.180	30,0
Brandenburg	3.126.411	1.293	409	3,2	12.155	29,7
Pommern	1.462.290	360	92	3,9	3.079	33,5
Posen	1.606.084	277	108	2,6	2.424	22,4
Schlesien	3.843.699	965	871	1,1	11.312	13,0
Sachsen	2.168.988	673	136	4,9	4.316	31,7
Schleswig Holstein	1.073.926	403	55	7,3	3.733	67,9
Hannover	2.017.393	779	219	3,6	5.497	25,1
Westfalen	1.905.697	638	916	0,7	6.235	6,8
Hessen-Nassau	1.467.898	647	431	1,5	5.458	12,7
Rheinland	3.805.381	1.326	1.764	0,8	15.691	8,9
Hohenzollern	66466	26	19	1,4	230	12,1
<b>Preußischer Staat</b>	<b>25.742.404</b>	<b>7963</b>	<b>5.226</b>	<b>1,5</b>	<b>76.310</b>	<b>14,6</b>

**Tabelle 2: Gegenüberstellung des erfaßten ärztlichen und Krankenpflegepersonals sowie der Betten in den Heilanstalten in den preußischen Provinzen 1876**

Die großen Lücken in der Erfassung werden deutlich, wenn man sich durch konfessionelle Schwesternschaften kaum versorgte Provinzen und Regierungsbezirke ansieht und die Zahl der Ärzte sowie der Plätze in den Heilanstalten mit der Zahl der gezählten weiblichen Krankenpflegeperso-

<sup>310</sup> Die Aerzte und das medizinische Hülfspersonal 1876, S. 22.

<sup>311</sup> Die Aerzte und das medizinische Hülfspersonal 1876, S. 22.

<sup>312</sup> Errechnet nach: Die Aerzte und das medizinische Hülfspersonal 1876, S. 22.

<sup>313</sup> Berücksichtigt in der Statistik waren: Allgemeine Krankenanstalten mit öffentlichem Charakter, Allgemeine Krankenanstalten mit privatem Charakter und mindestens 10 Betten, Militärlazarette, Irrenheil- und -pflegeanstalten, Augen-Heilanstalten, Entbindungsanstalten, Orthopädische Anstalten, Andere Anstalten für spezifische Heilzwecke und Heilmethoden. Vgl.: Die Aerzte und das medizinische Hülfspersonal 1876, S. 35.

<sup>314</sup> Dieser rechnerische Wert berücksichtigt nicht, daß nicht alle Krankenpflegepersonen in Heilanstalten tätig waren. Er soll die Plausibilität der Untererfassung von Krankenpflegepersonal verdeutlichen.



nen in Beziehung setzt. "Private" Krankenanstalten wurden außerdem erst ab mindestens 10 Betten mitgezählt.

Im Regierungsbezirk Gumbinnen wurden 76 Ärzte und 27 Heilanstalten mit 792 Betten bzw. Plätzen gezählt, aber keine einzige Krankenpflegeperson.<sup>315</sup> In den Provinzen Schlesien, Westfalen und Rheinland mit starker katholischer Präsenz betrug die Zahl der erfaßten Krankenpflegepersonen annähernd die der Ärzte oder übertraf diese. In den östlichen Provinzen Preußen und Pommern und außerdem in Brandenburg ist die Zahl der erhobenen Krankenpflegepersonen im Vergleich zur erhobenen Bettenzahl besonders gering. Dasselbe gilt für die Provinzen Sachsen und Schleswig-Holstein, wo allerdings auch die Quote von Ärzten zu Krankenpflegepersonal zu wenig erfaßte Krankenpflegepersonen nahelegt. Stellt man in Rechnung, daß 1876 einer Gesamtzahl von 7.963<sup>316</sup> Ärzten in Preußen bzw. 13.728 Ärzten im Deutschen Reich lediglich 5.226 bzw. 8.681 erfaßte weibliche Krankenpflegepersonen gegenüberstanden, so wird deutlich, daß eine erhebliche statistische Lücke nicht erfaßten bzw. nicht ausgebildeten Personals besteht. Eine von den Zahlen für 1887 ausgehende grobe Schätzung für das Krankenpflegepersonal, die von einer ähnlichen Größenordnung wie die Entwicklung der Zahlen für Hebammen und Ärzte in Preußen 1876 und 1887 ausgeht, ergibt für 1876 eine Gesamtzahl in der Größenordnung von 10.000 beruflich tätigen Krankenpflegepersonen, von denen rund die Hälfte keinem Krankenpflegeverband angehörte.<sup>317</sup>

Gleichzeitig dokumentieren die ein Jahr nach der vorläufigen Tolerierung der katholischen Krankenpflegeorden auf dem Höhepunkt des Kulturkampfes erhobenen Zahlen, welche große zahlenmäßige Bedeutung die

---

<sup>315</sup> Die Aerzte und das medizinische Hülfspersonal 1876, S. 20, S. 33.

<sup>316</sup> Diese Zahl umfaßt nicht die an Anstalten beschäftigten Zivilärzte der Stadt Berlin, für die die Zahlen nicht ermittelt wurden. Vgl. Die Aerzte und das medizinische Hülfspersonal 1876, S. 22.

<sup>317</sup> Für die Abschätzung der Größenordnung des Zuwachses an Krankenpflegepersonal insgesamt lassen sich die Heilberufe der Ärzte und der Hebammen heranziehen, die beide approbiert werden mußten und daher sehr viel genauer statistisch erfaßt werden konnten. Zwischen 1876 und 1887 nahm die Zahl der Ärzte in Preußen von 7.963 auf 9.284 (Die Verbreitung des Heilpersonals 1889, S. 2\*), also um 16,6%, im Reich von 13.728 auf 15.824 (Die Verbreitung des Heilpersonals 1889, S. 6), also um 15,3%, zu, die Zahl der Hebammen in Preußen von 16.973 auf 19.137, also um 12,7%, im Reich von 33.134 auf 36.046 (Die Verbreitung des Heilpersonals, S. 18) zu, also um 8,8%. Eine Größenordnung eines Zuwachses von 15% x 9/11, da für das Krankenpflegepersonal die verlässlicheren Zahlen von 1885 statt 1887 herangezogen werden, ergibt bei einem Wert von 14.210 für 1885 eine Größenordnung von 10.000 Krankenpflegepersonen für 1876.

katholische Ordenskrankenpflege im Vergleich zu anderen Krankenpflegeorganisationen und im Vergleich zum Anteil an der katholischen Bevölkerung von rund einem Drittel an der Gesamtbevölkerung hatte.

Ein Vergleich der preußischen Erhebungen von 1885 mit der reichsweiten Zählung des Heilpersonals von 1887 erlaubt, für die Mitte der 1880er Jahre eine genauere Einschätzung von Umfang und Struktur der Krankenpflege in Preußen vorzunehmen. Die ersten verlässlicheren Zahlen stammen aus dem Jahr 1885. 1876 hatten die Königlichen Landratsämter die entsprechenden Zahlen erhoben.<sup>318</sup> Eine Erhebung des preußischen Kultusministeriums Ende 1885 umfaßte auch die Ausbildung der vergangenen sechs Jahre,<sup>319</sup> und das Königliche statistische Bureau ermittelte durch direkte Erhebungen die Zahlen für das Krankenpflegepersonal desselben Jahres.<sup>320</sup> Die Zahlen von 1885 und 1887 geben erstmals einen deutlicheren Einblick, wie es um die Mitte der 1880er Jahre zahlenmäßig um die Krankenpflege in Preußen stand.

	Kranken- pflege- personal in Preußen 1885 <sup>321</sup>	sonsti- ge	Rotes Kreuz	Diakone Dia- konissen	Barmh. Brüder und Schwestern
gesamt	14.210	5.304	352	2.701	5.853
in Prozent	100%	37,3%	2,5%	19,0%	41,2%
männlich	3.162	2.574	k. A.	205	383
weiblich	11.048	2.730	352	2.496	5.470

**Tabelle 3: Krankenpflegepersonal in Preußen im Jahr 1885 nach der preußischen Erhebung**

<sup>318</sup> GUTTSTADT (1886), Die freie Liebesthätigkeit, S. 169.

<sup>319</sup> GUTTSTADT (1886), Die freie Liebesthätigkeit, S. 170, S. 173.

<sup>320</sup> GUTTSTADT (1886), Die freie Liebesthätigkeit, S. 183.

<sup>321</sup> Zahlen nach GUTTSTADT (1886), Die freie Liebesthätigkeit, S. 182.

	Kranken- pflege- personal in Preußen 1887	frei prakti- zierend	weltl. Genos- sen- schaften	evang. Genos- senschaf- ten	kath. Genossen- schaften
gesamt	8.271	732	805	2429	4.305
in Prozent	100%	8,9%	9,7%	29,4%	52,0%
männlich	1.037	264	257	227	289
weiblich	7.234	468	548	2.202	4.016

**Tabelle 4: Krankenpflegepersonal in Preußen im Jahr 1887 nach der reichsweiten Statistik**

Die Kategorien in Tabelle 3 und Tabelle 4 sind nicht völlig kongruent. Dennoch dürfte das zu einer evangelischen bzw. katholischen Genossenschaft gerechnete Personal weitgehend übereinstimmen. Am auffälligsten ist die Diskrepanz beim nicht verbandsgebundenen Personal. Obwohl die Zahlen von 1885 für das "selbständige", keinem Verband angehörende Krankenpflegepersonal deutlich höher sind als die für 1887, muß betont werden, daß 1885 nur das entsprechende Personal in Krankenhäusern, Irrenanstalten und Siechenanstalten gezählt wurde, das ambulant tätige Personal also die statistische Lücke noch vergrößert.

Die durch die Kulturkampfpolitik noch vergrößerte Bedeutung der katholischen Ordenskrankenpflege spiegelt sich in den absoluten Zahlen wider. Fast zwei Drittel des erfaßten Personals war dem Genossenschaftspersonal zuzurechnen, und von diesem stellte die katholische Krankenpflege wiederum rund zwei Drittel. Bedenkt man, daß die preußische Bevölkerung nur zu rund einem Drittel katholisch war, tritt das relative Übergewicht der Ordenskrankenpflege noch stärker hervor. Die höhere Versorgungsdichte in den westlichen Provinzen Preußens gegenüber den östlichen korrelierte mit den Aktivitäten der katholischen Orden. Diese waren in der Rheinprovinz, in Westfalen und Schlesien besonders stark vertreten, während sie in Ost- und Westpreußen und Pommern nur wenige Niederlassungen hatten. Die Diakonie stellte fast ein Drittel des Genossenschaftspersonals, während das Rote Kreuz zahlenmäßig unbedeutend blieb.

Ähnlich war das Bild bei den Ausbildungsleistungen. Bei weiblichem Personal dominierten die katholischen Gemeinschaften mit rund 50% und die Diakonissen mit rund 30%. Die kommunale Krankenpflegeausbildung und die staatliche an der Charité fielen dagegen kaum ins Gewicht. Auch hier blieb das Rote Kreuz zahlenmäßig unbedeutend.

<b>Ausbildung weiblichen Krankenpflegepersonals 1880-1885</b>	<b>Zahl</b>	<b>Prozent (gerundet)</b>
Barmherzige Schwestern	2.518	51,3%
Diakonissen	1.439	29,3%
auf Kosten Vaterländischer Frauenvereine	454	9,3%
auf Kosten sonstiger weltlicher Vereine	75	1,5%
"selbständiges Krankenpflegepersonal" an kommunalen und anderen Krankenhäusern ausgebildet	418	8,5%
Summe	4.904	100%

**Tabelle 5: Ausbildung weiblichen Krankenpflegepersonals in Preußen 1880-1885**

Da die Genossenschaften kaum männliches Krankenpflegepersonal ausbildeten, hatte hier das an kommunalen und anderen Krankenhäusern ausgebildete Personal den größten Anteil. Allerdings betrug die Ausbildung von Männern insgesamt weniger als 10% der gesamten Ausbildungsleistung.

<b>Ausbildung männlichen Krankenpflegepersonals 1880-1885</b>	<b>Zahl</b>	<b>Prozent (gerundet)</b>
Barmherzige Brüder	132	25,0%
Diakone	167	31,7%
"selbständiges Krankenpflegepersonal" an kommunalen und anderen Krankenhäusern ausgebildet	228	43,3%
Summe	527	100%

**Tabelle 6: Ausbildung männlichen Krankenpflegepersonals in Preußen 1880-1885**

Eine Ausbildung außerhalb der Genossenschaften fand nur an der Charité und an einigen wenigen kommunalen Krankenhäusern statt. Der größte Teil

der im Zeitraum von 1880 bis 1885 ausgebildeten 646 nicht genossenschaftlichen und deshalb als "selbständig" bezeichneten Krankenpflegepersonen wurde an wenigen Zentren ausgebildet: 196 Personen an der Charité, 122 am Berliner Städtischen Krankenhaus Friedrichshain, 84 am städtischen Krankenhaus in Magdeburg und 93 am städtischen Krankenhaus in Stettin.<sup>322</sup> Dies zeigt, daß andernorts in Preußen kaum in nennenswertem Umfang ausgebildet wurde. Nur wenige "selbständige" Krankenpflegepersonen hatten eine systematische Ausbildung erhalten. In der Regel waren es Rekonvaleszenten oder Personen, die aus einer niederen Dienststellung oder der Verwaltung im Krankenhaus in den Krankendienst übernommen worden waren.<sup>323</sup>

#### *II.4.2. Die Krankenpflege als nichtstaatliche Aufgabe christlicher Verbände*

Wie die Statistiken zeigen, gab es bis zur Mitte der 1880er Jahre kaum eine Alternative zur Krankenpflegeausbildung durch christliche Mutterhausorganisationen. Der Siegeszug dieses Modells der Krankenpflege konnte auch nicht durch Rudolf Virchow aufgehalten werden. Die in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts erstarkten Mutterhausstrukturen hatten sich durchgesetzt, während die Entwicklung der Krankenpflege zu einem qualifizierten Beruf außerhalb der Mutterhausverbände über erste Ansätze nicht hinausgekommen war. In England war demgegenüber seit der Jahrhundertmitte bedeutend mehr geleistet worden.

Sehr erhellend ist in diesem Zusammenhang die Debatte im preußischen Abgeordnetenhaus vom 9. Februar 1884 anlässlich der Debatte um den Medizinaetat. Zentrumsvertreter forderten, das Gesetz über die Orden und Kongregationen der katholischen Kirche aufzuheben und damit die polizeiliche Überwachung der Pflegegenossenschaften zu beenden.<sup>324</sup> Rudolf Virchow stand zu seinen weltanschaulichen Überzeugungen und wies in seiner Rede diese Forderungen zurück. Er darf in diesem Zusammenhang als unverdächtig Zeuge gelten, wenn er einräumte, daß er beim Zusammentreffen mit den Barmherzigen Schwestern in der Praxis diesen für ihre "große und nachhaltige Thätigkeit" immer sehr dankbar gewesen sei.<sup>325</sup> Virchow stellte die Gleichwertigkeit der Leistungen von

---

<sup>322</sup> GUTTSTADT (1886), Die freie Liebesthätigkeit, S. 178-181.

<sup>323</sup> GUTTSTADT (1886), Die freie Liebesthätigkeit, S. 183.

<sup>324</sup> Stenographische Berichte, Haus der Abgeordneten, 1884, Sitzung am 09.02.1884, S. 1339-1349.

<sup>325</sup> Stenographische Berichte, Haus der Abgeordneten, 1884, Sitzung am 09.02.1884, S. 1350.

konfessionellen und freiwilligen bürgerlichen Krankenpflegepersonen heraus.<sup>326</sup> Gleichzeitig räumte er ein, die katholische Kirche verfüge über eine vollständiger und besser organisierte Krankenpflege.<sup>327</sup> Demgegenüber sei "die bürgerliche Krankenpflege bis jetzt erst zu sehr mäßigen Resultaten gelangt".<sup>328</sup> Erneut betonte er seine Vision für die zukünftige Ausübung der Krankenpflege: Er setze sein Vertrauen in die Güte des menschlichen Herzens als Basis für die Ausübung der Krankenpflege und darauf, daß es möglich sei, Organisationen ohne Anlehnung an eine bestimmte Kirche oder sogar unter Sammlung verschiedener konfessioneller Elemente zu schaffen. Dabei verglich er die Krankenpflege mit der Ärzteschaft, wo nicht nach der Religion, sondern nach wahrer Pflichterfüllung gefragt werde.<sup>329</sup> Als Vorbild stellte er in diesem Zusammenhang die englische Krankenpflege und insbesondere das Engagement hoher gesellschaftlicher Kreise heraus:

"Nun aber gestehe ich zu, daß es ziemlich schwer ist, eine solche bürgerliche Organisation zu schaffen. Das hat eigentlich nur ein Land getan, in welchem ein starker Ansatz zu dieser Richtung hin vorhanden [sic] war weit über die Grenzen der bisherigen katholischen Krankenpflege hinaus, – ein Land, wo in der That die Hingebung auch der vornehmen Klassen so groß gewesen ist, daß damit nichts verglichen werden kann, was die katholische Kirche an irgend einer Stelle wirklich geleistet hat ... Ja, meine Herren, wenn Sie nach London gehen und sehen, wie eine Reihe von hochstehenden Damen der Aristokratie sich betheiliget, wie aus den besten und vornehmsten Ständen Angehörige als Pflegerinnen in die Hütten der Armen und Kranken eintreten – können Sie einen Platz nachweisen, wo die katholische Kirche das geübt hat?"<sup>330</sup>

Nachdem der Höhepunkt des Kulturkampfes überschritten war, wandelte sich die Haltung der preußischen Regierung. Mit den Milderungsgesetzen von 1880 und 1881 wurde die Krankenpflege als Aufgabe der katholischen Orden als Teil der genossenschaftlichen Versorgungsstruktur von Seiten des preußischen Staates in seiner Bedeutung für die Bevölkerung offiziell anerkannt. Die preußische Regierung entwickelte das Konzept der

---

<sup>326</sup> Stenographische Berichte, Haus der Abgeordneten, 1884, Sitzung am 09.02.1884, S. 1349f.

<sup>327</sup> Stenographische Berichte, Haus der Abgeordneten, 1884, Sitzung am 09.02.1884, S. 1349.

<sup>328</sup> Stenographische Berichte, Haus der Abgeordneten, 1884, Sitzung am 09.02.1884, S. 1349.

<sup>329</sup> Stenographische Berichte, Haus der Abgeordneten, 1884, Sitzung am 09.02.1884, S. 1350.

<sup>330</sup> Stenographische Berichte, Haus der Abgeordneten, 1884, Sitzung am 09.02.1884, S. 1349.

"wohlwollenden Förderung" der Genossenschaftskrankenpflege. Das hieß, die Aufgabe, Einrichtungen und Personal für die Krankenpflege "im eigentlichen Sinne" bereitzustellen, fiel den Krankenpflegeverbänden zu.<sup>331</sup> 1882 bzw. 1887 wurden den Schwesternschaften Fahrpreisermäßigungen im Schienenverkehr zur Ausübung der öffentlichen Krankenpflege, bei Versetzungen und bei Erholungsreisen gewährt.<sup>332</sup> Die ideelle Wertschätzung der Genossenschaftskrankenpflege und damit der Krankenpflege als Liebesdienst verdeutlicht das amtliche Krankenhauslexikon für das Königreich Preußen von 1886: Neben der Ausbildung im Krankendienst müsse auch die Anlehnung an eine Vereinigung geboten werden, deren Grundsätze der Ausübung der Krankenpflege ein ideales Gepräge verliehen. Der preußischen Regierung war dabei die Ausbreitung des Roten Kreuzes ein besonderes Anliegen:

"Neben den Vereinigungen auf konfessioneller Grundlage sehen wir ferner den Vaterländischen Frauenverein ebenbürtig auftreten, ein Beweis, dass die hohe Protektion Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin Augusta einem segensreichen Elemente des öffentlichen Heilwesens zu Theil geworden ist. Eine wesentliche Förderung würde aber die Ausbildung des Krankenpflegepersonals erfahren, wenn an den Vaterländischen Frauenverein sich alle diejenigen Vereine anschliessen wollten, welche die gleichen oder ähnliche Grundsätze auf ihre Fahnen geschrieben haben. Dann würden die drei Gruppen der katholischen Krankenschwestern, der evangelischen Diakonissen und der Schwestern vom Rothen Kreuz, als Repräsentanten der freien Liebeshätigkeit auf dem Gebiete der Krankenpflege, in edlem Wettstreit von Jahr zu Jahr wichtigere Faktoren der öffentlichen Gesundheitspflege werden."<sup>333</sup>

Fassen wir als *Fazit* zusammen: Als qualifizierter Beruf unabhängig von einer der Kirche oder dem Militärwesen verpflichteten Organisation war die Krankenpflege in Preußen praktisch nicht existent. Im Vergleich zu England war bereits eine "Verspätung" von mehreren Jahrzehnten bei der Herausbildung von Berufsmerkmalen in der Krankenpflege eingetreten. Es gab keine Mindeststandards für die Ausübung der Krankenpflege. Die Ausbildung in der Krankenpflege war und blieb den Genossenschaften und vereinzelt den Kommunen überlassen. Die Armenkrankenpflege wurde nicht reformiert, und eine Institutionalisierung von Krankenpflegesschulen an staatlichen oder kommunalen Anstalten unterblieb. Lediglich die Ausbildungsordnungen in einigen Bezirken nahmen die Eingliederung der Krankenpflege in das preußische Medizinalwesen gleichsam vorweg. Daß

---

<sup>331</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 136f.

<sup>332</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 114.

<sup>333</sup> GUTTSTADT (1886), Die freie Liebeshätigkeit, S. 183.

die fachliche Seite der Krankenpflege in unselbständiger ärztlicher Hilfstätigkeit bestand, darüber bestand bei den Entscheidungsträgern in der preußischen Regierung und in der Ärzteschaft Konsens. Ein Berufsverband als Zusammenschluß von Berufsangehörigen fehlte ebenso wie Gewerkschaftsverbände als Vertretung der Wärter und Wärterinnen.

Gegenüber militärischen, finanziellen und weltanschaulichen Gesichtspunkten spielten fachliche Fragen bei den politischen Entscheidungen der 1870er Jahre nur eine untergeordnete Rolle. Die politische Nachrangigkeit, die schwache Position des preußischen Kultusministeriums gegenüber dem Finanzministerium, das Fehlen einer pflegerischen Standesvertretung, die Leistungen der Schwesternschaften, die die Untätigkeit des Staates in gewissem Maß kompensierten – all dies führte dazu, daß bis zum Ende des 19. Jahrhunderts politisch kein Handlungsdruck bestand, sich der Krankenpflege anzunehmen oder sie gar unter die Heilberufe aufzunehmen.

Gleichzeitig war in den Strukturen des preußischen Medizinalwesens, in den Richtungsentscheidungen der preußischen Regierung in den 1870er Jahren und ihrer Untätigkeit in der Folgezeit das angelegt, was ab 1900 als "Krise der Krankenpflege" die politische Tagesordnung beherrschen sollte. Diese Krise verschärfte sich, als sich in den letzten beiden Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts die Expansion des Gesundheitswesens verstärkte und gleichzeitig die Anforderungen an qualifiziertes Krankenpflegepersonal stiegen. Diese Faktoren werden im Folgenden näher betrachtet. Zunächst geht es um quantitative Gesichtspunkte und die Folgen der Expansion für die Arbeitsbedingungen des Krankenpflegepersonals. Anschließend geht es um die Frage, welchen neuen fachlichen Anforderungen Krankenpflegepersonal gewachsen sein sollte.



## **II.5. Umbruch in der Krankenpflege durch Expansion des Gesundheitswesens und Neuerungen in Diagnostik und Therapie**

### *II.5.1. Der Ausbau des Krankenhauswesens und die Landkrankenpflege-Bewegung*

Im späten 19. Jahrhundert führten sowohl der Ausbau des Krankenhauswesens als auch die Landkrankenpflege zu einem größeren Bedarf an Krankenpflegepersonal. Der Ausbau des Krankenhauswesens stand dabei in engem Zusammenhang mit dem Funktionswandel vom traditionellen Hospital zur Anstalt für heilbare Kranke.

Die Armen- und Versicherungsgesetzgebung als wesentliche Komponente soll an dieser Stelle kurz rekapituliert werden. Bis ins späte 19. Jahrhundert hinein waren 90 bis 95 Prozent aller Krankenhauspatienten der Unterschicht zuzuordnen.<sup>334</sup> Die Not trieb die Menschen ins Krankenhaus. Deshalb war die Armenfürsorge die wichtigste Stütze der Krankenhausexpansion. Sie wurde seit dem frühen 19. Jahrhundert maßgeblich ergänzt (oft sogar übertroffen) durch die Leistungen von Krankenhausversicherungen der Gesellen, Dienstboten und Arbeiter.<sup>335</sup> Seit den 1830er und 1840er Jahren stellten sich gewerbereichere Gemeinden den Verpflichtungen zur Armenkrankenpflege durch die Einrichtung eines Krankenhauses.<sup>336</sup> Für Preußen beschrieben Alfons Labisch und Reinhard Spree eine relative Bedeutungslosigkeit des Krankenhauses seit der Gewerbeordnung von 1845 im Zusammenhang mit einer Versicherungsgesetzgebung, die dazu führte, daß die Gemeinden mit den Krankenhauskosten belastet wurden und die Finanzierung eines Krankenhausaufenthalts eher der Ausnahmefall war.<sup>337</sup> Seit den 1880er Jahren wirkte dann die deutsche Sozialversicherung mit allen ihren Zweigen auf den qualitativen und quantitativen Ausbau des Krankenhauswesens hin.<sup>338</sup> Die Krankenversicherung von 1883 wirkte sich vor allem auf die Allgemeinen Krankenhäuser in den

---

<sup>334</sup> SPREE (1996), Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens, S. 71. Diese Auffassung stellt Traudel Weber-Reich angesichts des bisher ungenügenden Forschungsstands insbesondere mit Blick auf Krankenpflegeanstalten in Frage. Vgl. WEBER-REICH (2003), "Wir sind die Pionierinnen der Pflege ...", S. 23.

<sup>335</sup> SPREE (1995), Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik, S. 105.

<sup>336</sup> LABISCH/SPREE (1995), Die Kommunalisierung des Krankenhauses in Deutschland, S. 20.

<sup>337</sup> LABISCH/SPREE (1995), Die Kommunalisierung des Krankenhauses in Deutschland, S. 26f.

<sup>338</sup> GROTJAHN (1908), Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung, S. 16-64.

Städten aus, die Unfallversicherung von 1884 auf den Ausbau und die Verbesserung der chirurgischen Krankenhäuser bzw. der chirurgischen Abteilungen. "Erst mit der Einführung der staatlichen Krankenversicherung bildete sich schrittweise eine flächendeckende ärztliche Versorgung für die breiten Massen der Bevölkerung heraus."<sup>339</sup>

Die Alters- und Invalidenversicherung schuf nach ihrer Neufassung vom 13. Juli 1899 die vorbeugende Anstaltsfürsorge als neue Form der Krankenfürsorge, seinerzeit insbesondere für Lungenkranke.<sup>340</sup> Seit den 1890er Jahren löste die Gesetzliche Sozialversicherung weitgehend Armenfürsorge und frühe Kranken(haus)kassen ab. Zudem entfaltete das Krankenhaus von dieser Zeit an zunehmend eine gewisse Anziehungskraft auf breitere Schichten der Bevölkerung.<sup>341</sup> Die Klientel der Armengesetzgebung kam in weitaus größerem Umfang als zuvor in den Genuß einer stationären Behandlung, da bei ihnen durch den Kontakt mit Versicherten ein wachsendes Bedürfnis nach besserer ärztlicher Versorgung entstand. Die zuständigen Organe gingen darauf zunehmend ein, da sie einsahen, daß für sie bei rechtzeitiger Behandlung auf längere Sicht eine Kostenersparnis eintreten würde.<sup>342</sup>

Der Ausbau des Krankenhauswesens schlug sich auch in den entsprechenden Statistiken nieder.<sup>343</sup> 1822 wurden in Preußen 155 öffentliche Krankenanstalten gezählt, 1855 681, 1872 942 und 1913 schließlich 1.042.<sup>344</sup> Die Expansion des Krankenhauswesens beschleunigte sich nach 1870. 1846 wurden in sämtlichen preußischen Krankenhäusern 87.792 Kranke versorgt, 1877 210.960, und 1913 1.534.209 Kranke. Auch bei Berücksichtigung des starken Bevölkerungswachstums bleibt die Zunahme imposant: Der Anstieg verlief von 55 Kranken im Krankenhaus pro 10.000 Einwohner im Jahr 1846 über 80 im Jahr 1877 auf 368 im Jahr 1913, also

---

<sup>339</sup> MOMMSEN (2002), Sozialpolitik im Deutschen Reich, S. 61.

<sup>340</sup> LABISCH/SPREE (1995), Die Kommunalisierung des Krankenhauses in Deutschland, S. 33f.

<sup>341</sup> SPREE (1995), Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik, S. 105.

<sup>342</sup> REDDER (1993), Die Entwicklung von der Armenhilfe zur Fürsorge, S. 117.

<sup>343</sup> Seit den 1870er Jahren gibt es eine reichsweite Statistik der Krankenanstalten, beginnend mit einer Bestandsaufnahme im neu gegründeten Deutschen Reich. Ein Bundesratsbeschluß von 1875 führte zur reichsweiten Erhebung des Heilpersonals und der Krankenanstalten im Jahr 1876. Eine umfassende Statistik der Krankenanstalten begann 1877. Erfasst wurden alle öffentlichen und privaten Krankenanstalten von mehr als 10 Betten. So lassen sich für die Zeit davor lediglich Größenordnungen angeben. SPREE (1996), Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens, S. 53.

<sup>344</sup> SPREE (1995), Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik, S. 75.

ein Anstieg auf etwa das Anderthalbfache zwischen 1846 und 1877 und anschließend noch einmal auf fast das Fünffache bis zum 1. Weltkrieg.<sup>345</sup>

Zum Mehrbedarf in der ambulanten Krankenpflege trugen nicht nur die schnell wachsenden Städte, sondern auch die Landkrankenpflege-Bewegung<sup>346</sup> bei. Trotz der zunehmenden Verstädterung, die im Deutschen Reich auf 21% im Jahr 1910 gestiegen war,<sup>347</sup> lebte der überwiegende Teil der Bevölkerung vor dem 1. Weltkrieg noch auf dem Land. Gleichzeitig wuchs die Bevölkerung im Kaiserreich schnell: von 1871 bis 1910 im Reich von 41,06 auf 64,93 Millionen und in Preußen von 24,68 auf 40,17 Millionen.<sup>348</sup> Das Land entbehrte im 19. Jahrhundert fast jeder gesundheitlichen Fürsorge. In Preußen gab es in den 1880er Jahren neben den 1.300 Städten etwa 37.000 ländliche Gemeinden. Davon hatten 22.000 Gemeinden zwischen 100 und 500 Einwohner, etwa 6.000 Ortschaften weniger als 100 Einwohner. Die privat organisierte Wohltätigkeit in den preußischen Provinzen war noch wenig entwickelt. Das öffentliche Wohlfahrtswesen auf dem Land lag im argen, weil manche kleinere Gemeinde schnell an die Grenze ihre Leistungsfähigkeit geriet, wenn auch nur eine Familie wegen Krankheit ihres Ernährers öffentliche Hilfe in Anspruch nahm oder ein auswärtiger Armenverband Ersatz für die Aufwendungen für einen Gemeindeangehörigen in der Fremde forderte. Die soziale und gesundheitliche Situation in den dünn besiedelten Gebieten der östlichen Provinzen war besorgniserregend. Auf weite Strecken hin war kein Arzt zu finden. In einem Kreis bestanden bestenfalls zwei oder drei Apotheken, Krankenanstalten nur ausnahmsweise, eine organisierte Krankenpflege existierte nicht.<sup>349</sup>

Die amtliche Statistik von 1898 ergab, daß die kleinsten Gemeinden mit weniger als 5.000 Einwohnern verhältnismäßig am schlechtesten mit berufsmäßigem Krankenpflegepersonal versorgt waren.<sup>350</sup> Der weite Weg zur Stadt und zum Arzt, oft große Unkenntnis in Bezug auf Krankenpflege und -behandlung, das Fehlen von Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen und der Mangel an Pflegegerätschaften machten aus Sicht von Ärzten und Geistlichen die Einrichtung von Krankenpflegestationen und die Anstel-

---

<sup>345</sup> SPREE (1995), Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik, S. 76f.

<sup>346</sup> Zur Landkrankenpflege vgl. SCHMITTMANN (1913), Aufgaben und Organisation der Landkrankenpflege.

<sup>347</sup> SCHMITTMANN (1913), Aufgaben und Organisation der Landkrankenpflege, S. 17.

<sup>348</sup> WEHLER (1995), Deutsche Gesellschaftsgeschichte, Bd. 3, S. 494.

<sup>349</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 78f.

<sup>350</sup> Die Verbreitung des Heilpersonals im Deutschen Reiche 1898, S. 68f.

lung von Krankenpflegerinnen bzw. -besucherinnen notwendig.<sup>351</sup> Zeitgenossen kritisierten kurz vor dem 1. Weltkrieg, daß die Versorgung der Bevölkerung unzureichend sei und die Errungenschaften der medizinischen Wissenschaften fast völlig am Land vorbeigegangen seien:

"Die bedeutsamste Tatsache, die das neue Deutsche Reich erlebt hat, die erhebliche Verlängerung der Lebensdauer des einzelnen Menschen, ist nur für die Städte festzustellen; auf dem Lande ist der Zustand noch fast der gleiche wie vor 50 Jahren. Das Gold der medizinischen Wissenschaft ist auf dem Land noch nicht in gangbare Kleinmünze umgewandelt."<sup>352</sup>

Die Landkrankenpflege wurde vor allem von konfessionellen Kräften in Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz getragen. Auf katholischer Seite gilt der Geistliche Matthias Kinn (1847-1918) als Begründer der Landkrankenpflege.<sup>353</sup> Sein Ziel war, dem praktischen Bedürfnis der leidenden Bevölkerung abzuhelfen. Er begann, in Arenberg Landkrankenpflegerinnen auszubilden und mit Unterstützung von Lorenz Werthmann (1858-1921) in der Zeitschrift "C(h)aritas" und im 1897 neugegründeten Caritasverband um Spenden zu werben. 1906 wurde als besondere Sektion des Caritasverbandes die "Caritasvereinigung für Landkrankenpflege und Volkswohl" gegründet. Bis Ende 1913 wurden über 500 Krankenbesucherinnen in Arenberg ausgebildet.<sup>354</sup> Auch von evangelischer Seite und vom Roten Kreuz wurden Krankenschwestern in die Gemeinden geschickt. Die evangelische Frauenhilfe nahm in fast allen Provinzen Preußens die Ausbildung von "Helferinnen", wie die "Krankenbesucherinnen" auf evangelischer Seite genannt wurden, in Angriff.<sup>355</sup> In den östlichen Bezirken standen häufig Diakonissen im Dienst des Roten Kreuzes. Dort beteiligten sich fast alle Landes-, Provinzial- und Bezirksverbände und meistens auch die Kreisverbände finanziell an der Einrichtung von Gemeindepflegestationen. Infolge der Einführung der Sozialversicherungsgesetze waren auch Versicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften und Krankenkassen daran interessiert, daß Kranke rechtzeitig behandelt wurden und diese

---

<sup>351</sup> Vgl. MATERN (1908), Wegweiser durch das Gebiet der christlichen Charitas, S. 93. BLUM/BRANDTS/KINN/KLEE/LINZ/NEU/SCHRAMM (1899), Die ländliche Krankenpflege, ihre Mängel und deren Hebung durch freiwillige Hilfspflegerinnen, S. 169-176. FRIEDHEIM (1910), Die Gemeindepflege, S. 429-441.

<sup>352</sup> SCHMITTMANN (1913), Aufgaben und Organisation der Landkrankenpflege, S. 18.

<sup>353</sup> Zu Matthias Kinn vgl. WITT (1998), Kinn, Matthias.

<http://www.bautz.de/bbkl/k/Kinn.shtml>.

<sup>354</sup> LIESE (1929), Lorenz Werthmann und der deutsche Caritasverband, S. 228-231.

<sup>355</sup> SCHMITTMANN (1913), Aufgaben und Organisation der Landkrankenpflege, S. 19.

Behandlung sachgerecht durchgeführt wurde. So gewährten die Landesversicherungsanstalten auf entsprechenden Antrag einen jährlichen regelmäßigen Unterhaltsbeitrag für die Gemeindepflegestationen, deren Höhe in den verschiedenen Provinzen zwischen 50 und 200 Mark schwankte. Krankenkassen und Berufsgenossenschaften zahlten entsprechend dem Umfang, in welchem ihre Mitglieder örtlich durch die Gemeindekrankenpflege betreut wurden, ebenso die Kommunalverbände, die sich eine Verringerung der Armenlasten davon versprachen. Auch Staatsbehörden und industrielle Unternehmen beteiligten sich, wenn ihren Angestellten und Arbeitern die Gemeindekrankenpflege zugute kam.<sup>356</sup>

Die gleichzeitig mit dem Ausbau des Krankenhauswesens stattfindende "Medikalisierung des Landes"<sup>357</sup> konnte von der organisierten Krankenpflege nicht bewältigt werden. Während die Mittel für eine Gemeindestation fast überall aufzubringen waren, scheiterte ihre Besetzung an den überkommenen Strukturen. Viele katholische Orden und Diakonissenhäuser waren aufgrund der Erfüllung ihrer eigenen Aufgaben und aus Personalmangel nicht in der Lage, einem entsprechenden Ersuchen nachzukommen, und die Zahl der Schwestern vom Roten Kreuz reichte nicht aus, um mit ihnen eine größere Zahl von Stationen zu besetzen. Der Anstellung einer "freien" Schwester stand das "Fehlen des moralischen Rückhalts von Mutterhaus und Verband", also die fehlende Garantie für die ethische Gesinnung und Zuverlässigkeit, sowie die fehlende materielle Absicherung bei Alter und Krankheit entgegen, die den anstellenden Verein finanziell stark belasten würde.<sup>358</sup>

Bis in die Weimarer Zeit hinein gelang es nicht, die ländlichen Gebiete mit einem gleichmäßigen Netz von Gemeindepflegestationen zu überziehen. Nach einer Schätzung von 1913 waren von etwa 70.000 Ortschaften in Deutschland mit weniger als 2.000 Einwohnern noch etwa 60.000 ohne "geordnete Krankenpflege".<sup>359</sup> 1928 bestanden in den ländlichen Regionen Deutschlands 11.308 Krankenpflegestationen, davon 9.685 in freier und 1.623 in öffentlicher Trägerschaft. Vor allem den kleinen Gemeinden mit unter 500 Einwohnern konnte man nur sehr einge-

---

<sup>356</sup> FRIEDHEIM (1910), Die Gemeindekrankenpflege, S. 433.

<sup>357</sup> In Anknüpfung an LABISCH (1992), Homo hygienicus, S. 182-185, der die "Verallgemeinerung hygienischer Kultur" im Hinblick auf die Arbeiterschaft thematisiert hat.

<sup>358</sup> FRIEDHEIM (1910), Die Gemeindekrankenpflege, S. 434.

<sup>359</sup> SCHMITTMANN (1913), Aufgaben und Organisation der Landkrankenpflege, S. 20.

schränkt helfen. Für die Gemeindegewestern waren die Bezirke, für die sie zuständig waren, zu groß und die Wege zu weit.<sup>360</sup>

Daß für die anstehenden Aufgaben zu wenig Pflegepersonal zur Verfügung stand, dokumentieren auch die beiden reichsweiten Statistiken von 1898 und 1909, die im Folgenden analysiert werden sollen und deren Methodik ähnliche Probleme aufweist wie die beiden vorausgegangenen Statistiken von 1876 und 1887.

### *II.5.2. Die Zunahme des Krankenpflegepersonals nach den statistischen Erhebungen von 1898 und 1909*

Die Statistiken von 1898 und 1909 sind insbesondere deshalb bedeutsam, da sie verdecken, wie desolat der Zustand in der Krankenpflege eigentlich war. Wie bei den beiden vorhergehenden reichsweiten Erhebungen wurde bei den frei praktizierenden Krankenpflegepersonen vorausgesetzt, daß sie ihren Gewerbebetrieb bei der Behörde angemeldet hatten.<sup>361</sup> Entsprechend unglaublich sind wiederum die niedrigen Zahlen – 469 männliche und 1331 weibliche Krankenpflegepersonen für 1898. Alle drei reichsweiten Erhebungen des 19. Jahrhunderts wiesen für Preußen einen Anteil "frei" praktizierenden Krankenpflegepersonals von unter 10% aus. So erwecken diese Statistiken den Eindruck, als ob die Expansion des Gesundheitswesens und die damit einhergegangene Vermehrung des Krankenpflegepersonals weitgehend von den Krankenpflegeorganisationen aufgefangen worden wäre. Das "freie" männliche Personal, das 1898 mit rund einem Achtel ausgewiesen ist, dürfte in der Statistik deutlich unterrepräsentiert gewesen sein, ebenso das weibliche Pendant. Das nicht qualifizierte Krankenpflegepersonal in weiten Teilen Preußens fiel also durch das Raster der Statistik.

---

<sup>360</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 224. SACHSE/TENNSTEDT (1988), Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 2, S. 125, Tabelle 7.

<sup>361</sup> Die Verbreitung des Heilpersonals im Deutschen Reiche 1898, S. 54.

berufsmäßige Krankenpflegepersonen 1898	gesamt	frei praktizierend	einem weltlichen Verband angehörend	einem ev. geistl. Verband oder rel. Anstalt angehörend	einem kath. geistl. Verband oder rel. Anstalt angehörend
in Preußen insgesamt <sup>362</sup>	19.285	1.800	3.013	5.307	9.165
in Prozent (gerundet)	100%	9,3%	15,6%	27,5%	47,5%
männlich	2.435	469	755	341	870
weiblich	16.850	1.331	2.258	4.966	8.295

**Tabelle 1: Berufsmäßiges Krankenpflegepersonal in Preußen nach der Erhebung von 1898**

Die reichsweite Erhebung von 1909 dokumentiert wie die von 1898 einen erneuten deutlichen Anstieg des Krankenpflegepersonals. Auch die Statistik von 1909 verzeichnete "berufsmäßiges" Krankenpflegepersonal, das diese Tätigkeit dauernd, wenn auch mit gewissen Unterbrechungen ausübe, mithin diese Tätigkeit sich zur Lebensaufgabe gemacht habe.<sup>363</sup> Die Unterscheidung zwischen häuslicher und Anstaltskrankenpflege wurde erstmals eingeführt.<sup>364</sup> Quantitativ machte die gesamte "ausschließlich oder vorwiegend häusliche Krankenpflege" in Preußen mit rund 12.000 Krankenpflegepersonen gegenüber den Heil- und Pflegeanstalten mit rund 29.000 Krankenpflegepersonen rund 30% des 1909 statistisch erfaßten Krankenpflegepersonals aus.<sup>365</sup>

<sup>362</sup> Die Verbreitung des Heilpersonals im Deutschen Reiche 1898, S. 2\*f.

<sup>363</sup> Die Verbreitung des Heilpersonals 1909, S. 7f.

<sup>364</sup> Die Verbreitung des Heilpersonals 1909, S. 25.

<sup>365</sup> Die Verbreitung des Heilpersonals 1909, S. 110\*-111\*. Die reichsweite Unterscheidung zwischen häuslicher und Anstaltskrankenpflege wurde 1909 zum ersten Mal vorgenommen.

Zählung von 1909	berufsmäßige Krankenpflegerinnen	sonstige	einem weltl. Verband angehörend	einem ev. geistl. Verband oder rel. Anstalt angehörend	einem kath. geistl. Verband oder rel. Anstalt angehörend
in Preußen insgesamt	41.450 <sup>366</sup>	11.413	7.096	8.654	14.287
in Prozent (gerundet)	100%	27,5%	17,1%	20,9%	34,4%
männlich	8.071	4.712	1.502	738	1.119
weiblich	33.379	6.701	5.594	7.916	13.168

**Tabelle 2: Berufsmäßiges Krankenpflegepersonal in Preußen nach der Erhebung von 1909<sup>367</sup>**

Das erfaßte "sonstige" Krankenpflegepersonal, das gegenüber 1898 anscheinend sprunghaft angestiegen war, machte jetzt in Preußen mehr als ein Viertel, im Deutschen Reich mehr als 30% des erfaßten Krankenpflegepersonals aus. Die Bearbeiter der Statistik von 1909 errechneten für das Reich, daß die hohe Zunahme des Krankenpflegepersonals hauptsächlich durch das sonstige Krankenpflegepersonal herbeigeführt worden sei.<sup>368</sup> Einer Vermehrung von 1887 bis 1898 um 123,9% stehe eine weitere Vermehrung bis 1909 um 564,8% gegenüber.<sup>369</sup> Hieraus läßt sich schließen, daß den Bearbeitern die geringe Aussagekraft der Statistiken von 1887 und 1898 in diesem Punkt nicht bewußt war. Gleiches gilt für ihre Schlußfolgerung, daß das männliche Geschlecht an diesem Anstieg verhältnismäßig stärker beteiligt war als das weibliche.<sup>370</sup> Berücksichtigt man, daß in Preußen bereits 1885 5.304 "sonstige" Krankenpflegerinnen gezählt worden waren, so nimmt sich der Anstieg auf 11.413, also gut das Doppelte, bei weitem weniger dramatisch aus.<sup>371</sup> So liegt die Schlußfolgerung nahe, daß der statistische große Anstieg des "freien" Krankenpflegepersonals zwischen 1898 und 1909, sowohl in absoluten Zahlen als auch anteilmäßig nicht nur der tatsächlichen Zunahme zuzuschreiben ist,

<sup>366</sup> Die Gesamtzahl beträgt 41.473 einschließlich 23 jüdischer Krankenpflegerinnen.

<sup>367</sup> Zahlen errechnet nach: Die Verbreitung des Heilpersonals 1909, S. 110\*f.

<sup>368</sup> Die Verbreitung des Heilpersonals 1909, S. 28.

<sup>369</sup> Die Verbreitung des Heilpersonals 1909, S. 28.

<sup>370</sup> Die Verbreitung des Heilpersonals 1909, S. 29.

<sup>371</sup> Auch wenn 1885 ein Teil des "sonstigen" Krankenpflegepersonals anderen weltlichen Vereinigungen als dem Roten Kreuz angehörte, so dürfte dieser Anteil nicht allzu groß gewesen sein.



sondern auch einer besseren statistischen Erfassung im Zuge der höheren Aufmerksamkeit, den das Krankenpflegepersonal ab 1900 genoß. Doch auch dies ändert nichts daran, daß das Wartepersonal größtenteils nicht erfaßt wurde. Alfred von Lindheim (1836-1913) schätzte 1905 die Zahl der Wärterinnen und Wärter in Preußen auf 25.000,<sup>372</sup> was gegenüber der Zählung von 1909 einer Untererfassung von mehr als 50% entspricht.

Die Aufgliederung nach Geschlecht zeigt, daß in Preußen 1909 19,5% des erfaßten Personals männlich war. Die Zahlen deuten darauf hin, daß im Kaiserreich rund ein Fünftel des beruflich tätigen Krankenpflegepersonals in Preußen männlich war und dieser Anteil im Großen und Ganzen auch bei der Expansion des Gesundheitswesens erhalten blieb.

Das erfaßte "berufsmäßige Krankenpflegepersonal" in Preußen belief sich 1909 auf insgesamt 41.473 Pflegekräfte. Von diesen gehörte die geringe Zahl von 11.143 "sonstigen" keinem Krankenpflegeverband an.

Das grundsätzliche Problem der Untererfassung des Pflegepersonals und fehlender Statistiken zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde von Otto Mugdan (1862-1925) 1904 auf den Punkt gebracht:

"Wir haben seit dem Jahre 1898 in Deutschland keine amtliche Statistik über die Zahl der Krankenpflegepersonen erhalten. Wir haben im Jahre 1900 durch Guttstadt<sup>373</sup> eine vorzügliche Statistik über die in öffentlichen Krankenanstalten Preußens angestellten Krankenpflegepersonen bekommen, aber wir wissen nicht einmal, was zu wissen außerordentlich notwendig wäre, wieviel Krankenpfleger auf eine bestimmte Anzahl Betten kommen. Es existieren wohl darüber Statistiken, aber die Zahlen sind so außerordentlich verschieden, daß daraus hervorgeht, daß man bei der Aufnahme der Statistik an verschiedenen Orten unter Krankenpfleger und Krankenpflegerin Verschiedenes verstanden hat, denn sonst wäre es unmöglich, daß ein Krankenhaus für 20 Betten eine Krankenpflegeperson anstellt, ein anderes nur für vier Betten. In dem ersteren Krankenhause ist wahrscheinlich die Krankenpflegeperson von jeder wirtschaftlichen Arbeit entbunden, während sie in dem letztgenannten mit Hausarbeit beschäftigt ist. Jedenfalls wissen wir nicht, wieviel wirkliche Krankenpfleger auf eine bestimmte Anzahl Betten kommen. Wir wissen gar nichts über die Berufsgefahren der Krankenpflegepersonen, wir haben auch nur ganz geringe Statistiken darüber, wie lange Krankenpflegepersonen dienstfähig zu bleiben pflegen."<sup>374</sup>

Bei allen statistischen Unsicherheiten bleibt festzuhalten, daß die Zahl an Krankenpflegepersonen insgesamt sehr niedrig war. Bezieht man von

---

<sup>372</sup> LINDHEIM (1905), *Saluti aegrorum*, S. 43.

<sup>373</sup> Hier nimmt Mugdan Bezug auf das Werk GUTTSTADT (1900), *Krankenhaus-Lexikon für das Deutsche Reich*.

<sup>374</sup> MUGDAN/MEYER (1905), *Die Ausbildung und Organisation des Krankenpflegepersonals*, S. 146f.

Lindheims Schätzung über das Wartepersonal ein, gelangt man zu einer Größenordnung von 55.000 bis 60.000 Krankenpflegepersonen in Preußen für das Jahr 1909. Diesen standen 18.299 approbierte Ärzte<sup>375</sup> in Preußen gegenüber, was kaum mehr als drei Krankenpflegepersonen pro Arzt entspricht.

Der Expansion des Gesundheitswesens stand also keine adäquate Expansion des Krankenpflegepersonals gegenüber. Dies leitet zur Frage nach den Besonderheiten des pflegerischen Arbeitsmarkts über, oder, anders ausgedrückt, zu den Bedingungen, unter denen die Krankenpflegetätigkeit ausgeübt wurde.

### *II.5.3. Bedingungen für die Ausübung der Krankenpflegetätigkeit<sup>376</sup>*

Die geringe Attraktivität der Krankenpflegetätigkeit hatte gravierende Ursachen. Zunächst ist hier das Berufsrisiko zu nennen, insbesondere die Gefahr der Übertragung von Infektionskrankheiten. Man fürchtete die Ansteckung<sup>377</sup> – zu Recht, wie eine Erhebung des Arztes und Tuberkuloseforschers Georg Cornet (1858-1915) über das katholische Ordenspersonal aus dem Jahr 1889 zeigte.<sup>378</sup> Drei Viertel der Krankenschwestern waren tuberkulös und zu mehr als zwei Dritteln Opfer ihrer Dienste geworden.<sup>379</sup> Über ein Drittel aller Gestorbenen erlag in den ersten fünf Jahren der Krankenpflegetätigkeit, drei Fünftel in den ersten zehn Jahren, und zwar wiederum zu zwei Dritteln an der Lungenschwindsucht.

---

<sup>375</sup> Die Verbreitung des Heilpersonals 1909, S. 2\*.

<sup>376</sup> Sowohl die Quellen als auch die bisher vorliegende Forschungsliteratur zeichnen ein erschreckendes Bild der Arbeitsbedingungen wie auch allgemein der wirtschaftlichen und sozialen Lage des Krankenpflegepersonals in den beiden Jahrzehnten vor dem 1. Weltkrieg. Vgl. BEHLA (1911/1912), Die Arbeits- usw. Verhältnisse der in Heilanstalten des preussischen Staates im Krankenpflegedienste beschäftigten Personen, S. 601-628. STREITER (1910), Die wirtschaftliche und soziale Lage des Krankenpflegepersonals in Deutschland. CAEMMERER (1915), Berufskampf der Krankenpflegerin, S. 41-97. RÜBENSTAHL (2003), Wilde Schwestern, S. 49-53. HELMERICHS (1992), Krankenpflege im Wandel, S. 90-97. HUMMEL (1986), Krankenpflege im Umbruch, S. 131-167.

<sup>377</sup> Berlin, GStA, PK, 1. HA, Rep. 76 VIII B, Nr. 1550, [Eduard] DIETRICH, Bericht über das Pflegepersonal in den preußischen Krankenanstalten vom 06.10.1900, S. 5.

<sup>378</sup> Cornet begründete seine Wahl vor allem damit, daß fast nie Austritte aus den katholischen Orden vorkämen, die ein Weiterverfolgen Erkrankter schwierig machen würden, während man über das Wartepersonal keine statistischen Aussagen machen könne, und Austritte von Schwestern weltlicher Verbände und von Diakonissen die Zuverlässigkeit der Aussagen vermindern würden. CORNET (1889), Die Sterblichkeitsverhältnisse in den Krankenpflegeorden, S. 66-69.

<sup>379</sup> CORNET (1889), Die Sterblichkeitsverhältnisse in den Krankenpflegeorden, S. 95.

Ein weiterer wesentlicher Faktor war die Arbeitsbelastung. Bereits in den 1890er Jahren wurde die gesundheitsgefährdende Überanstrengung des Krankenpflegepersonals kritisiert,<sup>380</sup> welche die Krankenpflege zum Durchgangsberuf machte:

"... der Krankenpflegeberuf ruiniert mehr als jeder andere Körper und Nerven. Er ist eintönig, er verlangt, daß fast jede Minute der Tätigkeit durch bestimmte Vorschriften geregelt ist, und es gibt wenig Personen, die so starknervig sind, daß sie sich nicht schon nach fünf Jahren nach einem anderweitigen Beruf, wenigstens nach einer Abwechslung sehnen ..."381

Während in der Industrie Fabrikordnungen eingeführt wurden und Novellierungen der Gewerbeordnung Mindeststandards in der Arbeitszeitgestaltung vorgaben, blieb das Krankenpflegepersonal dem Arbeitgeber weitgehend schutzlos ausgeliefert, wenn nicht ein Verband als Vertragspartner des Krankenhausträgers Mindeststandards bei der Gestaltung von Lohn, Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen einforderte. Kritisiert wurden die Konkurrenz unter den Krankenpflegeverbänden, die Übernahme neuer Aufgaben trotz unzureichenden Personals auf Seiten der konfessionellen Krankenpflege, Pflichtgefühl oder Ehrgeiz der Schwestern, ihren Aufgaben trotz Überlastung gerecht zu werden, das Bestreben von Krankenhausverwaltungen, möglichst wenig Geld für die Krankenpflege auszugeben und die Gleichgültigkeit der Ärzte gegenüber den Arbeitsbedingungen des Krankenpflegepersonals.

Mathilde Weber (1829-1901) als Vertreterin der deutschen Frauenbewegung brachte zudem religiöse Schroffheit in manchen Mutterhäusern,<sup>382</sup> Oberinnendespotismus,<sup>383</sup> harte Hausarbeit,<sup>384</sup> die dem Krankenpflegepersonal zugemutet werde und gebildete Mädchen von der Krankenpflege abhalte,<sup>385</sup> die Behandlung der Schwestern wie unmündige Kinder durch die meisten Ärzte<sup>386</sup> und das Fehlen einer Altersversorgung<sup>387</sup> als weitere Kritikpunkte vor. Kost- und Logiszwang in den Krankenhäusern und die dortige Einstellungspraxis, nur Unverheiratete zu beschäftigen,

---

<sup>380</sup> WEBER (1894), Warum fehlt es an Diakonissinnen und Pflegerinnen, S. 13.

<sup>381</sup> MUGDAN/MEYER (1905), Die Ausbildung und Organisation des Krankenpflegepersonals, S. 145.

<sup>382</sup> WEBER (1894), Warum fehlt es an Diakonissinnen und Pflegerinnen, S. 13.

<sup>383</sup> WEBER (1894), Warum fehlt es an Diakonissinnen und Pflegerinnen, S. 15, S. 29.

<sup>384</sup> WEBER (1894), Warum fehlt es an Diakonissinnen und Pflegerinnen, S. 33.

<sup>385</sup> WEBER (1894), Warum fehlt es an Diakonissinnen und Pflegerinnen, S. 76.

<sup>386</sup> WEBER (1894), Warum fehlt es an Diakonissinnen und Pflegerinnen, S. 31.

<sup>387</sup> WEBER (1894), Warum fehlt es an Diakonissinnen und Pflegerinnen, S. 38.

dürften viele Personen aus gebildeten Kreisen abgeschreckt haben. Agnes Karll monierte, daß die Schwestern häufig nach 10 Jahren nicht mehr in der Lage waren, den Krankenpflegeberuf auszuüben und mitunter Pensionsansprüche nach einem Dienst von 10 Jahren wegen vorzeitigen Ausscheidens aus dem Beruf nicht geltend gemacht werden konnten.

Aufmerksame Beobachter wie Matthias Kinn<sup>388</sup> und Mathilde Weber forderten bereits in den 1890er Jahren Abhilfe und übten scharfe Kritik an den Bedingungen, unter denen die Krankenpflege vor dem 1. Weltkrieg ausgeübt wurde. Diese Kritik verstärkte sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Die Interessenverbände von "freien" Schwestern<sup>389</sup> und Wärtern<sup>390</sup> sahen es als eine ihrer dringlichsten Aufgaben an, Statistiken über die Lohn- und Arbeitsbedingungen zu erstellen und mit den Resultaten an die Öffentlichkeit zu gehen. Im Reichstag, wo die Sozialdemokraten auf Mißstände aufmerksam machten, fand die Krankenpflege seit 1900 verstärkte Beachtung.<sup>391</sup>

Amtlich dokumentiert wurden die Arbeitsbedingungen in den Heilanstalten durch eine Regierungsumfrage im Jahr 1910.<sup>392</sup> Die Frage nach Lohn und Gehalt wurde nicht gestellt. Dies läßt darauf schließen, daß die Reichsregierung angesichts des niedrigen Lohnniveaus diesen Punkt nicht thematisieren wollte. Nicht die Betroffenen wurden gefragt, sondern die Vorstände der Krankenanstalten. Die Statistik erstreckte sich auf die tägliche Arbeitszeit, Arbeitspausen, Nachtdienste, dienstfreie Zeiten und Tage sowie Erholungsurlaub. Die Regierungsumfrage bestätigte, obwohl die Fragebögen an die Anstaltsleiter und nicht an das Krankenpflegepersonal gegangen waren, die "Trostlosigkeit der Verhältnisse im Krankenpflegeberuf"<sup>393</sup> und damit die Beobachtungen von Seiten der Betroffenen. Arbeitszeiten von durchschnittlich 14 Stunden, nach Abzug der Pausen 11 Stunden, häufiges Fehlen von freier Zeit nach Nachtwachen und nur

---

<sup>388</sup> KINN (1897), Sterblichkeit in unseren charitativen Congregationen, S. 107-109, S. 131-134.

<sup>389</sup> Zu den Statistiken der B.O.K.D., die im Gründungsjahr 1903 begonnen wurden, siehe HUMMEL (1986), Krankenpflege im Wandel, S. 119-167.

<sup>390</sup> Zur ersten Statistik von freigewerkschaftlicher Seite über die Regelung der Lohn- und Arbeitsverhältnisse von 1904 vgl. FRIEDRICH-SCHULZ (1928), Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 12-15.

<sup>391</sup> Zu den Angriffen des Sozialdemokraten Antrick im Reichstag seit 1900 vgl. Kapitel II.9.2. der vorliegenden Arbeit.

<sup>392</sup> BEHLA (1911/1912), Die Arbeits- usw. Verhältnisse der in Heilanstalten des preussischen Staates im Krankenpflegedienste beschäftigten Personen, S. 601-628.

<sup>393</sup> FRIEDRICH-SCHULZ (1928), Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 27.

partielle Freizeitregelungen an Wochenenden wurden dokumentiert. Das B.O.K.D.-Vorstandsmitglied Charlotte Caemmerer (1875-1962) kritisierte, die Vorstände hätten lediglich die vorschriftsmäßigen Arbeitszeiten angegeben. Die tatsächlich fast täglich vorkommenden unvorschriftsmäßigen Überstunden seien dagegen unberücksichtigt geblieben. Nach der Statistik der B.O.K.D. hätten die organisierten Berufskrankenpflegerinnen längere Arbeitszeiten, obwohl sie bessere Arbeitsbedingungen hätten als die geistlichen Schwestern.<sup>394</sup>

Als 1912 der "International Council of Nurses" in Köln tagte, war die Überbürdung des Krankenpflegepersonals, auf die von ärztlicher<sup>395</sup> und pflegerischer<sup>396</sup> Seite hingewiesen wurde, eines der zentralen Themen. Mit Nachdruck wurde auch auf das Fehlen von Schutzbestimmungen hingewiesen:

"In jeder Fabrik verlangt ferner das Gesetz Vorrichtungen zum Schutz der Arbeiter, selbst wo sie sich nur die Finger klemmen könnten, und Gewerbeinspektoren fahnden auf etwaige Übertretungen. Hier wird bei tausenden junger ideal gesinnter, arbeitsfreudiger Geschöpfe die Gesundheit systematisch zugrunde gerichtet und das Gesetz – schweigt."<sup>397</sup>

Die Folge war, daß insbesondere die "freie" Krankenpflege typische Merkmale eines Durchgangsberufs hatte. Es gab keine Hürden für den Zutritt. Man konnte ohne jegliche Qualifikation angestellt werden und die Krankenpflegetätigkeit aufgeben, sobald sich eine bessere Arbeitsmöglichkeit bot. In manchen Berliner Krankenhäusern überstieg nach der Jahrhundertwende die Fluktuation während eines Jahres den Personalbestand.<sup>398</sup> Die Kluft zwischen den hohen charakterlichen Ansprüchen an eine geeignete Krankenpflegeperson und der geringen Bereitschaft, attraktive Arbeitsbedingungen bereitzustellen, führte dazu, daß sich die Schere zwischen wachsendem Bedarf und verfügbarem Angebot an qualifiziertem Personal immer weiter öffnete. Oder, um es aus der Sicht eines führenden Funktionärs des Roten Kreuzes zu formulieren:

---

<sup>394</sup> CAEMMERER (1915), Berufskampf der Krankenpflegerin, S. 41f.

<sup>395</sup> HECKER (1912), Die Ueberbürdung der Krankenpflegerin, S. 1-65.

<sup>396</sup> MEYER (1912), Die Ueberarbeitung der Krankenpflegerin in Deutschland, S. 66-71.

<sup>397</sup> HECKER (1912), Die Ueberbürdung der Krankenpflegerin, S. 25.

<sup>398</sup> Vgl. Berlin, Bundesarchiv, Standort Finckensteinallee [im folgenden: Berlin, BArch], R 1501, 111828, Bl. 2-3, POERSCH: Soziale Medizin und Hygiene. Die Bewegung des Personals der Berliner städtischen Kranken- und Irrenhäuser mit Vermerken "Soziale Praxis No 17 vom 21.01.1904" und "zu den Akten".

"Aber der Zeitgeist ist dem Schwesternersatz nicht gerade günstig, da das zunehmende Eindringen der Frau in die Männerberufe die Neigung für die entsagungsvollen Pflichten des Krankenpflegeberufes sichtlich vermindert hat."<sup>399</sup>

Die Interpretation der Statistiken und die Skizze der Arbeitsbedingungen leitet zu der Frage über, inwieweit die Krankenpflege tatsächlich, wie bisher in der historischen Pflegeforschung behauptet, im Kaiserreich zum "bürgerlichen Frauenberuf" im Sinne der Erwerbstätigkeit bürgerlicher Frauen wurde. Hierzu soll zunächst kurz skizziert werden, welche Berufe man zu diesen Frauenberufen zählte und welche Krankenpflegeorganisationen als Zielgruppe bürgerliche Frauen hatten. Ausgehend von diesen Verbänden soll eine zahlenmäßige Abschätzung vorgenommen werden.

#### *II.5.4. Wurde die Krankenpflege zum "bürgerlichen Frauenberuf"?*

Berufstätigkeit bürgerlicher Frauen wurde erst im Lauf der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts gesellschaftlich zunehmend akzeptiert. In der patriarchalischen Gesellschaft des 19. Jahrhunderts wurden der Frau von ihrem "natürlichen" Wesen, von ihren Fähigkeiten und Eigenschaften her andere Aufgabenbereiche in der Gesellschaft zugewiesen als dem Mann. Sie galt als dazu bestimmt, die Rollen als Hausfrau, Gattin und Mutter zu übernehmen. Frauen durften bis zum Ende des 19. Jahrhunderts kein Abitur ablegen und waren somit zu den Universitäten nicht zugelassen. Ein wissenschaftliches Studium war nur im Ausland möglich.<sup>400</sup>

Typische Frauenberufe entstanden im Rahmen der Institutionalisierung staatlicher Gesundheits- und Sozialpolitik. Während Frauen aus den unteren sozialen Schichten bereits in den Fabriken arbeiteten, stellte für die sogenannten "höheren Töchter" Erwerbstätigkeit zunächst ein Novum dar, das nur zugestanden wurde, wenn es die familiären und finanziellen Verhältnisse notwendig machten. Als typische Frauenberufe für Frauen aus gebildeten Kreisen galten die personenbezogenen Dienstleistungsberufe als Geburtshelferin, Fürsorgerin, Kindergärtnerin, Erzieherin, Lehrerin und Gouvernante. Zu diesen Berufen gehörte auch die Krankenpflege.<sup>401</sup>

Pflegeverbände, die um bürgerliche Frauen warben, standen damit in Konkurrenz zu diesen anderen Berufen. Vom Zwang zum Gelderwerb oder einer Berufung abgesehen, bot die Krankenpflege kaum einen Anreiz, sich

---

<sup>399</sup> KÖRTING (1910), Kriegsvorbereitung im Vaterländischen Frauenverein, S. 415.

<sup>400</sup> Zur Situation der Frauen im 19. Jahrhundert vgl. NAVE-HERZ (1997), Die Geschichte der Frauenbewegung in Deutschland.

<sup>401</sup> Vgl. ENZELBERGER (2001), Sozialgeschichte des Lehrerberufs, S. 85.

dieser Tätigkeit zu widmen. Dennoch kam es außer den Schwesternschaften des Roten Kreuzes zu weiteren Neugründungen von Schwesternschaften und Verbänden. So stand die 1881/1882 unter dem Protektorat der preußischen Kronprinzessin Viktoria (1840-1901) gegründete Viktoria-Schwesternschaft in Berlin bürgerlichen Frauen offen.<sup>402</sup> Der 1894 von Friedrich Zimmer gegründete Evangelische Diakonieverein bemühte sich speziell um das protestantische Klientel. 1902 bildete sich auf der Wiesbadener Versammlung des Bundes deutscher Frauenvereine eine Bewegung "freier" Schwestern heraus, die in die Gründung der B.O.K.D. im Jahr 1903 mündete. Hinzu traten städtische Schwesternschaften.

Zahlen verschiedener Verbände von 1905 und 1909 für Preußen und das Reich lassen eine Abschätzung des Anteils bürgerlicher Frauen außerhalb der konfessionellen Mutterhausverbände in Abgrenzung vom Wartepersonal zu, wobei entsprechend dem Bevölkerungsanteil Preußens am Reich von rund drei Fünftel<sup>403</sup> Zahlen für das Reich auf Preußen umgerechnet werden.

Die konfessionelle Krankenpflege mit fast 23.000 Personen machte in Preußen 1909 rund 55% des gesamten statistisch erfaßten Personals aus. Ohne den Evangelischen Diakonieverein waren noch fast 22.000 Personen der konfessionellen "christlichen Liebestätigkeit" zuzurechnen.

Die rund 11.400 "sonstigen" erfaßten und die nicht erfaßten Krankenpflegepersonen in Preußen dürften kaum der bürgerlichen Krankenpflege zuzuordnen sein. Angesichts des geringen Ansehens, des schlechten Lohns und der miserablen Arbeitsbedingungen dürfte praktisch das gesamte erfaßte männliche "freie" Krankenpflegepersonal, 4.712 Personen, wie auch das nicht erfaßte männliche Personal dem proletarischen Krankenwärterstand zugerechnet werden. Auch der größte Teil des erfaßten weiblichen "freien" Personals von 6701 Personen dürfte in diese Kategorie fallen. Friedrich Zimmer schätzte 1903 den Anteil der Wärterinnen auf höchstens 15% des weiblichen Krankenpflegepersonals, da sie fast vollständig durch das organisierte Krankenpflegepersonal der verschiedenen religiösen, interkonfessionellen und bürgerlichen Genossenschaften verdrängt seien.<sup>404</sup> Demnach läßt sich der Anteil des erfaßten unorganisierten weiblichen Personals, der nach der Statistik von 1909 20%

---

<sup>402</sup> Vgl. SEIDLER/LEVEN (2003), S. 225.

<sup>403</sup> 1905 hatte Preußen 37.293.324 Einwohner, das Reich 60.641.278. Der Anteil der Einwohner Preußens betrug damit 61,5%. Vgl. Die Verbreitung des Heilpersonals 1909, S. 110\*.

<sup>404</sup> ZIMMER (1903), Staatsaufsicht über das Krankenpflegewesen, S. 73.

betrug, weitgehend mit Wärterinnen gleichsetzen. Ein weiterer Hinweis ist die Mitgliedschaft des Krankenpflegepersonals in Interessenverbänden in der Weimarer Republik. B.O.K.D.-Vorstandsmitglied Charlotte Caemmerer beklagte 1915 20.000 unorganisierte Krankenpflegerinnen in Deutschland und bedauerte die Verlangsamung der Entwicklung der B.O.K.D.<sup>405</sup> Die B.O.K.D. stagnierte weitgehend zwischen 1911 und 1930 bei 3.000 bis 4.000 Mitgliedern.<sup>406</sup> Dagegen stieg die Anzahl der Mitglieder der freigewerkschaftlichen Reichssektion Gesundheitswesen gegenüber dem Vorkriegshöchststand 1913 von 3391 Mitgliedern bis 1920 auf rund 50.000 Mitglieder an,<sup>407</sup> nachdem das Kriegsende die Koalitionsfreiheit für das gesamte Anstaltspersonal und die Aufhebung der Gesindeordnung gebracht hatte.<sup>408</sup> Eine unbekannte Zahl von Personen wurde nicht erfaßt, wenn der Beruf nicht behördlich gemeldet war oder in Krankenhäusern kleiner Städte in Preußen von Angehörigen anderer Berufe ausgeübt wurde. Eine Auswertung von Berichten der preußischen Regierungsbezirke aus dem Jahr 1897 führte seitens des zuständigen Medizinalbeamten im preußischen Kultusministerium, Eduard Dietrich, zu der Schlußfolgerung, daß die meisten Pflegepersonen aus dem Dienstpersonal und der arbeitenden Bevölkerung hervorgingen.<sup>409</sup>

Damit bleibt die Zahl der Rot-Kreuz-Schwestern, der Angehörigen der B.O.K.D., des Evangelischen Diakonievereins und der städtischen Schwesternschaften übrig. Diese dürfte von der Größenordnung her mit der Zahl an bürgerlichen Frauen übereinstimmen, die die Krankenpflege gegen Entgelt und nicht als "christliche Liebestätigkeit" ausübten. Die Zahl der Rot-Kreuz-Schwestern wurde für 1905 mit reichsweit rund 2.000 angegeben.<sup>410</sup> Schätzt man für Preußen die Zahl auf drei Fünftel, so ergibt sich die Zahl von 1.200 Rot-Kreuz-Schwestern. Die B.O.K.D. zählte 1909 reichsweit 2.604 Mitglieder,<sup>411</sup> was rund 1.600 Mitglieder für Preußen ergibt. 1905 waren ebenfalls reichsweit rund 2000 Schwestern im Viktoria-

---

<sup>405</sup> CAEMMERER (1915), Berufskampf der Krankenpflegerin, S. 146f.

<sup>406</sup> HELMERICHS (1992), Krankenpflege im Wandel, S. 241.

<sup>407</sup> FRIEDRICH-SCHULZ (1928), Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 65.

<sup>408</sup> FRIEDRICH-SCHULZ (1928), Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 37.

<sup>409</sup> DIETRICH, Bericht über das Pflegepersonal in den preussischen Krankenanstalten, 06.10.1900, S. 5.

<sup>410</sup> HALLE (1905), Sozialpolitische Aufgaben gegenüber dem Krankenpflegerinnenstande, S. 34.

<sup>411</sup> Vgl. CAEMMERER (1915), Berufskampf der Krankenpflegerin, S. 143.



haus, in städtischen Diensten und anderen derartigen Verbänden tätig,<sup>412</sup> so daß für Preußen von 1.200 Schwestern auszugehen ist. Der Evangelische Diakonieverein hatte 1909 1.260 Mitglieder,<sup>413</sup> was eine Größenordnung von rund 750 Mitgliedern in Preußen ergibt. So läßt sich die Zahl der Personen, die in Preußen als Mitglieder einer Schwesternschaft bzw. Vereinsorganisation die Krankenpflege als "bürgerlichen Frauenberuf" ausübten, auf rund 5.000-6.000 schätzen.

Bürgerliche Frauen, die in Preußen außerhalb der konfessionellen Mutterhausorganisationen die Krankenpflege als Erwerbsberuf ausübten, waren also vor dem 1. Weltkrieg eine kleine Minderheit. Ihr Anteil am gesamten Krankenpflegepersonal dürfte, wenn überhaupt, nicht viel höher als 10% gelegen haben.

Allerdings war gerade die "bürgerliche Krankenpflege" in Gestalt von Schwesternverbänden in Städten wie Berlin und Hamburg in der Öffentlichkeit präsent. Gemeinsam war den Verbänden eine Tendenz hin zu einer einjährigen Ausbildung von Frauen aus gebildeten Kreisen und zu einer Organisation in bürgerlichen Vereinen. Die Frauen waren in eine Verbands- bzw. Vereinsstruktur eingebunden, die eine Gewähr für das Verhalten ihrer Mitglieder bot und gleichzeitig eine Kontrollfunktion wahrnehmen konnte. Die Öffentlichkeitsarbeit der Verbände, Zeitschriften des Roten Kreuzes, des Evangelischen Diakonievereins und später der B.O.K.D. trugen das ihrige dazu bei, die Schwesternpflege des jeweiligen Verbandes zu propagieren. So erscheint es plausibel, daß die bürgerliche Krankenpflege durch Frauen weit mehr Aufmerksamkeit erhielt, als es ihrem tatsächlichen Anteil am Krankenpflegepersonal entsprach.

Daß die Krankenpflege für bürgerliche Frauen in keiner Weise attraktiv war, darüber konnte auch nicht die Rhetorik Agnes Karlls hinwegtäuschen, die die Krankenpflege als den "schönsten" bürgerlichen Frauenberuf darstellte.<sup>414</sup> Bürgerliche Frauen waren in ihrer ganz überwiegenden Mehrzahl eben nicht dazu bereit, den Krankenpflegeberuf auszuüben. Ärzte wiederum forderten das "gebildete Element" unter dem Krankenpflegepersonal ein, weil die Nähe der "freien" Krankenpflege zum Dienstboten- und zum Arbeiterstand viel größer war als zu einem bürgerlichen Frauenberuf<sup>415</sup> – sie taten dies aus gutem Grund, denn im späten 19. Jahrhundert

---

<sup>412</sup> HALLE (1905), Sozialpolitische Aufgaben gegenüber dem Krankenpflegerinnenstande, S. 34.

<sup>413</sup> HELMERICHS (1992), Krankenpflege im Wandel, S. 141.

<sup>414</sup> KERCHNER (1992), Beruf und Geschlecht, S. 180.

<sup>415</sup> ISRAEL (1907), Die Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen, Diskussionsbeitrag Rudolf Salzwedel, S. 158.

stiegen die fachlichen Anforderungen an das Krankenpflegepersonal deutlich an.

#### *II.5.5. Steigende fachliche Anforderungen an das Krankenpflegepersonal*

Allmählich gewann das Krankenhaus als "Anstalt für heilbare Kranke" im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert an Ansehen.<sup>416</sup> Dies war zu einem wesentlichen Teil auf die Anwendung von neuen Erkenntnissen in Bakteriologie und Hygiene im Krankenhausbetrieb zurückzuführen, zumal vor dem Beginn der Antibiotika-Ära in der Mitte des 20. Jahrhunderts Infektionen eine der Haupttodesursachen waren. Ende der 1860er Jahre wurde das Konzept der Antisepsis entwickelt.<sup>417</sup> Dieses setzte sich in Deutschland während der 1870er Jahre durch. Seit dem Ende der 1880er Jahre stellte die Asepsis die Chirurgie auf eine völlig neue Basis. Sie beeinflusste mit der gezielten Isolierung infektiös Erkrankter auch stark die Medizinische Klinik.<sup>418</sup> Die Fortschritte in der Bakteriologie führten zu der Erkenntnis, daß die Tätigkeit des nachgeordneten Personals als "Handlanger" ohne Verständnis für Zusammenhänge bei der Übertragung von Krankheiten den Behandlungserfolg gefährden konnte. Krankenpflege als Komplementärfunktion zum ärztlichen Handeln gegenüber der Krankenpflege als möglicher Konkurrenz, die es zu verhindern galt, trat damit stärker in den Vordergrund.

Sobald die Chirurgen am Ende des 19. Jahrhunderts nicht mehr in Straßenkleidung operierten,<sup>419</sup> wurde auch die Ordenstracht im Operationsaal zum Ärgernis.<sup>420</sup> Besonders drastisch brachte der Chirurg Theodor Kocher (1841-1917) das Selbstverständnis des Chirurgen zum Ausdruck:

---

<sup>416</sup> Vgl. STÜRZBECHER (1976), Allgemeine und Spezialkrankenhäuser, S. 105-120, insbesondere S. 119 zu den Privatkliniken, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann, die aber um die Jahrhundertwende eine bedeutende medizinische und soziale Funktion hatten. Zum Wandel der Hospitäler von kirchlich-karitativen Pflegeinstitutionen zu Krankenhäusern für heilbare Kranke im 18. und 19. Jahrhundert allgemein vgl. DROSS (2004), Krankenhaus und lokale Politik, S. 84-112.

<sup>417</sup> Einen Überblick bietet BYNUM (2006), The Rise of Science in Medicine, S. 155-162.

<sup>418</sup> SPREE (2000), Anspruch und Wirklichkeit der Krankenhausbehandlung im 19. Jahrhundert, S. 145.

<sup>419</sup> TRÖHLER (1993), Surgery (modern), S. 991f.

<sup>420</sup> Vgl. z. B. die von Gottfried Ruegenberg und 15 weiteren katholischen Ärzten versandte "Ärztliche Denkschrift" vom 1. Februar 1904 (siehe Kapitel II.6.1.). Die ärztliche Denkschrift ist abgedruckt in Hainbuch (1982), Die Gründung des "Katholischen Krankenfürsorgevereins", S. 42-69, aber nur zum Teil: Bei den Vorschlägen fehlen "III. Die Ausbildung betreffend" und "IV. Das Verhältnis zwischen Orden und Krankenhausärzten betreffend" (S. 16f. der Denkschrift).

"Wie oft habe ich sehen müssen, daß Aerzte sich reinigen, daß es einem für ihre Haut bange wird, aber die Operationsschwester, nachdem sie sich gereinigt hat, hilft ruhig dem Patienten die schmutzigen Kleider ausziehen, hilft ihn zurechtlegen, bevor er noch geputzt ist, oder sie trägt einen Ordensanzug, welcher eine Reinigung in chirurgischem Sinne überhaupt unmöglich macht, und wenn die gut sterilisierten Faden zugereicht werden, so fährt sie mit denselben an allen möglichen Tüchern oder Kleidungsstücken herum. Garantie für einen guten Ausgang nach der wichtigsten Seite, derjenigen eines aseptischen Verlaufes, kann der Chirurg bloß übernehmen, wenn man ihm die Kranken an den Ort bringt, wo er sowohl das Hilfspersonal als die sämtlichen Zurüstungen genau kennt und wo er befehlen kann."<sup>421</sup>

Gleichzeitig trat das ärztliche Bedürfnis nach einer besseren Ausbildung des Krankenpflegepersonals immer deutlicher zutage. Nicht zuletzt mußte das Pflegepersonal den Umgang mit neuer medizinischer Technik beherrschen.<sup>422</sup> Diese war eng verbunden mit der Weiterentwicklung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und der Einführung neuer Geräte ins Krankenhaus. Im Lauf der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kam in den Krankenhäusern eine zunehmende Zahl an Instrumenten zur Diagnostik und Therapie in Gebrauch: Fieberthermometer, Stethoskope, subkutane Injektionsspritzen, Kehlkopf- und Blasen Spiegel sowie Blutdruckmeßgeräte. Die Ausrüstung für Sterilisierung und Asepsis konnte sich dagegen aus Kostengründen viel schwerer verbreiten. Die medizinischen Entdeckungen fanden nur langsam ihren Weg aus den Forschungszentren (Universitäten, Kliniken und Laboratorien) in die gewöhnlichen Krankenhäuser. Erst ganz am Ende des 19. Jahrhunderts war dank der Bakteriologie das Problem der Wundinfektion für die Praxis grundsätzlich gelöst.<sup>423</sup> Die Entwicklung der Anästhesie trug dazu bei, daß immer ausgedehntere Operationen möglich wurden. Auch die Röntgentechnik breitete sich nach der Entdeckung der Röntgenstrahlen durch Konrad Wilhelm Röntgen (1845-1923) im Jahr 1895 in Windeseile aus.

Mit der wachsenden Verwissenschaftlichung des Gesundheitssektors wurde die starke Diskrepanz zwischen dem Bedarf an geschultem Pflegepersonal und den bisherigen Qualifizierungsmaßnahmen immer deutlicher fühlbar.<sup>424</sup> Seit den 1880er Jahren wurden vermehrt Krankenpflegelehrbücher veröffentlicht, die fast ausschließlich von Ärzten verfaßt wurden.

---

<sup>421</sup> KOCHER (1907), Chirurgische Operationslehre, Vorwort zur fünften Auflage, S. VI.

<sup>422</sup> Vgl. JACOBSON (1900), Geistliche und weltliche Krankenpflege vom ärztlich-therapeutischen Standpunkt, S. 715.

<sup>423</sup> HUDEMANN-SIMON (2000), Die Eroberung der Gesundheit 1750-1900, S. 156.

<sup>424</sup> KERCHNER (1992), Beruf und Geschlecht, S. 176f.

Eines der bedeutendsten war Theodor Billroths (1829-1894) 1881 erstmals erschienenen Büchlein "Die Krankenpflege im Hause und im Hospitale"<sup>425</sup>. Die 9. verbesserte Auflage erschien 1919. Auch auf evangelischer und katholischer Seite erschienen Krankenpflegelehrbücher, die den speziellen karitativen Charakter der Krankenpflege zu wahren suchten und in mehreren Auflagen gedruckt wurden.<sup>426</sup>

Die an der Charité verwendeten und immer wieder überarbeiteten Lehrbücher zeigen, daß neue wissenschaftliche Erkenntnisse und ihre Umsetzung in Diagnostik und Therapie zunehmende Anforderungen an die Krankenpflege nach sich zogen. Am Beispiel der Infektionskrankheiten und der Wundinfektionen läßt sich dies besonders anschaulich zeigen. Das von Friedrich Ravoth (1816-1878) bearbeitete Lehrbuch von 1874 spiegelte noch die Hilflosigkeit der zeitgenössischen Medizin im Umgang mit Infektionen wider. Die Hinweise zur Verhinderung von Ansteckung beschränkten sich noch auf allgemeine Ratschläge zur Person des Krankenwärters und zum Umgang mit dem Kranken. So hatte der Krankenwärter auf Reinlichkeit zu achten, im Essen und Trinken mäßig zu sein und genügend zu schlafen. Er sollte seine Kleider öfters wechseln, sich in der Nacht warm anziehen und sich an freier Luft mäßig bewegen. Beim Umgang mit dem Kranken setze er sich am besten an das Kopfende des Krankenbetts und nähere sich dem Gesicht des Kranken nur dann, wenn es nötig sei. Die Stuhlausleerungen des Kranken müßten sogleich bedeckt, hinausgetragen und das Steckbecken sorgfältig gereinigt und desinfiziert werden. Es sei zweckmäßig, daß der Wärter öfters den Mund mit Weinessig ausspüle, auch Gesicht und Hände mit Essig wasche und an starkem Essig bisweilen rieche. Nach dem Tod eines Kranken dürfe er Kleidungsstücke oder sonstige Gegenstände nicht ohne Erlaubnis des Arztes annehmen. Eigenes Unwohlsein bei der Wartung eines ansteckenden Kranken dürfe er nicht verschweigen, sondern er müsse dem Arzt davon Anzeige machen. Namentlich auf Appetitlosigkeit, Ekel, Erbrechen,

---

<sup>425</sup> BILLROTH (1881), Die Krankenpflege im Hause und im Hospitale.

<sup>426</sup> MARX (1888), Unterrichtsbuch für angehende Krankenpflegerinnen. MARX (1889), Unterrichtsbuch für angehende Krankenpflegerinnen. MARX (1893), Handbüchlein der Krankenpflege zu Hause und im Hospitale, zugleich ein Unterrichtsbuch für angehende Krankenpflegerinnen. MARX/MARX (1909), Handbüchlein der Krankenpflege zu Hause u. im Hospitale. SICK (1884), Die Krankenpflege in ihrer Begründung auf Gesundheitslehre. SICK (1887), Die Krankenpflege in ihrer Begründung auf Gesundheitslehre. SICK/SICK/SICK (1922) Die Krankenpflege in ihrer Begründung auf der Gesundheitslehre mit besonderer Berücksichtigung der weiblichen Diakonie.

Frösteln, Abgespanntheit des ganzen Körpers, Kopf- und Rückenschmerzen habe er zu achten.<sup>427</sup>

In der nächsten Auflage von 1889 gab es bereits ein eigenes Kapitel "Pflegerische Anstalt für ansteckende Krankheiten. Desinfektion. Entstehung der ansteckenden Krankheiten". Die wichtigsten Infektionskrankheiten wurden aufgezählt, Bakterien erwähnt, die Absonderung ansteckender Kranker vorgeschrieben und Regeln für weitergehende pflegerische Maßnahmen bei Typhus, Cholera, Ruhr, Flecktyphus, Masern, Scharlach, Pocken und Diphtherie gegeben. Unter den aufgezählten Desinfektionsmitteln wurde das Karbolwasser hervorgehoben, das für eine erste Desinfektion nicht waschbarer Gegenstände diene und der Reinigung aller Personen, die mit Cholera-, Pocken-, Diphtherie-, Scharlach- oder Flecktyphuskranken in Kontakt gekommen waren.<sup>428</sup> Das Krankenpflegepersonal mußte also auf die Diagnose einer Krankheit hin für die jeweilige Krankheit spezifische Pflegeakte durchführen können. In der 8. Auflage des Krankenpflegelehrbuchs von 1904 waren diese Anforderungen noch weiter ausdifferenziert. Rudolf Salzwedel (1854-1929), seit 1892 Leiter der Krankenpflegeschule an der Charité,<sup>429</sup> erläuterte in einem einführenden theoretischen Abschnitt "Die Natur der ansteckenden Krankheiten" Bakterien, ihre "Krankheitsgifte" und "Ansteckungsstoffe" sowie die Wege ihrer Verbreitung. Dann leitete er zur Verhütung der Ansteckung und Grundsätzen der Desinfektion sowie zur Darstellung einzelner Infektionskrankheiten über.<sup>430</sup>

Die Einführung von Asepsis und Antisepsis führte nicht nur dazu, daß Wundbrand und Sterblichkeit nach operativen Eingriffen drastisch zurückgingen und zunehmend kompliziertere Operationen erfolgreich durchgeführt werden konnten, sondern auch dazu, daß das Pflegepersonal entsprechende Grundkenntnisse erwerben mußte, um den Erfolg nicht zu gefährden. Von Desinfektionsmaßnahmen im Rahmen einer Operation war im Krankenpflegelehrbuch der Charité von 1874 noch nicht die Rede; die Carbonsäure, mit der Joseph Lister (1827-1912) in England seit den 1860er Jahren zur Verhinderung des Wundbrands bei Operationen erfolgreich experimentierte, wurde lediglich beiläufig erwähnt.<sup>431</sup> 1889 wurde auf besondere Operationszimmer, auf die Reinigung und Desinfektion von Ge-

---

<sup>427</sup> RAVOTH (1874), Handbuch der Krankenwartung, S. 144-146.

<sup>428</sup> RIEBEL (1889), Leitfaden der Krankenwartung, S. 63-67.

<sup>429</sup> Zu Salzwedel vgl. STÜRZBECHER (1979), Berliner Ärzte: Namen, die kaum noch einer nennt. 1. Folge: Rudolf Salzwedel (1854-1929), S. 451f. BÄR (1999), Der Einfluß der Berliner Ärzte Jacobsohn und Salzwedel, S. 50-52.

<sup>430</sup> SALZWEDEL (1904), Handbuch der Krankenpflege, S. 188-287.

<sup>431</sup> RAVOTH (1874), Handbuch der Krankenwartung, S. 26.

sicht, Armen und Händen, die Desinfektion der Instrumente durch Carbol-lösung und auf Grundsätze der Chloroform-Narkose hingewiesen.<sup>432</sup> Die antiseptische Wundbehandlung erhielt ein eigenes Unterkapitel. Carbol-säure, Quecksilbersublimat und Jodoform wurden als starke Gifte, deren Anwendung vorsichtig geschehen mußte, vorgestellt.<sup>433</sup> Das antiseptische Verfahren, die Sauberkeit der Kleidung, Desinfektion von Händen und Unterarmen, Reinigung von Instrumenten, Waschen der Umgebung der Wunde und Ausspülen der Wunde wurde eigens betont.<sup>434</sup>

Angesichts des Fehlens von Ausbildungsstätten für Krankenpflegepersonal außerhalb der Krankenpflegeverbände wurden "Dienstbotenkarrieren" des "freien" Krankenpflegepersonals beobachtet. Dienstboten in den Krankenhäusern wurden zunächst aushilfsweise zur Krankenpflege herangezogen. Bewährten sie sich und zeigten sie Neigung zum Beruf, blieben sie dabei. In vielen Fällen wurde nämlich außer freier Station nur der Lohn eines Dienstboten gewährt,<sup>435</sup> so daß die Stellen auch nur für Dienstboten attraktiv waren. In Berlin wuchs die Zahl von Vereinigungen "freier" Krankenpflegerinnen, die die Privatkrankenpflege als Erwerb betrieben und zum Teil keinen Ausbildungsgang bei den anerkannten Krankenpflegeverbänden absolviert hatten. Der mit der Krankenpflege intensiv befaßte Berliner Arzt Paul Jacobsohn (1868-1931) schätzte 1906 die Zahl der "Pflegerinnenheime" dieser Art in Berlin etwa auf 90.<sup>436</sup>

Der Entstehung der medizinischen Spezialfächer<sup>437</sup> stand jedoch keine staatlich anerkannte Ausbildung in der Krankenpflege gegenüber, so daß am Ende des 19. Jahrhunderts "Wildwuchs" herrschte: Auf Seiten des Krankenpflegepersonals wurden Tendenzen zur Spezialisierung auf bestimmte Teilgebiete wie Massage, kalte Abreibungen, Schmierkuren, Badepflege oder kleine Chirurgie beobachtet.<sup>438</sup> Personen, die längere Zeit in Spezialkrankenanstalten oder -abteilungen gearbeitet hatten, be-

---

<sup>432</sup> RIEBEL (1889), Leitfaden der Krankenwartung, S. 122-124.

<sup>433</sup> RIEBEL (1889), Leitfaden der Krankenwartung, S. 117.

<sup>434</sup> RIEBEL (1889), Leitfaden der Krankenwartung, S. 119f.

<sup>435</sup> DIETRICH, Bericht über das Pflegepersonal in den preußischen Krankenanstalten vom 06.10.1900, S. 6.

<sup>436</sup> JACOBSON (1906), Beschaffung von Pflegepersonal in dringenden Erkrankungsfällen, S. 158f.

<sup>437</sup> Zur Spezialisierung der Medizin vgl. HUERKAMP (1985), Der Aufstieg der Ärzte, S. 167-193; EULNER (1970), Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer; RIEDL (1982), Die Auseinandersetzungen um die Spezialisierung in der Medizin von 1862 bis 1925.

<sup>438</sup> JACOBSON (1898), Ueber Specialkrankenpflege, S. 653.

zeichneten sich, wenn sie sich selbständig gemacht hatten, als Spezialisten für dieses Fachgebiet.<sup>439</sup> Lediglich in der Ausbildungspraxis etablierter "weltlicher" Krankenpflegeverbände gab es – bei großen Unterschieden – eine Tendenz in Richtung einer bis zu einjährigen Ausbildung.<sup>440</sup>

Ein Beispiel für eine praktische Lösung angesichts der Notwendigkeit, zuverlässiges Krankenpflegepersonal zu rekrutieren, war der Berliner Zentral-Krankenpflege-Nachweis. Er wurde am 1. Dezember 1902 gegründet, um für ganz Berlin und seine Nachbargemeinden im Bedarfsfall in kürzester Zeit geeignetes männliches oder weibliches Pflegepersonal zu besorgen. Die Leitung lag in den Händen von Ärzten.<sup>441</sup> Vorsitzender wurde Sanitätsrat Sally Alexander, der auch Vorsitzender des Ärztevereins der Berliner Rettungsgesellschaft war, in dessen Räumen der Krankenpflege-Nachweis angesiedelt wurde. Paul Jacobsohn übernahm das Amt des Schriftführers. Die Vertretung durch Ärzte sollte der Einrichtung finanzielle Mittel und gesellschaftlichen Einfluß sichern.<sup>442</sup> Um die Aufgaben der öffentlichen Krankenfürsorge zur Zufriedenheit der Ärzte und der Bevölkerung erfüllen zu können, wollten die Ausschußmitglieder des Zentral-Krankenpflege-Nachweises "möglichst gut geschultes, gesiebtetes und einwandfreies Krankenpflegepersonal darbieten".<sup>443</sup> Unmittelbar nach der Gründung schlossen sich unter anderem Verbände der Diakonie, des Roten Kreuzes und der Deutsche Krankenpfleger-Bund an.<sup>444</sup> Bis zum 30. März 1914 beschaffte der Zentral-Krankenpflege-Nachweis in 17.236 Fällen Pflegepersonal, davon in 7.062 Fällen mit Honorarermäßigung und in 688 Fällen unentgeltlich.<sup>445</sup> Bereits vor der gesetzlichen Einführung einer staatlichen Prüfung für das Krankenpflegepersonal wurden also Unterscheidungsmerkmale für dasjenige Krankenpflegepersonal eingeführt, das aus Sicht von Ärzten und Regierung eine Gewähr für Zuverlässigkeit bot und gegenüber dem übrigen Vorrang haben sollte.

---

<sup>439</sup> JACOBSON (1898), Ueber Specialkrankenpflege, S. 631.

<sup>440</sup> Vgl. HUMMEL (1986), Krankenpflege im Umbruch, S. 91-100.

<sup>441</sup> HENIUS (1909), Der Centralkrankenpflegenachweis für Berlin und Umgebung, S. 37.

<sup>442</sup> BÄR (1999), Der Einfluß der Berliner Ärzte Jacobsohn und Salzwedel, S. 32.

<sup>443</sup> BÄR (1999), Der Einfluß der Berliner Ärzte Jacobsohn und Salzwedel, S. 32.

<sup>444</sup> Berlin, GStA, PK, 1. HA, Rep. 76 VIII A, Nr. 652, Anlage zum Schreiben des Ausschusses des Central-Krankenpflege Nachweises für Berlin und Umgebung an das preußische Kultusministerium vom 06.02.1903, [Verzeichnis der dem Central-Krankenpflege-Nachweis angeschlossenen] Krankenpflege-Organisationen, Bl. 27a.

<sup>445</sup> Kleine Mitteilungen [Zentral-Krankenpflege-Nachweis für Berlin und Umgebung: Generalversammlung vom 30.03.1914], S. 863.

Vor Ort ergriffen Ärzte die Initiative, das nachgeordnete Personal auszubilden. In Ostpreußen bestand Bedarf an Wochenpflegerinnen für begüterte Familien und für theoretisch und praktisch ausgebildete Wärterinnen in privaten Frauenheilanstalten, so daß halbjährliche Kurse für Kranken- und Wochenpflege-Schülerinnen an der Universitätsfrauenklinik in Königsberg eingerichtet wurden und ein Leitfaden veröffentlicht wurde.<sup>446</sup> Am Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinderkrankenhaus in Berlin wurde 1900 eine Pflegerinnenschule eröffnet, die eine halbjährige Lehrzeit mit Prüfung und anschließend eine halbjährige Tätigkeit auf einer Abteilung des Krankenhauses vorsah.<sup>447</sup> Der "Alexianerskandal" in der Pflegeanstalt für Geisteskranke Marienberg bei Aachen von 1894/1895, bei dem ein angeblich widerrechtlich festgesetzter schottischer Geistlicher befreit wurde und unter anderem Mängel bei der Pflege der Insassen und in der Beaufsichtigung des Pflegepersonals zutage kamen,<sup>448</sup> führte ab 1896/1897 zur dreimonatigen Ausbildung des Wartepersonals durch Anstaltsärzte.<sup>449</sup> An der Geisteskranken-Anstalt Herzberge wurde um die Jahrhundertwende zweimal pro Jahr ein Anfängerkursus und einmal pro Jahr ein Fortbildungskursus für Pflegepersonal eingeführt, das mindestens eineinhalb Jahre tätig, praktisch und mit dem "nötigen Verständnis" begabt war.<sup>450</sup>

Die große Breite der Anstalten, in denen Krankenpflegepersonal beschäftigt wurde, zeigt eine Statistik von 1910, in der 2.015 Allgemeine Krankenhäuser, 305 Anstalten für Geistes- und Nervenkrankheiten, 117 Augenheilanstalten, 232 Anstalten für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten, 70 Lungenheilstätten, 50 Kinderheilstätten, 36 Siechenhäuser, 35 Genesungsheime, 26 chirurgisch-orthopädische Anstalten, 25 Anstalten für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, 24 Trinkerasyale, 21 Kaltwasseranstalten, 19 physikalisch-diätetische Anstalten, 16 Krüppelheime, 14 Anstalten für Unfallverletzte, 13 Anstalten für Geschlechtskrankheiten und 42 andere Anstalten aufgeführt wurden.<sup>451</sup>

---

<sup>446</sup> BOSSE (1901/1902), Der Unterricht in der Kranken- und Wochenpflege, S. 282.

<sup>447</sup> BAGINSKY (1902/1903), Die Kinderpflegerinnen-Schule im Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinderkrankenhause in Berlin, S. 81-87.

<sup>448</sup> Zum "Alexianerskandal" vgl. Kapitel II.7.4. der vorliegenden Arbeit.

<sup>449</sup> SCHAFFER (1999), Die Pflegeanstalt Marienberg bei Aachen, S. 189.

<sup>450</sup> KAPLAN (1901/1902), Der Unterricht des Pflegepersonals für Geisteskranke, S. 468.

<sup>451</sup> Zahlenangaben nach BEHLA (1911/1912), Die Arbeits- usw. Verhältnisse der in Heilanstalten des preussischen Staates im Krankenpflegedienste beschäftigten Personen, S. 614f. Vergleicht man die 2.015 erfaßten Allgemeinen Krankenhäuser mit den 2.278, die im Jahr 1909 erfaßt wurden, so ergibt sich ein Erfassungsgrad von rund 90%. Zu



Als *Fazit* läßt sich feststellen: Während sich der Ausbau des Gesundheitswesens beschleunigte und eine stürmische wissenschaftliche Entwicklung zu neuen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in der Medizin führte, hatte die Krankenpflege die Schattenseiten dieser Entwicklung zu tragen.

Diese bestanden in einer mehrfachen Überforderung: Erstens gab es für die anstehenden Aufgaben zu wenig Pflegepersonal, und aufgrund der geringen Attraktivität des Pflegeberufs verschlimmerte sich dieser Mangel noch. Zweitens reichten die traditionellen Pflegetraditionen zumindest in den konfessionellen Mutterhausorganisationen immer weniger aus, um die Ansprüche der Ärzte zu befriedigen. Der Differenzierung der Medizin in verschiedene Spezialgebiete standen lediglich ärztliche Initiativen vor Ort gegenüber, um das Pflegepersonal nach ihrem Bedarf auszubilden. Eine institutionalisierte und strukturierte Ausbildung fehlte, und der preußische Staat fiel als Kontroll- und Lenkungsinstanz aus.

Die Zielgruppe gebildeter bürgerlicher Frauen blieb dem Krankenpflegeberuf weitestgehend fern. Damit war diejenige soziale Schicht innerhalb der Pflegeberufe, von der Professionalisierungsbestrebungen in erster Linie hätten ausgehen können, nur sehr gering vertreten. Angesichts dieser Situation stellt sich die Frage, welche Initiativen von den Pflegeorganisationen selbst bzw. ihren Interessenvertretern in dieser Situation ausgingen und welche handlungsleitenden Motive diesen zugrunde lagen. Der Schwerpunkt liegt im Folgenden auf Modernisierungsprozessen und den Auseinandersetzungen über Qualifizierung und Organisation der Krankenpflege im Vorfeld des preußischen Krankenpflege-Examens: Wie positionierten sich die konfessionelle Krankenpflege, das Rote Kreuz, die B.O.K.D. und Verbände des Wärterstands? Welche Spannungsfelder und Interessengegensätze gab es zwischen den verschiedenen weltanschaulichen Lagern und innerhalb dieser Lager?<sup>452</sup>

---

den Zahlen für 1909 vgl. Die Heilanstalten im preussischen Staate während des Jahres 1909, S. 4.

<sup>452</sup> Die sozialen Probleme des Pflegepersonals werden als Teil des politischen Entscheidungsprozesses zwischen 1900 und 1914 zwar mitbehandelt, bedürfen aber weiterer Untersuchungen.

## **II.6. Die Leistungen, Interessen und politischen Mitwirkungsmöglichkeiten der Krankenpflegeverbände**

### *II.6.1. Modernisierungsforderungen und konfessionelle Selbstbehauptung: die katholische Krankenpflege*

Politisches Gewicht erwuchs der katholischen Krankenpflege daraus, daß sie die größte und bedeutendste Gruppierung im Krankenpflegewesen stellte und von hochrangigen Vertretern der Amtskirche, dem preußischen Episkopat, politisch vertreten wurde. Dessen zentrales Anliegen war zu Beginn des 20. Jahrhunderts der Kampf gegen Tendenzen zur Säkularisierung, die seit der Aufklärung fortschreitende Entchristlichung und Entkirchlichung als Merkmale der Moderne. Eingriffe von außen in die Ordensstrukturen, und seien sie im Falle der Krankenhausorganisation auch medizinisch noch so gut begründet, ließen sich daher gleichzeitig auch als Schritte der Säkularisierung interpretieren.

So war die katholische Krankenpflege in den Abwehrkampf einbezogen, den die katholische Kirche angesichts konkurrierender Zeitströmungen und des Ausbaus öffentlicher Fürsorgeeinrichtungen führte. Die Position des preußischen Episkopats kam besonders prägnant 1915 auf der Fuldaer Bischofskonferenz unter der Leitfrage "Wo ist der Feind?" zur Sprache. Als Feinde der katholischen Caritas wurden zunächst "die Monopolisierung des gesamten Unterstützungsvereins in den Händen von Staat und Gemeinden" und "der antichristliche Logengeist, der in seiner Abneigung gegen alles spezifisch Katholische die Kirche im öffentlichen Leben ganz ausschalten will", genannt. Weiter heißt es:

"Der dritte Feind oder vielleicht richtiger der übermächtige Konkurrent ist der Protestantismus, der sich überall vordrängt und dort, wo man auch von oben einen christl. Charakter und Einfluß duldet, sich als den einzigen Vertreter des Christentums ansieht. Das Rote Kreuz ist ganz protestantisiert. Viele Wirkungskreise der Caritas, z. B. Kinderhorte, Krüppelfürsorge u. a., die einstweilen noch der privaten Wohltätigkeit überlassen wird, werden vom Protestantismus beherrscht. Wenn daneben auch die kath. caritativen Orden Beachtenswertes leisten, so haben die protestantischen Unternehmungen gerade für ihre Organisation eine größere Expansionskraft und dazu als Organisation auch den Schutz von Staat und hochgestellten Personen. Als vierter Feind kommt der Sozialismus in Betracht, der der Caritas überhaupt keinen Platz mehr gestattet und die Fürsorge für die Hilfsbedürftigen als eine Pflicht der Besitzenden und als ein Recht der Hilfsbedürftigen erklärt, für dessen Erfüllung man keinen Dank zu beanspruchen hat."<sup>453</sup>

---

<sup>453</sup> GATZ (1985), Akten der Fuldaer Bischofskonferenz III. 1900-1919. Anlagen zum Protokoll der Fuldaer Bischofskonferenz 1915, S. 248f.

Besondere Bedeutung kam Georg Kardinal Kopp (1837-1914)<sup>454</sup>, der "kirchenpolitische[n] Schlüsselfigur des preußischen Episkopates"<sup>455</sup> zu. Er war Bischof von Fulda seit 1881, Fürstbischof von Breslau seit 1887. Von 1899 bis zu seinem Tod fungierte er als Vorsitzender der Fuldaer Bischofskonferenz, die sich bis 1908 zur "Konferenz des deutschen Episkopats", allerdings noch ohne Beteiligung Bayerns, entwickelte.<sup>456</sup> Kopp war der Anführer der deutschen Integralistenpartei, die den Liberalismus und Laizismus, die ungebundene Wissenschaft und überhaupt die Öffnung gegenüber der Moderne kompromißlos ablehnte.<sup>457</sup> Als Vermittler zwischen preußischer Regierung und Heiligem Stuhl war er gleichzeitig der Protagonist des zur Verständigung mit dem Staat bereiten Flügels des Episkopats.<sup>458</sup> Kopp war auch für die Verhandlungen mit dem Kultusministerium über eine Akzeptanz der preußischen Krankenpflegeprüfung zuständig. Nach dem Ende des Kulturkampfes galt für die Amtskirche, trotz unüberbrückbarer weltanschaulicher Gegensätze und trotz der weiteren staatlichen Überwachung der Orden, mit der preußischen Regierung pragmatisch in Einzelfragen zu einem Interessensausgleich zu kommen.

Unter Kopps Vorsitz galt für die Fuldaer Bischofskonferenz bei der Bewertung anstehender Zeitfragen, das, was als Wesensgehalt des Katholischen angesehen wurde, zu bewahren. Hierbei zog die Bischofskonferenz einen sehr engen Rahmen für das, was als erlaubt zugestanden wurde. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts lehnte sie Hebammentätigkeit und Wöchnerinnenpflege von Ordensfrauen ab, eine Haltung, die erst 1917 offiziell geändert wurde.<sup>459</sup> Ebenfalls erst nach Kopps Tod wurde 1916 der 1897 von Lorenz Werthmann gegründete "C(h)aritasverband für das katholische Deutschland", der eine Modernisierung der katholischen Kirche forderte und sich auf vielen Gebieten sozialer Not betätigte, von der Fuldaer Bischofskonferenz offiziell anerkannt.

Seit den 1890er Jahren wuchs der Druck auf die katholischen Schwesternverbände. Zur erstarkenden Konkurrenz nichtkonfessioneller

---

<sup>454</sup> Zu Kopp vgl. WOLF-DAHME (2003), Kopp, Georg von. [http://www.bautz.de/bbkl/k/Kopp\\_g.shtml](http://www.bautz.de/bbkl/k/Kopp_g.shtml).

<sup>455</sup> Vgl. GATZ (1985), Einleitung, S. XVII. Kritisch über Kopp: ANDERSON (1981), Windthorst, S. 324f.

<sup>456</sup> Vgl. DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ, Geschichte der deutschen Bischofskonferenz (Langfassung). <http://www.dbk.de/wirueberuns/geschichte/langfassung/index.html>.

<sup>457</sup> WEHLER (1995), Deutsche Gesellschaftsgeschichte, Bd. 3, S. 1183f.

<sup>458</sup> NIPPERDEY (1990), Deutsche Geschichte 1866-1918, Bd. 1, S. 433.

<sup>459</sup> Vgl. GATZ (1985), Akten der Fuldaer Bischofskonferenz III. 1900-1919. Anlagen zum Protokoll der Fuldaer Bischofskonferenz 1917, S. 290.

Schwesternorganisationen traten berufspolitische Ansprüche von Seiten der Ärzteschaft. Die Auseinandersetzung entzündete sich am Vergleich mit neu gegründeten Krankenpflegeorganisationen. Auf katholischer Seite wurde beobachtet, daß mit der Gründung der Viktoria-Schwesternschaft, städtischer Schwesternschaften wie der Erika-Schwesternschaft in Hamburg und der B.O.K.D. die "humanitäre", also nicht explizit auf ein christliches Fundament gegründete Krankenpflege erstmals gegenüber der "christlichen Liebestätigkeit" konkurrenzfähig wurde.<sup>460</sup> Angesichts der Fortschritte in den medizinischen Wissenschaften reichte zudem die traditionelle Weitergabe von Wissen und Fertigkeiten durch die erfahrenere an die jüngere Schwester im Mutterhausverband weniger und weniger aus.

Engagierte katholische Geistliche und Ärzte trieben daher die Modernisierung der katholischen Krankenpflege voran, was auf ärztlicher Seite mit Standesinteressen Hand in Hand ging. Wesentliche Triebfeder war dabei der Caritasverband, dessen Publikationsorgan, die Zeitschrift "C(h)aritas", immer wieder neue Entwicklungen und Mißstände in der Krankenpflege aufgriff.

Bereits vor der Jahrhundertwende mahnte die führende Persönlichkeit der katholischen Landkrankenpflege, Matthias Kinn, Reformen an. Er beschrieb als Beispiel für die Entschiedenheit, sich in "humanitären Kreisen" der Krankenpflege anzunehmen, 1897 den einjährigen Krankenpflegekurs der Erikaschwestern des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf.<sup>461</sup> Gleichzeitig empfahl er den Ordensschwestern den Pflegekursus der evangelischen Viktoria-Schwestern am Krankenhaus Friedrichshain. Er wies darauf hin, daß schon wiederholt Postulantinnen einer katholischen Schwesterngenossenschaft daran teilgenommen hätten. Dies zeigt, daß er auf katholischer Seite entsprechende Ausbildungsstätten vermißte. Kinn rief die Generaloberinnen zu praktischen Lehrkursen in den Krankenhäusern auf und bot dazu die Unterstützung des Caritas-Komitees an.<sup>462</sup> Zwei Jahre später schrieb der katholische Arzt Ferdinand Marx in der Zeitschrift "Charitas" mahnend:

"Für die berufenen Krankenpfleger, besonders die der Ordensgenossenschaften, ergibt sich die schon oft hervorgehobene Lehre, daß zur erfolgreichen, modernen Krankenpflege nicht allein das Ordenskleid genügt, sondern daß eine Menge von Kenntnissen und Fertigkeiten erworben werden müssen."<sup>463</sup>

---

<sup>460</sup> Vgl. hierzu die Einschätzung von JOERGER (1920), Caritashandbuch, S. 159-161.

<sup>461</sup> KINN (1897), Ueber Fortschritte in der Krankenpflege, S. 70f.

<sup>462</sup> KINN (1897), Ueber Fortschritte in der Krankenpflege, S. 70.

<sup>463</sup> MARX (1899), Die Ausstellung für Krankenpflege in Berlin, S. 166.

Anlässlich der kurz zuvor in Berlin ins Leben gerufenen Ausstellung für Krankenpflege führte er aus, daß die Krankenpflege in den letzten Jahren nicht nur in wissenschaftlicher Hinsicht eine erhebliche Vertiefung erfahren habe, sondern auch einen reichen Zuwachs an technischen Hilfsmitteln hinzugewonnen habe, die dem Wohle des Kranken dienten.<sup>464</sup> Bereits in den 1880er Jahren hatte Marx ein Krankenpflegelehrbuch verfaßt, das den speziellen karitativen Charakter der Krankenpflege zu wahren suchte und bis zur Einführung des amtlichen preußischen Krankenpflegelehrbuchs 1909 mehrere Auflagen erlebte. Er hob dabei die Bedeutung moralischer Eigenschaften gegenüber den "technischen" Fertigkeiten heraus. Zur Krankenpflege befähige erfahrungsgemäß nur das Christentum. Für Lohn gedungenes Krankenpflegepersonal lasse sich dagegen nicht in genügender Zahl beschaffen, weil es wenige Menschen gebe, die mit den zu diesem Liebesdienst erforderlichen moralischen Eigenschaften ausgerüstet seien.<sup>465</sup>

Auch für das katholische Genossenschaftspersonal zeichnete sich die Notwendigkeit von Schulen am Horizont ab. Am St. Franziskus-Hospital in Köln-Ehrenfeld erhielten die "Armen-Schwestern vom heiligen Franziskus" ab etwa 1896 medizinischen Unterricht von den Ärzten des Hauses. Bis dahin waren sie von älteren Mitschwestern angelehrt worden. Am 1. April 1904 wurde dort eine Krankenpflegeschule mit dreimonatigen Kursen für Ordensschwestern der Genossenschaft aus dem ganzen Kölner Raum gegründet.<sup>466</sup>

Auf Seiten des Caritasverbands war auch der Mangel an Alternativen zur Ordenskrankenpflege für katholische Frauen, die sich der Krankenpflege widmen wollten, ein drängendes Anliegen, denn die Krankenpflegeorden stellten bis zur Jahrhundertwende die einzige Organisationsform der katholischen Krankenpflege. So trieb der Caritasverband vor dem 1. Weltkrieg die Einführung nicht ordensgebundener Krankenpflege voran. 1900 wurde in der Zeitschrift "Charitas" das Problem angesprochen, wohin sich eine junge katholische Frau wenden könne, die sich der Krankenpflege widmen wolle, ohne ins Kloster zu gehen, da die weltliche katholische Krankenpflege kaum entwickelt sei.<sup>467</sup> Als Lorenz Werthmann und Matthias Kinn mit Hilfe des Caritasverbands gegenüber dem sich reserviert verhaltenden preußischen Episkopat die Gründung katholischer

---

<sup>464</sup> MARX (1899), Die Ausstellung für Krankenpflege in Berlin, S. 165.

<sup>465</sup> MARX (1888), Unterrichtsbuch für angehende Krankenpflegerinnen, S. 1.

<sup>466</sup> REIMER (1999), Die Geschichte des St. Franziskus-Hospitals in Köln-Ehrenfeld, S. 91f.

<sup>467</sup> Fragekasten. Verband oder Anstalt für Krankenpflegerinnen (1900), S. 120, S. 144.

Krankenpflegevereine vorantrieben, hatten sie die Konkurrenz und das Vorbild des von Friedrich Zimmer gegründeten Zehlendorfer evangelischen Diakonievereins vor Augen. So schrieb Werthmann an Kinn 1902:

"Schon seit Jahren betrachte ich die wachsende Bedeutung des Diakonievereins mit einem gewissen Neide, desgleichen mussten wir immer mit wahrer Beschämung seitens unserer Auskunftsstelle auf die vielen von besser gestellten kathol. Jungfrauen nach einer geeigneten Ausbildung und Betätigungsstätte für den Krankenpflegerinnen beruf antworten, dass es leider auf katholischer Seite solche Anstalten nicht gebe; und endlich sahen wir auch mit wahren Schmerzen, dass manche der von uns so beschiedenen Jungfrauen sich beim Roten Kreuz oder sonstwo ein Plätzchen suchten. Ich hatte mich deshalb entschlossen, trotz der von den Congregationen gemachten Bedenken, endlich auch in der Caritas die Frage zu behandeln, zunächst durch Veröffentlichung einer Zuschrift einer gebildeten Dame über die vorwürfige Frage, dann durch die Erklärung, dass der Caritasverband sich verpflichtet erachte, an diese brennende Frage endlich Hand anzulegen."<sup>468</sup>

Alle, die guten Willens seien, entweder durch die Tat oder wenigstens durch guten Rat an der Verwirklichung des Gedankens mitzuwirken, sollten sich bei ihm melden.<sup>469</sup>

Bei der Gründung katholischer Krankenpflegevereine fanden sie Unterstützung von ärztlicher Seite. Heinrich Dreesmann (1865-1929), seit 1893 leitender Arzt am St.-Vinzenz-Krankenhaus in Köln, referierte auf dem zehnten Caritastag zu Dortmund über die Ausbildung und Organisation katholischer weltlicher Berufs-Krankenpflegerinnen<sup>470</sup> und setzte sich für die Organisationsform der Krankenpflegevereine ein. Gegründet wurden in den folgenden Jahren Krankenpflegevereine in Breslau und in Köln. Bis 1916 hatte sich die Haltung der Fuldaer Bischofskonferenz gewandelt. Nun erklärte sie:

"Sie anerkennt ferner die wachsende Bedeutung der weltlichen katholischen Krankenpflege und muß wünschen, daß die vielen jungen katholischen Mädchen, die als Krankenpflegerinnen tätig sind, sich in katholischen Verbänden zusammenschließen."<sup>471</sup>

---

<sup>468</sup> Freiburg, Archiv des Deutschen Caritasverbandes (ADCV), 080 Nachlaß Lorenz Werthmann, 080/39 Korrespondenz, alphabetisch, Ka-Ki, Kinn, Matthias, Rektor; Arenberg. Schreiben von Lorenz Werthmann an Matthias Kinn vom 25.11.1902.

<sup>469</sup> Schreiben von Lorenz Werthmann an Matthias Kinn vom 25.11.1902.

<sup>470</sup> DREESMANN (1904/1905), Ausbildung und Organisation katholischer weltlicher Berufs-Krankenpflegerinnen, S. 62-69.

<sup>471</sup> GATZ (1985), Akten der Fuldaer Bischofskonferenz III. 1900-1919. Protokoll der Bischofskonferenz, Fulda, 22.-23. August 1916, S. 266.

Ärztlicherseits wurde die Auseinandersetzung um Krankenpflege und Krankenhausorganisation sowohl als interne katholische Angelegenheit mit dem preußischen Episkopat als auch als Interessenkonflikt im Rahmen der Berufspolitik über den Leipziger Verband geführt.<sup>472</sup> 1904 schalteten sich sechzehn katholische Ärzte, vertreten durch den Zentrumsabgeordneten Gottfried Ruegenberg (1845-1909), Mitglied des preußischen Landtags und des Reichstags<sup>473</sup>, zumeist Leiter katholischer Krankenhäuser in der Rheinprovinz, mit der "Ärztliche[n] Denkschrift betreffend die katholische Ordens-Krankenpflege" an den preußischen Episkopat vehement in die interne Debatte ein.<sup>474</sup> Sorge um die Konkurrenzfähigkeit der katholischen Ordenskrankenpflege und um zeitgemäße Krankenpflegeausbildung, ärztliche Standesinteressen sowie Sorge um das Wohlergehen der Schwestern spielten hierbei zusammen. Nachdem sie mangelnde Körperhygiene, Ernährung und Nachtschlaf kritisiert hatten und eine hygienischere Ordenskleidung der Schwestern gefordert hatten, kamen sie auf drei Kernforderungen ärztlichen Standesinteresses zu sprechen.

Die Ärzte reklamierten für die katholischen Krankenhäuser nicht nur medizinische Befugnisse wie die ärztliche Leitung, sondern auch die Organisation des Krankenhauses. Sie forderten die unangefochtene Weisungsbefugnis gegenüber den Schwestern auf medizinischem Sektor.<sup>475</sup> Wo die Direktion einzig und allein in den Händen der Oberin liege, ergäben sich häufiger Differenzen. Anordnungen, die der Arzt im Interesse der

---

<sup>472</sup> Die Folgen der ärztlichen Forderungen zur Krankenhausorganisation sollen in Kapitel II.7.4. im Rahmen der ärztlichen Standespolitik erörtert werden, während an dieser Stelle die unmittelbare Reaktion des preußischen Episkopats dargestellt werden soll.

<sup>473</sup> Zu Ruegenberg siehe HAUNFELDER (1999), Reichstagsabgeordnete der Deutschen Zentrumspartei 1871-1933, S. 246f.

<sup>474</sup> Die herausgehobene Position Ruegenbergs erschließt sich aus der Antwort Georg Kardinal Kopps, die an Ruegenberg gerichtet war. Es ist zu vermuten, daß die anderen katholischen Ärzte die Denkschrift ausgearbeitet hatten und sich an Ruegenberg wandten, damit dieser der Denkschrift gegenüber Georg Kardinal Kopp zusätzliches Gewicht verleihe. Ein an "Euer bischöfl. Gnaden" gerichteter Begleitbrief vom 1. Februar 1904 im Archiv des Deutschen Caritasverbands trägt nicht die Unterschrift Ruegenbergs, sondern lediglich die der anderen Ärzte. Siehe den Begleitbrief zur "Ärztliche[n] Denkschrift betreffend die Katholische Ordens-Krankenpflege" in HÄHNER-ROMBACH (2008), Quellen zur Geschichte der Krankenpflege (Quelle I,8).

<sup>475</sup> Freiburg, Archiv des Deutschen Caritasverbands, CA XIIIa 3B, Katholische Krankenfürsorge, RUEGENBERG, BARDENHEUER, BEAUCAMP, DREESMANN, HEIGEL, KRABEL, LOSSEN, ODENTHAL, RINCHEVAL, ROTTER, SCHULTZE, SCHWARTZ, URBAN, WESENER, WIRSING, WOLFF: Ärztliche Denkschrift betreffend die katholische Ordenskrankenpflege, Februar 1904, S. 16.

Kranken, der Schwestern oder des Betriebs für nötig halte, werde häufig keine Folge bzw. es werde passiver Widerstand geleistet.<sup>476</sup> Befugnisse, die für die ärztliche Leitung zu reklamieren seien, seien die Entscheidung über Aufnahme und Entlassung des Kranken, die Plazierung der Kranken nach Art ihrer Krankheit und Verfügung über sämtliche der Krankenhausbehandlung dienende Räume und ihre Einrichtung, die Zustimmung bei beabsichtigtem Wechsel von Schwestern auf den einzelnen Stationen oder im Operationssaal, die Aufsicht über die Hausordnung, soweit sie die Bedürfnisse des eigentlichen Krankendienstes betreffe, die Aufsicht über alle der Krankenbehandlung dienenden und hygienischen Einrichtungen wie Hausapotheke, Instrumentarium, Küche und Vorratskammern, Trinkwasser-, Wasch-, Bade- und Desinfektionseinrichtungen, Ventilations-, Heizungs-, Beleuchtungs-, Entwässerungs- und Latrinenanlagen.<sup>477</sup>

Zweitens forderten die katholischen Ärzte einen möglichst reibungslosen Klinikablauf unter ärztlicher Leitung nach den neuesten wissenschaftlichen Standards. In diesem Zusammenhang bemängelten sie, daß häufig der Arbeitsablauf durch das Verlassen der Station zum Gebet gestört werde.<sup>478</sup>

Drittens forderten die Ärzte Kompetenzen in der Schwesternausbildung. Bei vielen Schwestern machten sich mangelnde oder zumindest verworrene Kenntnisse der Asepsis und der Antisepsis häufig unangenehm bemerkbar. Ärzten sollte die Auswahl geeigneter Schwestern für den Krankenpflegeberuf zukommen. Die Ausbildung während des Noviziats sollte statt durch die Novizenmeisterin durch Ärzte stattfinden.

Die Forderungen beinhalteten Eingriffe von außen, also der Ärzteschaft, in die innere Organisation der Orden und den Tagesablauf der Schwestern. Es gibt Hinweise dafür, daß auf die ärztliche Initiative hin in den Orden die Ausbildung in der Krankenpflege größere Bedeutung bekam.<sup>479</sup> Aus der Sicht von Orden und Episkopat ließ sich das Ansinnen

---

<sup>476</sup> RUEGENBERG/15 WEITERE KATHOLISCHE ÄRZTE (1904), Ärztliche Denkschrift, S. 12.

<sup>477</sup> RUEGENBERG/15 WEITERE KATHOLISCHE ÄRZTE (1904), Ärztliche Denkschrift, S. 16.

<sup>478</sup> RUEGENBERG/15 WEITERE KATHOLISCHE ÄRZTE (1904), Ärztliche Denkschrift, S. 16.

<sup>479</sup> Vgl. München, Archiv des Erzbischofs von München und Freising, Archiv der Erzbischöfe 1821-1917, Kasten 15, Ärzte-Adresse an den hochwürdigsten deutschen Episkopat, Hebung der krankenpflegenden Orden betr. Frühjahr 1904, Schreiben des Bischofs von Speyer an den Erzbischof von München vom 06.06.1904, S. 4f., wo darauf gedrungen wird, daß in jedem Mutterhaus ein Unterrichtskurs von wenigstens 3 Monaten stattfinde und keine Schwester im Krankendienst verwendet werde, wenn sie diesen Kurs nicht vollständig und befriedigend absolviert habe. Köln, Historisches



gleichzeitig als Versuch der Säkularisation von Angehörigen der katholischen Kirche, also von innen heraus, interpretieren. Die Fuldaer Bischofskonferenz von 1904 wiederum befürchtete:

"Würden die Vorschläge in der vorliegenden Form angenommen, so ist zu befürchten, daß dadurch die Ordensdisziplin leiden, und möglicherweise gute Krankenpflegerinnen, aber nicht gute Ordensschwestern würden herangebildet werden."<sup>480</sup>

Der Vorsitzende der Bischofskonferenz, Georg Kardinal von Kopp, war nicht bereit, von diesem Grundsatz abzurücken:

"Die Krankenschwestern werden in ihrer Ordensgemeinschaft durch das Streben geführt, sich durch die von dieser gewählten äußeren Tätigkeit zu heiligen und Gott zu weihen, wozu diese Tätigkeit das Mittel ist. Die Krankenpflege ist also nicht ihr Lebenszweck, sondern dieser ist die eigene Heiligung."

Eingriffe in die Ordensdisziplin lehnte der preußische Episkopat ab. Der Einsatz der Ordensfrauen müsse der Ordensleitung vorbehalten bleiben, eine Trennung zwischen krankenpflegenden und hauswirtschaftlichen Schwestern sei nicht konsequent realisierbar. Wünschenswert seien dagegen eine sorgfältige Ernährung und Erholung, ferner eine sachgemäße Ausbildung für die Krankenpflege. Zu diesem Zweck sei die Erarbeitung eines Lehrbuchs erwünscht.<sup>481</sup>

Der preußische Episkopat als Vertreter der katholischen Ordenskrankenpflege war darüber informiert, daß es Bestrebungen zur Einführung eines staatlichen Examens gab. Er nahm eine abwartende Haltung ein, ohne die geplanten Maßnahmen zu begrüßen oder rundheraus abzulehnen.<sup>482</sup> Er nahm von Weisungen an die Orden Abstand. Die Ärzte stellten diese "zumindest abwartende" Haltung nicht zufrieden. Sie gewannen die

---

Archiv des Erzbistums Köln, CR I 18.41 Krankenpflege-Schulen, Stellungnahme [zur ärztlichen Denkschrift von 1904] von Schwester Willeyka von Endert, General Oberin der Armen Schwestern v. hl. Franz-Aachen, Mutterhaus, 01.05.1904: Es sei einzugestehen, daß die Schwestern vielfach nicht genügend unterrichtet seien, weil die Zahl der Schwestern im Verhältnis zu der stets wachsenden Arbeit in den einzelnen Häusern zu gering gewesen sei.

<sup>480</sup> Köln, Erzbischöfliche Diözesan- und Dombibliothek, Anlage 5 zum Protokoll der Fuldaer Bischofskonferenz 1904, S. 27.

<sup>481</sup> GATZ (1985), Akten der Fuldaer Bischofskonferenz III. 1900-1919. Anlagen zum Protokoll der Fuldaer Bischofskonferenz 1904, Anlage zu Nr. 65: Kopp an Ruegenberg, Johannesberg, 02.09.1904, S. 74.

<sup>482</sup> Anlage 5 zum Protokoll der Fuldaer Bischofskonferenz 1904, S. 27-29, hier S. 29.

Unterstützung des späteren Reichskanzlers Georg Freiherr von Hertling (1843-1919),<sup>483</sup> der langjähriger Reichstagsabgeordneter, sozialpolitischer Experte und Vorsitzender der Görres-Gesellschaft zur Pflege der Wissenschaft im Katholischen Deutschland war. Im Namen der Görres-Gesellschaft intervenierte Hertling beim bayerischen Episkopat.<sup>484</sup> Dieser zeigte sich sehr viel aufgeschlossener.<sup>485</sup> Abgesehen von der Empfehlung, genügend Erholung und Ernährung zu gewährleisten, empfahl er, ärztlichen Anweisungen, die sich auf die Patientenversorgung bezogen, Folge zu leisten, und die hygienische Überwachung der Krankenhauseinrichtungen durch Ärzte zu dulden. Einschränkungen im asketischen Lebenswandel der Schwestern sowie die Verfügungsgewalt von Ärzten über Schwestern wurden dagegen abgelehnt. Anweisungen sollten gegebenenfalls von den Ärzten an die Ordensoberen gehen. Damit waren die Kompromißlinien angedeutet, die in der Folgezeit in den Verhandlungen mit der Ärzteschaft über die ärztliche Leitungsfunktion im Krankenhaus sowie über das Krankenpflegeexamen mit dem preußischen Kultusministerium zum Tragen kamen und in den Kapiteln II.7.4. und II.9.6. weiter verfolgt werden sollen.

Daß die preußische Regierung Pläne verfolgte, ein Befähigungszeugnis einzuführen, war dem preußischen Episkopat bekannt. Der Episkopat hielt eine theoretische Grundausbildung mit Hilfe eines knappen Leitfadens für die Ordensschwestern für völlig ausreichend.<sup>486</sup> Er bezog eine abwartende Position, nämlich das Gesetzgebungsverfahren über das Krankenpflegeexamen zu beobachten, aber nicht einzugreifen: "Indes ist immerhin zu empfehlen, die in Aussicht stehenden staatlichen Maßnahmen abzuwarten, statt sie voreilig herbeizuführen."<sup>487</sup> Während der preußische Episkopat die Ergebnisse des Gesetzgebungsverfahrens im Vorfeld des Bundesratsbeschlusses von 1906 abwartete, war die evangelische Kon-

---

<sup>483</sup> Vgl. WESSELING (2002), Georg Friedrich Freiherr (seit 1914: Graf) von Hertling. [http://www.bautz.de/bbkl/h/hertling\\_g\\_f.shtml](http://www.bautz.de/bbkl/h/hertling_g_f.shtml).

<sup>484</sup> Archiv des Erzbischofs von München und Freising. Kasten 15, Ärzte-Adresse an den hochwürdigsten deutschen Episkopat, Hebung der krankenpflegenden Orden betr. Frühjahr 1904. Schreiben von Freiherr von Hertling an den Erzbischof vom 07.10.1905.

<sup>485</sup> Der an die krankenpflegenden weiblichen Ordensgemeinschaften in Bayern gerichtete Erlaß der Oberhirten Bayerns vom November 1905 wurde auf der nächstjährigen Fuldaer Bischofskonferenz zur Kenntnis genommen und dem Protokoll nachrichtlich beigelegt. GATZ (1985), Akten der Fuldaer Bischofskonferenz III. 1900-1919. Protokoll der Bischofskonferenz, Fulda, 28.-29.08.1906, S.88-94, hier S.92.

<sup>486</sup> Anlage 5 zum Protokoll der Fuldaer Bischofskonferenz 1904, S. 28.

<sup>487</sup> Anlage 5 zum Protokoll der Fuldaer Bischofskonferenz 1904, S. 29.

kurrenz, die Mutterhausdiakonie, überhaupt nicht in der Lage, eine entsprechende Entscheidung zu treffen. Sie wurde nicht von Bischöfen als Vertretern der evangelischen Amtskirche, sondern vom Präsidium der Kaiserswerther Generalkonferenz vertreten.

### *II.6.2. Im Abseits: das Präsidium der Kaiserswerther Generalkonferenz*

Das Präsidium der Kaiserswerther Generalkonferenz, eines 1861 gegründeten und eher lockeren Zusammenschlusses von Diakonissenmutterhäusern, hatte im Vergleich zum preußischen Episkopat kirchenpolitisch deutlich weniger Gewicht. Im Präsidium waren Geistliche vertreten, die mit der Leitung von Diakonissenmutterhäusern befaßt waren. Dort verlief bis 1906 die Auseinandersetzung über neue Wege in der Krankenpflege völlig anders als auf katholischer Seite.

Auch in der Mutterhausdiakonie nahm am Ende des 19. Jahrhunderts das Unbehagen über die zunehmenden fachlichen Anforderungen zu. Bestrebungen zur Modernisierung der Ausbildung gingen 1898 vom Vertreter des Kasseler Mutterhauses, Pastor Franz Sardemann (1849-1927), aus. Ein erster Schritt war die Erfassung des Ist-Zustandes durch Versand eines Fragebogens. Von 64 versandten Bogen wurden 51 beantwortet und gaben folgende Aufschlüsse: Je nach Mutterhaus waren die Anforderungen an die Krankenpflege-Ausbildung sehr verschieden. Drei Mutterhäuser begnügten sich mit einer praktischen Ausbildung in der Krankenpflege, während 48 auch theoretischen Unterricht erteilten. Die Zeitdauer variierte zwischen einjährigem Unterricht mit ein bis zwei, in einem Falle drei Wochenstunden und in den übrigen Fällen Lehrkursen zwischen vier Wochen und sechs Monaten. In 25 Mutterhäusern lag der Unterricht in Händen der Hausärzte, in fünf in denen der Assistenzärzte. In 15 Mutterhäusern beteiligten sich die Oberin, die Vorsteherin der Krankenabteilung, andere Schwestern und in einem Fall eine Lehrerin, und in drei Mutterhäusern wurde der Unterricht nur durch die Oberin oder eine Schwester erteilt. Ein Examen legten die Schwestern in sechs Mutterhäusern ab, darunter in vier deutschen, einem Schweizer und einem holländischen. Das Examen war in einer Anstalt mündlich und schriftlich, in den übrigen nur mündlich.

In Fragen gekleidete Empfehlungen schlossen die Auswertung ab. Zu diesen gehörte, die Oberinnen bzw. ältere Diakonissen in allen Mutterhäusern am Unterricht bzw. wenigstens durch Übernahme von Wiederholungsstunden zu beteiligen, dem theoretischen Unterricht mehr Aufmerksamkeit zuzuwenden, Unterrichtskurse für die Gemeindeschwestern einzu-

richten und ein bestimmtes Lehrbuch zum Standard zu erklären. Hierfür wurde das "Unterrichtsbuch für die freiwillige Krankenpflege" vorgeschlagen. Verklausuliert wurde auch eine Abschlußprüfung ins Gespräch gebracht.<sup>488</sup> Die Empfehlungen zeigen, daß der Verfasser den Krankenpflege-Unterricht nicht den Ärzten allein überlassen wollte.

Sardemann konnte sich mit seinen Anregungen jedoch nicht durchsetzen. Die Mehrheit des Präsidiums erwies sich als konservativ und beharrte auf den bisherigen Strukturen. Die Ausarbeitung verbindlicher Standards für alle Diakonissenmutterhäuser und damit ein Eingriff in die Autonomie der Diakonissenmutterhäuser wurde 1898 abgelehnt. Ebenso sollte die "technische" Ausbildung gegenüber der barmherzigen Zuwendung zum Kranken keinen Vorrang erhalten.<sup>489</sup>

Das Präsidium der Kaiserswerther Generalkonferenz als Verhandlungsführer für die Mutterhausdiakonie war in der Folgezeit über die Berufspolitik nicht informiert. Bis kurz vor der endgültigen Verabschiedung des Krankenpflegeexamens durch den Bundesrat am 22. März 1906 war ihm überhaupt nicht bekannt, daß ein entsprechender Beschluß auf den Weg gebracht wurde. Ein vertrauliches Schreiben vom 1. März 1906 bat aufgrund einer kurz zuvor erhaltenen Information die Diakonissenmutterhäuser darum, nicht selbst in entsprechende Verhandlungen einzutreten, sondern das Präsidium der Kaiserswerther Generalkonferenz zu benachrichtigen, um eine Stellungnahme aller Häuser herbeizuführen.<sup>490</sup> Die Mutterhausdiakonie konnte also erst, nachdem die wesentlichen Entscheidungen bereits gefallen waren, auf die anstehende Einführung einer staatlichen Prüfung reagieren.

Der gesetzgeberische Entscheidungsprozeß fand also ohne die beiden größten Gruppierungen der organisierten Krankenpflege statt. Die preußische Regierung hatte es bis zum Abschluß des parlamentarischen Verfahrens nicht einmal für notwendig erachtet, die im Vergleich zu den katholischen Orden dem preußischen Staat viel näherstehende Mutterhausdiakonie am Entscheidungsprozeß zu beteiligen oder zumindest zu konsul-

---

<sup>488</sup> Berlin, Bibliothek der Inneren Mission: Die Ausbildung der Probeschwestern in der Krankenpflege. In: [Signatur] I 3434. Weibliche Diakonie. Flugschriften. o.O. o.J. [wohl 1898], Nr. [16].

<sup>489</sup> Vgl. KRUSE (1995), Krankenpflegeausbildung seit Mitte des 19. Jahrhunderts, S. 40-43.

<sup>490</sup> Düsseldorf-Kaiserswerth, Fliedner-Archiv, 2-1 DA 33, streng vertrauliches Schreiben des Präsidiums der Kaiserswerther Generalkonferenz an die deutschen zur Kaiserswerther Generalkonferenz verbundenen Diakonissen-Mutterhäuser vom 01.03.1906. Dieses informierte über die kurz zuvor zugegangene Information.

tieren. Die Mitwirkung der konfessionellen Mutterhausverbände wurde vom preußischen Kultusministerium erst bei der Umsetzung des Bundesratsbeschlusses von 1906 eingefordert. Völlig anders gestaltete sich dagegen die politische Mitwirkung beim Evangelischen Diakonieverein.

### *II.6.3. In Konkurrenz zur Mutterhausdiakonie: der Evangelische Diakonieverein*

Der 1894 gegründete "Zehlendorfer Verband zur Sicherstellung von Leistungen der evangelischen Diakonie", kurz "Evangelischer Diakonieverein",<sup>491</sup> verband Berufstätigkeit von Frauen in der Krankenpflege mit dem Fundament der evangelischen Konfession und damit der Konzeption der "christlichen Liebestätigkeit". Der Gründer und Vorsitzende Friedrich Zimmer blieb im Gründungsjahrzehnt des Diakonievereins dessen prägende Persönlichkeit.

Sein Ziel war es, auf dem Gebiet der Krankenpflege angesichts der neuen Zeitströmungen die Anliegen der Frauenbewegung, der Krankenhäuser und der Patienten durch Krankenpflege auf hohem Niveau bei gleichzeitiger persönlicher Selbständigkeit der Schwestern zu verwirklichen und dabei das konfessionelle evangelische Fundament zu bewahren. Dies gelang ihm, indem er Diakonieseminare schuf und eine Verbandschwesternschaft gründete. Friedrich Zimmer wandte sich zunächst an Theodor Fliedners Nachfolger Julius Disselhoff (1827-1896) mit dem Vorschlag, an einem der von den Kaiserswerther Diakonissenhäusern versorgten Krankenhäusern eine Schule für Krankenschwestern zu gründen. Nachdem Disselhoff abgelehnt hatte, wurde am 11. April 1894 der Evangelische Diakonieverein gegründet.<sup>492</sup> Im Vergleich zu anderen Krankenpflegevereinigungen, insbesondere der Mutterhausdiakonie, machte er den evangelischen Frauen höherer Stände<sup>493</sup> ein attraktives Angebot: Sie sollten in einem Diakonieseminar eine einjährige Krankenpflegeausbildung kostenlos erhalten, jederzeit mit vierzehntägiger Frist kündigen können und das Erlernte nach Ablauf des Ausbildungsjahres nach eigenem Ermessen verwenden. Nach einem freiwilligen Eintritt in den Verein – entsprechende religiöse Gesinnung, Sittlichkeit und Tüchtigkeit vorausgesetzt – wurde eine Dauerstelle und Absicherung bei Invalidität und Alter durch den Verein in Aussicht gestellt.

---

<sup>491</sup> Zum Evangelischen Diakonieverein vgl. SCHMIDT (1998), Beruf: Schwester; außerdem HELMERICHS (1992), Krankenpflege im Wandel, S. 41-51.

<sup>492</sup> SCHMIDT (1998), Beruf: Schwester, S. 235.

<sup>493</sup> Vgl. HELMERICHS (1992), Krankenpflege im Wandel, S. 46f., S. 49.

Ein Seminar für Krankenpflege wurde zunächst am städtischen Krankenhaus in Elberfeld eröffnet. Weitere Seminare entstanden bis 1899 in Zeitz, Erfurt, Magdeburg, Stettin und Danzig. Die Ausbildungszeit betrug ein Jahr. Der Ausbildungskursus wurde mit einer Prüfung abgeschlossen. Ein Zeugnis wurde erteilt. Es gab keine weiteren Verpflichtungen und keine Ausbildungskosten.<sup>494</sup> 1895 entstand der Schwesternverband des Diakonievereins, der den Schwestern den Rückhalt einer sie tragenden Gemeinschaft geben sollte. Innerhalb weniger Jahre wuchs der Evangelische Diakonieverein auf über 1.000 Mitglieder an. Friedrich Zimmer selbst gab 1898 seine Tätigkeit am Predigerseminar in Herborn auf, um sich ganz dem Verein zu widmen.

Bald gab es Spannungen zwischen Mutterhausdiakonie und Diakonieverein. Der Diakonieverein warb um die "höheren Töchter", die sich von der Mutterhausdiakonie nicht angezogen fühlten. Den Schwestern wurde Lohn gezahlt, nicht nur ein Taschengeld wie in der Mutterhausdiakonie. Die Schwestern konnten den Einsatzort selbst wählen, während sie in der Mutterhausdiakonie von der jeweiligen Oberin entsandt und abberufen wurden.<sup>495</sup> Der Diakonieverein als Organisation für selbstbestimmte Frauen, das Mutterhaus für unmündige Töchter<sup>496</sup> – diese Polemik und die Konkurrenz um die "höheren Töchter" belasteten die Beziehung zur Mutterhausdiakonie schwer. Theodor Fliedners Sohn Georg Fliedner, langjähriger Vorsitzender der Kaiserswerther Generalkonferenz, sprach dem Diakonieverein diakonischen Charakter ab.<sup>497</sup> Daß das Verhältnis zum Diakonieverein unterkühlt war, geht auch aus einem vertraulichen Schreiben des Präsidiums der Kaiserswerther Generalkonferenz hervor, in dem anlässlich der Aufforderung, einem "Frauendienstjahr-Verband" beizutreten, den Mutterhäusern der dringende Rat gegeben wurde, "es auch in vorliegender Sache bei unserem bisher streng eingehaltenen Prinzip zu belassen und nicht darauf zu reagieren."<sup>498</sup> Der Diakonieverein mit seinen Seminaren führte die Schwesternschülerinnen auf die Krankenpflege als einen Beruf hin, der den Lebensunterhalt sichern sollte und auch nach einer Trennung vom Diakonieverein weiter ausgeübt werden konnte. Innerhalb der evangelischen Kirche standen sich somit am Vorabend der Jahrhundert-

---

<sup>494</sup> SCHMIDT (1998), Beruf: Schwester, S. 235f.

<sup>495</sup> SCHMIDT (1998), Beruf: Schwester, S. 239.

<sup>496</sup> SCHMIDT (1998), Beruf: Schwester, S. 239.

<sup>497</sup> SCHMIDT (1998), Beruf: Schwester, S. 240.

<sup>498</sup> Düsseldorf-Kaiserswerth, Fliedner-Archiv, 2-1 DA 33, vertrauliches Schreiben des Präsidiums der Kaiserswerther General-Konferenz an die deutschen zum Kaiserswerther Verbände gehörigen Diakonissen-Mutterhäuser vom 13.12.1906.

wende auf gleichem konfessionellem Fundament zwei prinzipiell unterschiedliche "Modelle" der Krankenpflege gegenüber, und die Protagonisten Georg Fliedner und Friedrich Zimmer hatten auch in der Frage einer staatlichen Krankenpflegeprüfung entgegengesetzte Auffassungen. Während Georg Fliedner einer solchen Prüfung wenig abgewinnen konnte, setzte sich Friedrich Zimmer vehement für sie ein und gehörte auch zu den Beratern des preußischen Kultusministeriums.<sup>499</sup>

Während bürgerliche Frauen vom Evangelischen Diakonieverein eine qualifizierte Ausbildung in der Krankenpflege sowie berufliche Selbständigkeit und Unabhängigkeit erwarteten, gelang es Zimmer, die Verbindung von Pflegeberuf und "Liebestätigkeit" herzustellen. Die Gründung einer Vereinsschwesternschaft und einer exklusiven Verbandsschwesternschaft als religiöse Lebens- und Arbeitsgemeinschaft stellten eine Annäherung an die Organisationsform der Diakonissenhäuser dar.<sup>500</sup> Im Gegensatz zu Forderungen aus der bürgerlichen Frauenbewegung, die eine Abschaffung der dominanten Position des Arztes forderten, hielt Zimmer an der Autoritätsstellung und der Disziplinargewalt des Arztes gegenüber der Krankenschwester fest. Der Krankenschwester wies Zimmer die Rolle der ärztlichen Gehilfin zu. Nach den geltenden Statuten übte der Arzt gegenüber den Schwestern das Recht der Mahnung und der Rüge sowie das Recht der Versetzung einer Schwester auf eine andere Station aus. Als Anstaltsleiter hatte er das Recht der vierteljährlichen Kündigung und das Recht, eine Schwester so lange zu behalten, wie es seinem und dem Wunsch der Schwester entspreche.<sup>501</sup>

Zimmers Initiative lag nichts weniger als ein Masterplan mit hochgesteckten Zielen für die öffentlichen Krankenanstalten Preußens zugrunde:

"Mit Hilfe des Ev. Diakonievereins glaube ich eine Organisation schaffen zu können, die nach und nach gestattet, alle öffentlichen Heilanstalten des preußischen Staates mit einem geschulten, in sich corporativ geschlossenen, sittlich gefestigten Pflegepersonal zu versorgen, das unter der Disciplin der Ärzte steht und dadurch eine einheitliche ärztliche und diakonale Therapie ermöglicht. Es ist nur nötig, die bereits vorhandene Organisation des Vereins auszubauen und ihm ein umfassendes Staatskrankenhaus (am besten die Charité in dann zu erwartender verjüngter Gestalt und Verfassung) als

---

<sup>499</sup> Vgl. z. B. ZIMMER (1906), Die Organisation der Krankenpflege, S. 2-11.

<sup>500</sup> Detailliert schildert Traudel Weber-Reich Zimmers Vorgehen im Evangelischen Diakonieverein entgegen den Anliegen der Frauenbewegung und die Bedeutung Zimmers. Vgl. WEBER-REICH (2003), "Wir sind die Pionierinnen der Pflege ...", S. 139-177.

<sup>501</sup> WEBER-REICH (2003), "Wir sind die Pionierinnen der Pflege ...", S. 170.

Centrale für die Pflegerinnen-Ausbildung zur Verfügung zu stellen. Dadurch wird ermöglicht werden – voraussichtlich ohne nennenswerte Mehrkosten, vielleicht sogar mit Ersparnissen gegen den bisherigen Zustand – ein in jeder Beziehung tüchtiges Pflegepersonal zunächst für diese Anstalt, die gleichsam das Mutterhaus sein würde, und weiterhin für die Universitäten, die Irrenanstalten zu schaffen. Die verantwortliche Leitung der Pflege würde von Schwestern des Vereins, gebildeten evangelischen Damen, die in der Kranken-, teilweise auch in der Irrenpflege und Geburtshilfe ausgebildet sind, ausgeübt werden."<sup>502</sup>

Zimmer zielte zudem auf die Weitergabe des evangelischen Glaubens ab, und zwar dank der seelischen Betreuung der Patienten durch die Schwestern. Hinzu traten finanzielle Interessen, der in einen projektierten Lohn, der etwas höher als der Gesindelohn liegen sollte, zum Ausdruck kam, wobei die Schwestern zu äußerster Sparsamkeit angehalten werden sollten.

Friedrich Zimmer gehörte wie der preußische Medizinalbeamte Eduard Dietrich, dem er politisch nahestand, zu den Vordenkern einer staatlichen Krankenpflege-Prüfung, für die er sich in Wort und Schrift vehement einsetzte. Auf Zimmers Veranlassung trat Dietrich 1902 ins Kuratorium des Evangelischen Diakonievereins ein. 1905 erstellte Zimmer für das preußische Kultusministerium eine Denkschrift, in der er seine Vorstellungen zur "Organisation der Krankenpflege" darlegte. 1903 kommentierte er die Resolution des Bundes deutscher Frauenvereine von 1902.<sup>503</sup> Er entwickelte darin die Konzeption der indirekten Kontrolle. Darin ging es ihm um Legitimation und Durchsetzung der staatlichen Aufsicht über die Krankenpflege-Genossenschaften. Die Genossenschaften wiederum sollten die Aufsicht über ihre Mitglieder führen und für diese die Verantwortung tragen. Dabei wies Zimmer auf Mißstände im Krankenpflegewesen hin: Ein sogenanntes Schwesternheim in Frankfurt am Main habe nicht beseitigt werden können, obwohl es Prostituierte aufnahm, und es werde berichtet, daß eine angebliche Schwester vom Roten Kreuz unter dem Deckmantel von Ordenskleid und Schwesternname ein "schandbares Gewerbe" ausübe.

In diesem Zusammenhang befürwortete Zimmer auch die Einführung eines staatlichen Examens. Dieses war nach seiner Einschätzung in die Praxis umsetzbar, da es mit dem Bedürfnis der Schwestern zusammenfalle:

---

<sup>502</sup> Berlin-Zehlendorf, Archiv des Evangelischen Diakonievereins, W 2570 A, Schreiben von Friedrich Zimmer an Anna van Delden vom 19.11.1895, Anlage (Abschrift).

<sup>503</sup> ZIMMER (1903), Staatsaufsicht über das Krankenpflegewesen, S. 73, S. 433f.



Im Evangelischen Diakonieverein würden sich bis auf einige ältere Schwestern alle für die staatliche Prüfung entscheiden. Die Diakonissen würden ein Zeugnis begrüßen, das ihnen auch gegenüber ihrem Mutterhaus eine gewisse Selbständigkeit verbürge, auch wenn die Mutterhausleitung einer solchen Prüfung wenig abgewinnen könne. Die Rot-Kreuz-Schwester ließen sich bereits jetzt von den Ärzten, bei denen sie gearbeitet hätten, Zeugnisse für ihr Fortkommen ausstellen. Die katholischen Orden wiederum würden für ihre Schwestern eine Staatsprüfung einführen, sobald sie sich einen Vorteil davon versprechen. Auch die Oberlehrerinnenprüfung werde gerade von Ordensangehörigen recht häufig abgelegt.

Die Forderung nach einer dreijährigen Ausbildung, wie sie vom "Bund deutscher Frauen" 1902 beschlossen war, vertrat Zimmer in der Folgezeit nicht. Er befürwortete einen mindestens einjährigen Kursus. Das Argument, die Ausbildungszeit auf drei Jahre auszudehnen, um in dieser Zeit zu einer rechten Gesinnung zu erziehen, hielt er nicht für stichhaltig. Auch nach drei Jahren verliere eine "freie" Krankenpflegerin ohne Mitgliedschaft in einer Organisation rasch den inneren und äußeren Rückhalt. Zimmer lieferte ebenso die entsprechende Handhabe für die Durchsetzung des staatlichen Examen: Der Staat könne beanspruchen, daß in den von ihm konzessionierten Krankenhäusern nur Pflegepersonal tätig sei, das sich der staatlichen Prüfung unterworfen habe. Die Zulassung zur Anstellung in öffentlichen Krankenhäusern sei für die Genossenschaften ein starker Anreiz, ihre Mitglieder nach den staatlichen Vorschriften ausbilden und prüfen zu lassen. Andererseits erhalte der Staat damit das Recht, diese Genossenschaften unter seine Aufsicht zu nehmen.

Der zahlenmäßige Erfolg blieb auch hier begrenzt: Bis 1914 war die Mitgliederzahl des Evangelischen Diakonievereins auf 1.740 angewachsen, und in der Weimarer Republik lagen die Zahlen zwischen 2.000 und 2.600.<sup>504</sup> Der ursprüngliche Masterplan konnte also nie in die Tat umgesetzt werden. Zudem führten interne Konflikte dazu, daß Friedrich Zimmer den Evangelischen Diakonieverein 1905 verließ. Es war ihm jedoch gelungen, Bestrebungen der bürgerlichen Frauenbewegung unter konfessionellem Vorzeichen so zu kanalisieren, daß sich vor der Jahrhundertwende trotz Erstarkens der Frauenbewegung kein von Geistlichen oder Militär unabhängiger Verband "freier" Schwestern herausbildete. Ein neuer Anlauf führte erst 1903 zur Gründung der B.O.K.D. Dessen Gründerin und erste Vorsitzende Agnes Karll war im Roten Kreuz ausgebildet worden, so daß diesem ungeliebte Konkurrenz erwachsen war, die den

---

<sup>504</sup> HELMERICHS (1992), Krankenpflege im Wandel, S. 241.

eigenen Reihen entstammte. Betrachten wir daher zunächst die Modernisierung der Krankenpflege im Roten Kreuz und dann im Vergleich dazu das Professionalisierungsprogramm der B.O.K.D.

#### *II.6.4. Dem Militär verpflichtet: die Schwesternschaften des Roten Kreuzes*

Auch die Rot-Kreuz-Schwernschaften dürften durch ihr Angebot an bürgerliche Frauen, in der Krankenpflege ausgebildet zu werden und dort beruflich tätig zu sein, dazu beigetragen haben, daß sich die Konkurrenz einer "freien" Schwernschaft erst nach der Jahrhundertwende herausbildete. Im Hinblick auf Qualifikationen in der Krankenpflege zeigte sich, daß die sehr heterogenen Schwernschaften nur Schritt für Schritt an vereinheitlichte Grundsätze in der Schwernausbildung herangeführt werden konnten.

Die Zusammenfassung der Rot-Kreuz-Mutterhäuser und Krankenanstalten zu einem "Verband Deutscher Krankenhäuser vom Roten Kreuz" scheiterte in einem ersten Anlauf zwischen 1882 und 1885 zunächst. Die Frauenvereine vom Roten Kreuz leisteten massiven Widerstand, da sie ihre Selbständigkeit und Unabhängigkeit bedroht sahen.<sup>505</sup> Erst 1894 kam eine zweite Gründungsversammlung zustande.<sup>506</sup> Wiederum war es die Cholera, die eine Schrittmacherfunktion einnahm: Die Choleraepidemie in Hamburg 1892 legte die mangelhafte Koordination der Einrichtungen vom Roten Kreuz und die ungenügende Ausrüstung der Rot-Kreuz-Schwern offen. Kaiserin Auguste Viktoria ordnete eine bessere Kooperation an und betraute den Vaterländischen Frauenverein in Kassel mit der Wiederbelebung des 1882 gegründeten Verbandes. Seit der Verbandstagung 1893 in Kassel wurde an der Erstellung eines verbindlichen Lehrplans gearbeitet.<sup>507</sup> 1894 wurde unter Vorsitz von Rudolf Osius die zweite Gründungsversammlung in Kassel abgehalten. Anwesend waren 22 Vertreter von Krankenpflegeanstalten des Roten Kreuzes. Als Zweck des Verbandes wurde zunächst nur allgemein die Wahrung der gemeinsamen Interessen, die Fürsorge für die Schwern bei Alter und Invalidität, der Schutz der Abzeichen und die Abhaltung eines jährlichen Verbandstages formuliert.<sup>508</sup> Dem jetzt "Verband Deutscher Krankenpflege-Anstalten vom Roten

---

<sup>505</sup> SCHMIDT-MEINECKE (1982), Hundert Jahre Verband der Schwernschaften vom Deutschen Roten Kreuz, S. 4-7.

<sup>506</sup> SCHMIDT-MEINECKE (1982), Hundert Jahre Verband der Schwernschaften vom Deutschen Roten Kreuz, S. 4-7.

<sup>507</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 103.

<sup>508</sup> SCHMIDT-MEINECKE (1982), Hundert Jahre Verband der Schwernschaften vom Deutschen Roten Kreuz, S. 4-7.

Kreuz" genannten Verband gehörten 1913 48 Krankenanstalten mit fast 5.500 Schwestern an.<sup>509</sup>

Die fachliche, im Sprachgebrauch der Zeitgenossen "technische" Ausbildung von Rot-Kreuz-Schwestern wurde bereits 1882 und dann wieder 1895 beraten.<sup>510</sup> Die Erarbeitung eines gemeinsamen Lehrplans von Seiten des Roten Kreuzes wurde auf der Jahresversammlung des Verbandes Deutscher Krankenpflegeanstalten vom Roten Kreuz am 30. September 1899 in Wiesbaden beschlossen.<sup>511</sup> Von ärztlicher Seite formulierte Emanuel Cohn hierbei öffentlich den Anspruch, die Krankenpflegeausbildung auf einheitliche Grundsätze zu stellen. Sowohl das Fachwissen als auch die moralischen Eigenschaften sollten einen hohen Stellenwert haben. Die vorgesehene Aufgabenteilung reservierte für die Ärzte den fachlichen Unterricht:

"Während die Technik in mehrmaligen wöchentlichen Stunden von Aerzten behandelt wird, findet die Oberin in steter gemüthvoller Belehrung, in feierlicher Abendstunde Gelegenheit, auf den Charakter ihrer Pfleglinge einzuwirken, sie mit den Pflichten vertraut zu machen, Fragen des Taktes, des Verkehrs mit Kranken und deren Angehörigen zu behandeln, sie durch Besprechung der täglichen Erlebnisse im Krankenhause zur aufmerksamen Beobachtung und zur genauen Berichterstattung anzuregen."<sup>512</sup>

Zur Vereinheitlichung der Standards der Rot-Kreuz-Schwesternschaften diente die Ausarbeitung eines Lehrplans für die Krankenanstalten und Mutterhäuser vom Roten Kreuz, der 1902 auf der Verbandstagung in Elberfeld auf der Tagung des "Verbandes Deutscher Krankenpflege-Anstalten vom Roten Kreuz" gebilligt wurde. Der Lehrplan hielt an der Trennung von theoretischer und praktischer Ausbildung fest und betonte zugleich die überragende Bedeutung der Praxis. Die Ausbildung sollte mindestens ein Jahr dauern und mit einer Prüfung abschließen.<sup>513</sup> Hierbei bildeten die Hauswirtschaft, die zum Führen eines Lazarets notwendig war, und die praktische Ausbildung Schwerpunkte. 1906 wurden die "Lehrpläne zur religiösen und sittlichen Ausbildung der Schwestern im Verbands"

---

<sup>509</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 101.

<sup>510</sup> CHUCHUL (1910), Der Verband Deutscher Krankenpflegeanstalten vom Roten Kreuz, S. 50.

<sup>511</sup> COHN (1900), Ueber den technischen Unterricht der Schwestern vom Rothen Kreuz, S. 33.

<sup>512</sup> COHN (1900), Ueber den technischen Unterricht der Schwestern vom Rothen Kreuz, S. 29.

<sup>513</sup> RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 104.

aufgestellt.<sup>514</sup> Seit 1900 wirkte der Verband hin auf die Ausbildung von freiwilligen "Hilfsschwestern" und "Helferinnen" neben den Berufsschwestern.<sup>515</sup> Hilfsschwestern erhielten eine sechsmonatige Ausbildung und verpflichteten sich zum Kriegseinsatz, ohne die Krankenpflegetätigkeit im Frieden auszuüben. Helferinnen wurden vier bis sechs Wochen im Krankenhaus ausgebildet, und es wurde besonderes Gewicht auf im Krieg gebräuchliche Verbandstechniken gelegt.<sup>516</sup>

Eine Pionierleistung war die Gründung einer Oberinnenschule durch die Oberin der Münchener Schwesternschaft Clementine von Wallmenich im Jahr 1902.<sup>517</sup> Damit war der Grund zur systematischen Weiter- und Fortbildung der Schwestern im Deutschen Roten Kreuz gelegt.<sup>518</sup> Clementine von Wallmenich forderte anstatt einer zeitweisen Vertretung geeignet erscheinender älterer Schwestern auf einem Oberinnenposten eine systematische Schulung künftiger Oberinnen im Hinblick auf drei Aufgaben: Leitung der Krankenpflege, Leitung der Verwaltung und Auswahl, Erziehung und Führung der Schwestern.<sup>519</sup> Den fünfmonatigen Lehrplan, der später auf 6 Monate ausgedehnt wurde,<sup>520</sup> hatte sie selbst entworfen. Der Unterricht sollte zum einen die praktische Unterweisung im Betrieb – Mutterhaus, Außenstationen, Verwaltung, Vorstandssitzung, Wirtschaftsbetriebe – einschließlich Kochen und Haushaltung, zum anderen theoretische Kurse über Ethik, Pädagogik, Verwaltungslehre, hygienische Einrichtungen in Krankenhäusern, Versicherungswesen, Armengesetzgebung, einfache kaufmännische Buchführung, Fortbildung und Übung in der französischen und englischen Sprache umfassen. Hinzu traten kritische

---

<sup>514</sup> CHUCHUL (1910), Der Verband Deutscher Krankenpflegeanstalten vom Roten Kreuz, S. 50f.

<sup>515</sup> CHUCHUL (1910), Der Verband Deutscher Krankenpflegeanstalten vom Roten Kreuz, S. 52.

<sup>516</sup> RIESENBERGER (1994), Zur Professionalisierung und Militarisierung der Schwestern vom Roten Kreuz, S. 72.

<sup>517</sup> Zur Oberinnenschule vgl. SCHMIDT-MEINECKE (1981), Clementine von Wallmenich, S. 35-38.

<sup>518</sup> SCHMIDT-MEINECKE (1981), Clementine von Wallmenich, S. 37.

<sup>519</sup> SCHMIDT-MEINECKE (1981), Clementine von Wallmenich, S. 36.

<sup>520</sup> Eschborn, jetzt Berlin, Agnes-Karll-Archiv des DBfK, Mappe 72, Rep. V FL 1,2: Frauenhochschule Leipzig 1913-1915, Aufnahmebedingungen für die Oberinnenschule im Anshar-Schwestern- und Krankenhause zu Kiel. [Eingangsstempel: erhalten: 29. Okt. 1911].

Erläuterungen aller Einrichtungen, Ordnungen, Instruktionen und Regeln, die den Dienst und das persönliche Leben der Schwestern bestimmten.<sup>521</sup>

Nachdem sie aufgrund von Intrigen innerhalb des Verbandes 1904 gezwungen wurde, von ihrem Amt als Oberin der Münchener Schwesternschaft zurückzutreten, wurde die Oberinnenschule nach Kiel verlegt und stand dort ab 1905 unter der Leitung von Oberin Auguste Wickel. Die Oberinnenschule hatte einen mühsamen Start. In München wurden zwischen 1902 und 1904 vier Frauen ausgebildet. Unter den 19 Teilnehmerinnen, die zwischen 1906 und 1910 ihre Prüfung bestanden, befanden sich sechs Johanniterinnen und zwei Schwestern des Allgemeinen Krankenhauses Eppendorf. Zwischen 1911 und 1919 gehörten dann alle Absolventinnen dem Roten Kreuz an. Bis 1919 hatte sich die Zahl der Absolventinnen auf insgesamt 58 erhöht,<sup>522</sup> was der Zahl der Rot-Kreuz-Mutterhäuser beim Ausbruch des 1. Weltkriegs entsprach.<sup>523</sup> Durchschnittlich absolvierten also in Kiel bis zum Ende des 1. Weltkriegs vier bis fünf Schwestern pro Jahr die Oberinnenschule. 1919 hatten 20 Absolventinnen Posten als Oberinnen von Schwesternschaften bzw. in Krankenhäusern inne. Sieben weitere wurden als Oberschwestern geführt. Acht Prüflinge der Jahre 1918 und 1919 waren noch im eigenen Mutterhaus tätig.<sup>524</sup> Damit war ein Fortbildungsinstitut entstanden, von dem schließlich lediglich eine kleine verbandsinterne Elite profitierte und die aufgrund der Niederlage im 1. Weltkrieg mit nachfolgender Inflation aus finanziellen Gründen geschlossen werden mußte.

Das Rote Kreuz gewährleistete höheres Ansehen für die nicht-konfessionelle Krankenpflege und gleichzeitig eine Qualifizierung durch eine Grundausbildung. Die Oberinnenschule begann, sich als verbandsinternes Instrument des eigenen Führungsnachwuchses, zur Weiterqualifizierung einer kleinen Elite des eigenen Verbandes, zu etablieren. Allerdings war die Zielgruppe auf bürgerliche Frauen beschränkt. Als nach der Jahrhundertwende die Bewegung der "freien" Krankenpflege stärker wurde, betonten die Schwesternschaften des Roten Kreuzes die sittlich-

---

<sup>521</sup> KEUDELL (1930), Oberin Clementine von Wallmenich, S. 275. SCHMIDT-MEINECKE (1981), Clementine von Wallmenich, S. 37f.

<sup>522</sup> Sechsendvierzigster Jahresbericht des Vorstandes des Anschar-Schwestern- und Krankenhauses in Kiel für das Jahr 1918, S. 72-76: Verzeichnis der bisherigen Schülerinnen der Oberinnenschule des Zentralkomitees der Deutschen Vereine vom Roten Kreuz.

<sup>523</sup> Schwesternvater Chuchul (1919), S. 418.

<sup>524</sup> Sechsendvierzigster Jahresbericht des Vorstandes des Anschar-Schwestern- und Krankenhauses in Kiel für das Jahr 1918, S. 72-76.

religiöse Erziehung der Schwestern. Am Wärterstand zeigte das Rote Kreuz kein Interesse. Angesichts der geringen Attraktivität der Krankenpflege-tätigkeit waren einer Rekrutierung von Krankenpflegepersonal und damit der Verbreitung der Rot-Kreuz-Schwesternschaften von vorneherein enge Grenzen gesetzt. Die Erfolge blieben daher auch weit hinter den gesteckten Zielen zurück. Im 1. Weltkrieg konnten 58 Mutterhäuser mit 8.177 Berufsschwestern, 3.648 Hilfsschwestern und 8.089 Helferinnen aufgeboten werden.<sup>525</sup> Damit waren alle Bemühungen gescheitert, die für einen Krieg benötigte Schwesternzahl auch nur annähernd durch Rot-Kreuz-Schwestern gewährleisten zu können, und die Rot-Kreuz-Schwestern blieben gegenüber dem konfessionellen und dem "freien" Krankenpflegepersonal eine kleine Minderheit.

Im politischen Entscheidungsprozeß nach der Jahrhundertwende wurde das Rote Kreuz nicht von Vertretern der Schwesternschaften, sondern von Militärärzten vertreten. Das Kriegsministerium verfügte über eine eigene Medizinalabteilung, besaß also vom Kultusministerium unabhängige ärztliche Kompetenz und konnte diesem Paroli bieten. Das Kriegsministerium sandte den Generalarzt Otto von Schjerning (1853-1921) und den Militärarzt Schultzen in die Verhandlungen. Generalarzt a. D. Georg Körting (1844-1919) begleitete später die Herausgabe des amtlichen Krankenpflegelehrbuchs von 1909 bis hinein in die Redaktionskommission, die die endgültige Fassung erarbeitete. Die Bedürfnisse der Armee, nicht die Interessen der Schwesternschaften des Roten Kreuzes spielten dabei die entscheidende Rolle. Dies war bei der B.O.K.D. anders, wo die Schwestern in der berufspolitischen Auseinandersetzung die eigenen Interessen vertraten.

#### *II.6.5. Im Kampf um Anerkennung: die B.O.K.D.-Schwestern zwischen Mutterhausverbänden und Gewerkschaften*

Schwestern, die der Enge des Mutterhauses entfliehen wollten und trotzdem nicht auf den Rückhalt eines Vereins verzichten wollten, bot nach der Jahrhundertwende die B.O.K.D. eine Alternative. Im Jahr 1902 unternahmen bei der Wiesbadener Tagung des "Bundes deutscher Frauenvereine" Führungspersonlichkeiten der "freien" Krankenpflege einen erneuten Anlauf, für das nicht organisierte qualifizierte weibliche Krankenpflegepersonal einen Fachverband zu gründen. Nach der Gründung des Evangelischen Diakonievereins handelte es sich um einen neuen Versuch, sich unter dem Dach der bürgerlichen Frauenbewegung von dem Primat der

---

<sup>525</sup> Schwesternvater Chuchul (1919), S. 418.

christlichen Religion oder des Kriegswesens zu emanzipieren. Die Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands wurde am 11. Januar 1903 mit zunächst 30 Mitgliedern unter Vorsitz von Agnes Karll gegründet und brachte es bis 1914 auf 3.377 Mitglieder.<sup>526</sup> Sie wurde als "freier" Verband zur Wahrnehmung der beruflichen Interessen der Mitglieder gegründet, die der sozialen Oberschicht des Krankenpflegepersonals angehörten.<sup>527</sup> Die B.O.K.D. war diejenige Organisation, die das umfassendste Professionalisierungsprogramm aller Verbände verfolgte. Ihre Führungspersonlichkeiten traten für eine dreijährige Ausbildung ein und brachten eigene Entwürfe in die Reformdiskussion ein.<sup>528</sup> Schnell erfolgte die internationale Anerkennung durch englische und amerikanische Schwesternverbände. 1904 gehörte die B.O.K.D. zu den Gründungsmitgliedern des International Council of Nurses (ICN, Weltbund der Krankenpflegerinnen). 1909 wurde Agnes Karll seine Präsidentin. 1912 richtete die B.O.K.D. die Weltversammlung des ICN in Köln aus, und Agnes Karll war bis zu ihrem Lebensende Ehrenpräsidentin.

Angesichts des vergleichsweise guten Forschungsstands sollen an dieser Stelle wichtige Gesichtspunkte zu Selbstverständnis, Leistungen und berufspolitischen Interessen der B.O.K.D. rekapituliert werden, die den Hintergrund für die Forderungen ihrer Führungspersonen bildeten.

Die Führungspersonlichkeiten der B.O.K.D. waren Teil einer Elite unter dem Krankenpflegepersonal, und sie vertraten die Interessen einer Elite. Agnes Karll war im Clementinenhaus ausgebildet worden. Als Privatpflegerin hatte sie eine Patientin in die USA begleitet und so internationale Erfahrung gesammelt. Marie Cauer hatte eine Führungsposition als Oberin des Krankenhauses in San Remo im italienischen Ligurien. Elisabeth Storp (1864-1941) war als katholische Rot-Kreuz-Schwester in Dresden tätig, bevor sie sich der B.O.K.D. anschloß.<sup>529</sup> Helene Meyer (1866-1945) war Krankenschwester am Eppendorfer Krankenhaus in Hamburg und übernahm 1908 die Pflegedienstleitung des städtischen Krankenhauses in Dortmund.<sup>530</sup> Diese Schwestern vertraten den Anspruch, Fachleute für den Krankenpflegestand zu sein und wollten die Weiterentwicklung des Fachs nicht Berufsfremden überlassen. Die ur-

---

<sup>526</sup> CAEMMERER (1915), Berufskampf der Krankenpflegerin, S. 143.

<sup>527</sup> KERCHNER (1992), Beruf und Geschlecht, S. 179.

<sup>528</sup> Siehe hierzu unten Kapitel II.8.1.

<sup>529</sup> Vgl. WITTNEBEN (2001), Storp, Elisabeth, S. 214f.

<sup>530</sup> Vgl. WITTNEBEN (2001), Meyer, Helene, S. 156f.

sprünglich enge Anlehnung an das Rote Kreuz zeigt der Antrag, das Rot-Kreuz-Abzeichen führen zu dürfen.

Das von der B.O.K.D. vertretene Berufsbild der Krankenpflege, nämlich Krankenpflege als "bürgerlicher Frauenberuf" ohne notwendigerweise christliches Fundament, wenn auch mit einer Dienstethik, erwies sich als unvereinbar sowohl mit der Konzeption des "christlichen Liebedienstes" von Seiten der konfessionellen Mutterhausverbände als auch mit der eines durch Wartepersonal ausgeübten Erwerbsberufs, für den die Gewerbeordnung gelten und Tarifverträge abgeschlossen werden sollten. Konkurrenz und Konflikte lagen damit auf der Hand und begleiteten die B.O.K.D. seit ihrer Entstehung. Ein großer Teil der B.O.K.D.-Mitglieder entstammte dem Roten Kreuz oder Diakonissenmutterhäusern.

Die B.O.K.D. usurpierte aus Sicht der Mutterhausverbände den Ehrentitel "Schwester" für einen Verband ohne christliches Fundament. Insbesondere die B.O.K.D. war der Mutterhausdiakonie und dem Roten Kreuz ein Dorn im Auge. Die tiefe Kluft zwischen B.O.K.D. und den Mutterhausverbänden läßt sich dadurch dokumentieren, daß auf der Tagung des Weltbunds der Krankenpflegerinnen in Köln 1912 das Präsidium der Kaiserswerther Generalkonferenz eine Beteiligung der Diakonissenmutterhäuser prinzipiell abgelehnt hatte, Anmeldungen einer Reihe von Orden "auf höhere Weisung" zurückgezogen wurden und das Rote Kreuz nur durch einzelne Oberinnen vertreten war, während manche Zweige des Roten Kreuzes ihren Oberinnen eine Teilnahme verboten hatten.<sup>531</sup> Die B.O.K.D. hatte sich nach der Gründung zunächst am Roten Kreuz orientiert, die Zulassung zum Sanitätsdienst beantragt und beabsichtigt, das Rote Kreuz zu führen. Nachdem das Gesetz über das Rote Kreuz in Kraft getreten war, wählte die B.O.K.D. das Lazaruskreuz. Auf Veranlassung des Roten Kreuzes wurde die B.O.K.D. erfolglos wegen angeblicher Verwechslungsgefahr verklagt.<sup>532</sup> Als 1905 in Düsseldorf die Besetzung der neugebauten städtischen Krankenanstalten anstand, kam die B.O.K.D. zum Zuge, obwohl die katholischen Krankenschwestern deutlich billiger gewesen wären. Die liberale Mehrheit im Stadtrat setzte sich hier über finanzielle Gesichtspunkte hinweg. Im Jahr 1902 entschied sich die Stadt Frankfurt am Main dafür, einen Vertrag mit dem Vaterländischen Frauenverein über die Besetzung der chirurgischen Station des städtischen Krankenhauses zu kündigen und die dortigen Schwestern als städtische Angestellte zu beschäftigen. Hier ergriff Marie Cauer Partei für die Grün-

---

<sup>531</sup> STICKER (1984), Agnes Karll, S. 217.

<sup>532</sup> NUTTING/DOCK/KARLL (1910-1913), Geschichte der Krankenpflege, Bd. 3, S. 449.



derung städtischer Schwesternschaften und tat dies auch in einem gegen das Rote Kreuz gerichteten Artikel kund.<sup>533</sup>

Agnes Karll bewunderte den Korpsgeist von Schwestern in England und Amerika und folgerte:

"Vielleicht hätte er sich in den vielen deutschen Schwesternverbänden besser entwickelt, wenn darin nicht so viel Kastengeist herrschte, wenn nicht Diakonissen, Rote Kreuz-Schwester, Viktoria- oder Diakonieschwester in der Auffassung erzogen würden, daß sie auf alle Schwestern, die anderen Verbänden angehören, sehr herabzusehen haben, da nur ihr Verband die wahren Schwestern umfasse."<sup>534</sup>

Zu den Leistungen der B.O.K.D. gehörten Mitgliederservice – Arbeitsplatzvermittlung, Beratung in Arbeits- und Rechtsfragen und die Möglichkeit zu günstigen Versicherungsverträgen –, die Einrichtung einer Unterstützungskasse für notleidende Mitglieder und die Gewinnung von Informationen über in der Krankenpflege beschäftigtes Personal. Dies geschah durch umfangreiche Befragungen über Arbeitszeit, Einkommen, gesundheitliche und Lebensverhältnisse der Mitglieder. Auch Öffentlichkeitsarbeit mit Hilfe eines eigenen Publikationsorgans hatte einen hohen Stellenwert: 1906 wurde die Zeitschrift "Unterm Lazaruskreuz" gegründet. In Verhandlungen mit Krankenhäusern wurde auf annehmbare Arbeitsbedingungen und Löhne geachtet.

Mit den Kontakten in die USA ging die Bestrebung einher, nach amerikanischem Vorbild auch in Deutschland die Akademisierung der Krankenpflege voranzutreiben. Vorbild für das Studium von Krankenschwestern waren die Kurse an der Columbia University in New York. Das Studium war als Fortbildung insbesondere für solche Schwestern gedacht, die später leitende oder selbständige Stellen in Anstalten oder sozialer Arbeit einnehmen sollten. Damit wurde das Ziel formuliert, der eigenen Berufsgruppe neue Tätigkeitsfelder zu erschließen.

Bis 1912 gelang es, an der privaten "Hochschule für Frauen" in Leipzig Kurse einzurichten. Die "Hochschule für Frauen" war im Vorjahr von Henriette Goldschmidt (1825-1920), einer Mitbegründerin der bürgerlichen Frauenbewegung, gegründet worden und bot Ausbildungsmöglichkeiten für soziale, pädagogische und naturwissenschaftliche Berufe. Die Kurse starteten versuchsweise im Wintersemester 1912/1913.<sup>535</sup> Zur Im-

---

<sup>533</sup> CAUER (1902/1903), Über die Anstellung "Städtischer Pflegerinnen", S. 947-953.

<sup>534</sup> KARLL (1908), Die ersten fünf Jahre unseres Verbandes, S. 29.

<sup>535</sup> Eschborn, jetzt Berlin, Agnes-Karll-Archiv des DBfK, Mappe 72, Rep V FL 1,2: Frauenhochschule Leipzig, Schreiben des Vorsitzenden der Kommission zur

matrikulation wurden 5 Jahre Berufsarbeit, möglichst dreijährige Krankenhausarbeit, und die staatliche Prüfung gefordert. Nach zwei Jahren konnte eine Prüfung abgelegt werden.<sup>536</sup> Der Entwurf eines Studienplanes vom März 1913 sah eine Vertiefung der naturwissenschaftlichen Kenntnisse durch die Stoffgruppen "Naturwissenschaftliche Propädeutik" und "Anatomisch-physiologische Begründung der Krankenpflege" vor. Gleichzeitig sollte der Gesichtskreis der Schwestern erweitert und die selbständige Leitung von Krankenanstalten vorbereitet werden. Dazu dienten die Stoffgruppen "Grundlagen der praktischen Nationalökonomie und Sozialpolitik" sowie "Krankenhaus- und Sanatoriumsverwaltung". Auf diese vier Fächer sollten 12 bis 16 Wochenstunden entfallen, während sechs bis acht Stunden für die Vertiefung der Allgemeinbildung zur Verfügung stehen sollten.<sup>537</sup> Das Studium an der Hochschule für Frauen in Leipzig war ein Angebot für eine kleine Elite von Krankenschwestern. Im Oktober 1913 studierten dort 20 Schwestern, darunter 13 Schwestern der B.O.K.D., eine Schwester des Diakonievereins, eine holländische Diakonisse und zwei finnische Schwestern.<sup>538</sup> Allerdings umfaßte diese Weiterbildung zunächst lediglich theoretische Fächer, da es nicht gelungen war, ein Krankenhaus zur Kooperation zu gewinnen.

1916 berichtete Agnes Karll, daß die Abteilung für Krankenpflege der Hochschule unter die Aufsicht des sächsischen Kultusministeriums gestellt war. Allerdings war die Hochschule nach Kriegsende durch die Inflation in den 1920er Jahren nicht mehr finanzierbar und wurde geschlossen.<sup>539</sup> Die Weiterqualifizierung einer krankenpflegerischen Elite über ein Hochschulstudium war damit gescheitert.

Von Helene Blunck (1879-1953)<sup>540</sup>, Vorsitzende der B.O.K.D. von 1933 bis zur Auflösung des Verbands durch die Nationalsozialisten 1938, sind das Kollegien-Buch an der Hochschule für Frauen zu Leipzig und ein

---

Ausarbeitung eines Studienplanes zur Fortbildung von Krankenpflegeschwestern an der Hochschule für Frauen zu Leipzig an den Vorstand des Diakonissen-Mutterhauses Arnheim, 12.03.1913.

<sup>536</sup> NUTTING/DOCK/KARLL (1910-1913), Geschichte der Krankenpflege, Bd. 3, S. 478f.

<sup>537</sup> Eschborn, jetzt Berlin, Agnes-Karll-Archiv des DBfK, Mappe 72, Rep V FL 1,2: Frauenhochschule Leipzig 1913-1915, Die Kommission zur Ausarbeitung eines Studienplanes zur Fortbildung von Krankenpflegeschwestern an der Hochschule für Frauen zu Leipzig: Entwurf eines Studienplanes zur Fortbildung von Krankenpflegeschwestern an der Hochschule für Frauen zu Leipzig. (Als Manuskript gedruckt.)

<sup>538</sup> NUTTING/DOCK/KARLL (1910-1913), Geschichte der Krankenpflege, Bd. 3, S. 478f.

<sup>539</sup> ELSTER (2000), Der Agnes-Karll-Verband, S. 23.

<sup>540</sup> Zu Helene Blunck vgl. WOLFF (1997), Blunck, Helene, S. 18.

Studien- und Sittenzeugnis erhalten.<sup>541</sup> Dort sind die Kurse des Wintersemesters 1913/1914 und des Sommersemesters 1914 eingetragen. Sie besuchte ein breites Spektrum von naturwissenschaftlichen und klinischen Kursen wie Chemie, Anatomie des Menschen, Bakteriologie und Gynäkologie. Zu diesen traten Kurse über Gesundheitswesen und Berufskunde wie Säuglingspflege und Fürsorgeeinrichtungen, Durchführung der Fürsorgeerziehung und Sozialhygiene. Wirtschaftliche und politische Themen umfaßten Volkswirtschaftslehre, Staatsbürgerkunde, Sozialpolitisches Konversatorium, Geschichte der politischen Parteien Deutschlands. Speziell auf die Krankenpflege ausgerichtet war "Berufskunde und Berufsethik für Krankenpflegerinnen". Zu den allgemeinbildenden Kursen gehörten "Aufbau der Erde" und Goethes "Faust".

Betrachten wir nun die Dilemmata, in denen sich die Führungspersonen der B.O.K.D. seit der Gründung befanden. Die B.O.K.D. nannte sich "Schwesternschaft und Fachverband", eine Interessenvertretung von Frauen für Frauen. Sie rekrutierte sich vor allem aus Mitgliedern von Mutterhausorganisationen, die den freieren Zusammenschluß eines Fachverbands der Unterordnung unter eine Lebensgemeinschaft vorzogen. Mit dem Anschluß an die Frauenbewegung, ihren hohen fachlichen und ethischen Ansprüchen an die Krankenpflegetätigkeit und der Forderung nach einer dreijährigen Ausbildung unterstrich sie, daß die Krankenpflege ein qualifizierter bürgerlicher Beruf sein sollte. Die B.O.K.D. stand unter dem Druck, sich von einem karitativ geprägten Berufsbild abgrenzen zu müssen und gleichzeitig für ihre Mitglieder eine Akzeptanz der "freien" weltlichen Pflege zu erreichen. Deshalb sollten die Repräsentantinnen der B.O.K.D. hinsichtlich ihrer Qualifikation jedem Vergleich mit Diakonissen, Nonnen und Schwestern vom Roten Kreuz standhalten können. So legte Agnes Karll sowohl hohe fachliche als auch ethisch-moralische Maßstäbe für die Aufnahme in den Verband an,<sup>542</sup> während die bei den meisten Rot-Kreuz-Schwesternschaften geforderte Zugehörigkeit zum Bürgertum nicht zu den Aufnahmebedingungen gehörte.

Es handelte sich also nicht um eine Emanzipation von der christlich geprägten Dienstethik in der Krankenpflege, sondern diese wurde auf die Krankenpflege als bürgerlichem Frauenberuf übertragen. Ohne das

---

<sup>541</sup> Eschborn, jetzt Berlin, Agnes-Karll-Archiv des DBfK, Mappe 60, Rep. III HB 1-4: Helene Blunck: Lebenslauf, Zeugnisse, Kollegienbuch, Fotos, Erinnerungen. Kollegienbuch für Schwester Helene Blunck, Studierende an der Hochschule für Frauen zu Leipzig. Hochschule für Frauen Leipzig: Studien- und Sittenzeugnis Helene Blunck vom 06.08.1918.

<sup>542</sup> KERCHNER (1992), Beruf und Geschlecht, S. 178.

Bekenntnis zu dieser Dienstethik – hierfür standen die Tracht, das Lazaruskreuz als Abzeichen, die Losung "ich dien" und der Anspruch auf den Titel "Schwester" – hätte die B.O.K.D. als neue, schwache, zunächst zahlenmäßig kleine und verwundbare Interessenvertretung kaum die Anerkennung von Seiten der Ärzte und der staatlichen Behörden gefunden, die es für die Etablierung in Konkurrenz mit den Mutterhausverbänden und den sich gleichzeitig etablierenden gewerkschaftlichen Zusammenchlüssen dringend benötigte. Nach Einführung des staatlichen Examens nahm die B.O.K.D. nur noch staatlich geprüftes Krankenpflegepersonal auf und bildete so die Vertretung einer qualifizierten Schicht unter dem "freien" Krankenpflegepersonal.

Der Tätigkeitsbericht von Agnes Karll über die ersten fünf Jahre der B.O.K.D. im Jahr 1908 war eine beredte Klage über die Unselbständigkeit ihrer Verbandsmitglieder. An der Spitze versuchte eine kleine Schar von Führungspersönlichkeiten, die Etablierung als angesehenen und qualifizierten bürgerlichen Frauenberuf voranzutreiben, während ein großer Teil der Mitglieder nicht eigenverantwortlich tätig sein wollte. 1908 hatten von mehr als 1.800 Schwestern nur etwas mehr als 200, wie die Statuten es vorsahen, eine Versicherung zur Absicherung von Alter bzw. Invalidität abgeschlossen, was Agnes Karll bitter beklagte.<sup>543</sup> Bis 1921 hatte sich an der Unselbständigkeit wenig geändert:

"Ein großer Teil der Schwestern gehört seiner Wesensart nach an das Gängelband des Mutterhauses, ist nur durch Umstände nicht durch eigenstes Bedürfnis in die Selbständigkeit geraten, glaubt immer vom Verband alle Bequemlichkeiten erwarten zu dürfen, die das Mutterhaus-System für die tägliche Lebensgestaltung bietet, ist erstaunt und versagt oft, wenn ihm klar gemacht wird, daß man für bestimmte lokale Dinge nur selbst sorgen kann, weil dem Verband kein Einmischungsrecht zusteht; begreift vor allem gar nicht, daß der Verband auf seine Mitglieder angewiesen ist und nicht von sich aus die Einzelheiten ihrer lokalen Verhältnisse kennen kann."<sup>544</sup>

Die Stagnation bei 3.000 bis 4.000 Mitgliedern bis zum Ende der Weimarer Republik zeigt, daß die B.O.K.D. für den überwiegenden Teil des "freien" Krankenpflegepersonals nicht attraktiv war. Auf dem politischen und gesellschaftlichen Parkett war es problematisch, daß die B.O.K.D. allein aus Frauen bestand. Allerdings gelang es Agnes Karll nicht, Männer, die mit ihrem Verein sympathisierten, zum Eintritt zu bewegen. Weder

---

<sup>543</sup> KARLL (1909), Unsere Berufsorganisation, S. 55.

<sup>544</sup> XIX. Jahresbericht der B.O.K.D. In: Unterm Lazaruskreuz 17 (1922). S. 25-29, hier S. 25.

Sanitätsrat Aschenborn noch Oberst Galli waren offensichtlich bereit, durch Übernahme des Vorsitzes in einer neuen Schwesternschaft ihren Ruf zu riskieren.<sup>545</sup> Ohne Männer, zumal aus höheren Kreisen, mit Ansehen, gesellschaftlichen Positionen und Einfluß, im Vorstand der B.O.K.D. war der Verband politisch schwach. In den Entscheidungsgremien für das Zustandekommen des Bundesratsbeschlusses (siehe Kapitel II.9.5) war er nicht vertreten. Die Mitwirkungsmöglichkeiten beschränkten sich auf die Publikation von Reformvorschlägen, Eingaben, Teilnahme an Zusammenkünften auf Einladung des Kultusministeriums sowie Versuche persönlicher Einflußnahme auf Mitglieder der preußischen Regierung, wie dies von Agnes Karll praktiziert wurde.<sup>546</sup>

Von den Wärtern und Wärterinnen trennte die B.O.K.D. eine tiefe soziale und weltanschauliche Kluft. Diese mündete in der Ablehnung von Gewerkschaftsforderungen, für den 8-Stunden-Tag zu streiten. In einer Schließungsstrategie nach unten wurden keine männlichen Krankenpflegepersonen in den Verband aufgenommen. Der Forderung nach einer dreijährigen Ausbildung hätten Gewerkschaftler schwerlich zustimmen können. Unter widrigsten Umständen machten sich seit der Jahrhundertwende Gewerkschaftsführer daran, ihre Klientel zu organisieren und auf ihre Interessen öffentlich aufmerksam zu machen.

#### *II.6.6. In der schwächsten Position: Wärter und Wärterinnen – mühsamer Beginn gewerkschaftlicher Organisation*

In der schwächsten Position unter den Pflegepersonen war das Wartepersonal. Insbesondere die Lage der männlichen Wärter war desolat. Angesichts des Lohndrucks der karitativen Verbände<sup>547</sup> führte ihr Anspruch, von ihrem Gehalt eine Familie ernähren zu können, zu Forderungen, die von Arbeitgebern mit Verweis auf die billigere und bessere Arbeit von weiblichem Krankenpflegepersonal mit Unmut quittiert wurde. Hinzu kam ein von Wärterseite als bedrohlich empfundener Verdrängungsprozeß durch den Ersatz von Wärtern durch Schwestern in kommunalen Krankenhäusern. Der Versuch, mit Hilfe von Skandalschriften, in denen unsittliche Handlungen von Schwestern an Männern an den Hamburger

---

<sup>545</sup> Zu den vergeblichen Bemühungen vgl. NUTTING/DOCK/KARLL (1910-1913), Geschichte der Krankenpflege, Bd. 3, S. 435.

<sup>546</sup> Anna Sticker zufolge schätzten Agnes Karll und Eduard Dietrich sich gegenseitig sehr. STICKER (1984), Agnes Karll, S. 163.

<sup>547</sup> Zum Lohndruck der karitativen Verbände vgl. CAEMMERER (1915), Berufskampf der Krankenpflegerin, S. 76f. CAUER (1901/1902), Der Beruf der Krankenpflegerin in Deutschland, S. 746.

Staatskrankenanstalten behauptet wurden,<sup>548</sup> die Pflege auf Männerstationen für männliches Pflegepersonal zu reservieren, um unsittliche Handlungen auszuschließen, schlug jedoch fehl. Nicht zuletzt eine Konferenz führender Krankenhausärzte setzte sich 1901 mit Nachdruck für die Pflege durch Schwestern ein.<sup>549</sup>

Nicht nur die etablierte Konkurrenz der Schwesternorganisationen, sondern auch mangelndes gesellschaftliches Prestige der Tätigkeit als Krankenwärter und die Unterstellung unter Schwestern und damit Frauen machten dem Wartepersonal zu schaffen. Kritisiert wurden insbesondere der Personalmangel in den Krankenhäusern, die tägliche Arbeitszeit des Wartepersonals von 14 bis 18 Stunden, die völlig ungenügende Entlohnung, häufiger Kost- und Logiszwang, mangelhafte Ernährung, primitive Unterkünfte, die unzureichende Anleitung zur Krankenpflege, die hohen Kosten für die Stellenvermittlung und der Ausschluß des Wartepersonals von der gesetzlichen Sozialversicherung.<sup>550</sup> Der Krankenversicherungspflicht unterlagen nämlich nur Krankenpflegepersonen, die als Arbeitnehmer in Privatkrankenanstalten, die Gewerbebetriebe darstellten, tätig waren, und Schwestern, die Angestellte einer als "Oberin" bezeichneten Unternehmerin waren.<sup>551</sup> Zwar gab es in vielen öffentlichen Krankenhäusern eine Fürsorge für unfallverletzte Pflegepersonen, doch diese war freiwillig. Krankenpflegepersonal war gegen Unfall nicht reichsgesetzlich versichert. Eine Invalidenrente erhielten Pflegepersonen, die nicht über Orden oder Mutterhausdiakonie von der Versicherungspflicht befreit waren, erst bei einer Wartezeit von mindestens 200 Wochen und bei völliger Erwerbsunfähigkeit.<sup>552</sup>

---

<sup>548</sup> STANGENBERGER (1901), Unter dem Deckmantel der Barmherzigkeit. BRANDES (1902), Mädchenopfer. Die Schwesternpflege an Männern. LEMBCKE (1902), S. [Sodom] und G. [Gomorrhä].

<sup>549</sup> Vgl. SCHWEIKARDT/WIEKING (2004/2005), Pflege von Männern durch Schwestern? S. 136f.

<sup>550</sup> Noch lange nach der Einführung der Reichsversicherung für Angestellte war umstritten, ob das Krankenpflegepersonal ihm unterstand, da es im Gesetzestext nicht aufgeführt worden war. Vgl. STREITER (1924), Die wirtschaftliche und soziale Lage der beruflichen Krankenpflege in Deutschland, S. 148. Zur Reichsversicherungsordnung von 1911 vgl. ROTHER (1994), Die Reichsversicherungsordnung 1911.

<sup>551</sup> MUGDAN/MEYER (1905), Die Ausbildung und Organisation des Krankenpflegepersonals, S. 141.

<sup>552</sup> MUGDAN/MEYER (1905), Die Ausbildung und Organisation des Krankenpflegepersonals, S. 144f.

Bei den Wärtern gelang es ebensowenig wie bei den bürgerlichen Frauen, eine einheitliche Interessenvertretung zu organisieren.<sup>553</sup> Die Zahl der Berufsvereine wurde 1909 auf etwa 30 beziffert.<sup>554</sup> Geschwächt wurden die gewerkschaftlichen Verbände nicht nur durch die Schwesternverbände, sondern auch durch eine Initiative von ärztlicher Seite, das "freie" Krankenpflegepersonal näher an die Schwesternschaften heranzuführen.<sup>555</sup> Die Gründung des "Bund[es] der Standesvereine der deutschen Krankenpfleger, Massöre und Heilgehilfen", auch "Deutscher Krankenpflege-Bund" genannt, erfolgte als Standesverein unter ärztlicher Leitung durch Paul Jacobsohn im Jahr 1899. Der Bund war als Parallele zum Deutschen Ärztevereinsbund gedacht und faßte von Anfang an die "ethische Vervollkommnung", die wissenschaftliche Fortbildung und die materielle Fürsorge für das Krankenpflegepersonal ins Auge.<sup>556</sup> Ziel war es, die "tüchtigen und achtungswerten Elemente" unter dem selbständigen Krankenpflegepersonal herauszuheben und ihnen entsprechende Normen für das persönliche Verhalten zu geben,<sup>557</sup> das heißt, den "freien" Gewerkschaftsverbänden das Wasser abzugraben. Jacobsohn selbst charakterisierte die Mitglieder als

"ausnahmslos tüchtige und wohlerfahrene Pflegepersonen, die sich freiwillig aus Streben nach kollegialem Anschluß an ihre Berufsgenossen, nach Erweiterung und Befestigung ihrer Fachkenntnisse, nach Förderung ihres sozialen Ansehens und ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse der Organisation angeschlossen haben und ihr in Liebe und Hochschätzung zugetan sind."<sup>558</sup>

Zu den Ehrenmitgliedern gehörte das ärztliche Establishment.<sup>559</sup> Der Verband erhielt Unterstützung von Ärzten und Behörden. Bis 1913 war der Deutsche Krankenpfleger-Bund auf rund 1.000 Mitglieder angewachsen. Auf Bundeskongressen, die bis 1913 zehn Mal durchgeführt wurden, wurden Ausbildung, Fortbildung und Fürsorgemaßnahmen diskutiert. Gleichzeitig wurden fachwissenschaftliche Vorträge gehalten.<sup>560</sup>

---

<sup>553</sup> Zur Vereinsbildung in der "freien" Krankenpflege vgl. BÄR (1999), Der Einfluß der Berliner Ärzte Jacobsohn und Salzwedel, S. 15-20.

<sup>554</sup> Bericht über den II. Delegiertentag unseres Verbandes, S. 36.

<sup>555</sup> DIETRICH, Bericht über das Pflegepersonal in den preussischen Krankenanstalten, 06.10.1900, S. 25.

<sup>556</sup> JACOBSON (1910), Diskussionsbeitrag zum Vortrag von Rudolf Salzwedel, S. 862.

<sup>557</sup> BÄR (1999), Der Einfluß der Berliner Ärzte Jacobsohn und Salzwedel, S. 29.

<sup>558</sup> JACOBSON (1903), Zur Organisation des Krankenpflegepersonals, S. 230f.

<sup>559</sup> BÄR (1999), Der Einfluß der Berliner Ärzte Jacobsohn und Salzwedel, S. 27.

<sup>560</sup> BÄR (1999), Der Einfluß der Berliner Ärzte Jacobsohn und Salzwedel, S. 27f.

Auch der 1903 gegründete "Gewerkverein der Krankenpfleger, -pflegerinnen und verwandter Berufe Deutschlands", der sich als Teil der christlichen Gewerkschaftsbewegung verstand, gehörte zu den staatstragenden Gruppierungen. Er stand in Konkurrenz zur sozialdemokratischen Gewerkschaftsbewegung und blieb parteipolitisch neutral.<sup>561</sup> Ab 1907 führte Georg Streiter (1884-1945) den Verband,<sup>562</sup> nachdem er bereits seit 1903 Geschäftsführer und verantwortlicher Redakteur für die Herausgabe des Verbandsblatts gewesen war.<sup>563</sup> 1909 verwarf der Verband – inzwischen in "Deutscher Verband der Krankenpfleger und –Pflegerinnen" umbenannt – auf dem 2. Delegiertentag den Streik.<sup>564</sup> Das Selbstverständnis als Berufsverband der Krankenpflege<sup>565</sup> und die Stoßrichtung gegen die Sozialdemokratie kamen ebenfalls auf diesem Delegiertentag zum Ausdruck:

"Der sozialdemokratische Verband ist hier für unseren Beruf völlig zur Bedeutungslosigkeit herabgedrückt. Es ist auch nicht in Einklang mit unserem Beruf zu bringen, dass wir uns mit Strassenkehrern, Scheuerfrauen, Bedürfnisanstaltswärterinnen, Gasarbeitern usw. verbinden, wie es in dem sozialdemokratischen Gemeindearbeiter-Verband geschieht. Wir müssen uns auf unseren Beruf beschränken."<sup>566</sup>

Streiter dokumentierte die Lage des Krankenpflegepersonals, indem er Informationen aus verfügbaren zeitgenössischen Schriften zusammenstellte und veröffentlichte. Zu Streiters Zielen gehörte, die Krankenpflege von einem Durchgangsberuf zu einem Lebensberuf zu machen. Er forderte Zusammenarbeit mit dem Ärztestand und vom Staat obligatorische Lehrkurse, einheitliche Prüfungen, eine staatliche Approbation sowie die gesetzliche Regelung der Versicherungspflicht gegen Krankheit, Unfall und Dienstunfähigkeit. Die Zeit bis dahin sollte die Selbsthilfe im Berufsverband überbrücken.<sup>567</sup>

Damit gab es aus Sicht Jacobsohns drei große Organisationen für das Krankenpflegepersonal außerhalb der Mutterhausorganisationen, die ähnliche Ziele verfolgten: den Deutschen Krankenpfleger-Bund, die B.O.K.D. und den Deutschen Verband der Krankenpfleger und Kranken-

---

<sup>561</sup> WOLFF/WOLFF (2002), Georg Streiter, S. 31.

<sup>562</sup> WOLFF/WOLFF (2002), Georg Streiter, S. 19.

<sup>563</sup> WOLFF/WOLFF (2002), Georg Streiter, S. 16.

<sup>564</sup> KANDZIA (1909), Eine wichtige Frage, S. 66.

<sup>565</sup> Vgl. hierzu auch WOLFF/WOLFF (2002), Georg Streiter, S. 19.

<sup>566</sup> Bericht über den II. Delegiertentag unseres Verbandes, S. 36.

<sup>567</sup> WOLFF/WOLFF (2002), Georg Streiter, S. 20.



pflegerinnen, die alle drei von Ärzten protegiert, gefördert und beraten wurden.<sup>568</sup>

Den staatstragenden Verbänden, Regierung und Verwaltung standen die "freie" Gewerkschaftsbewegung und die Sozialdemokratie gegenüber. Der Gedanke, es sei notwendig, sich freigewerkschaftlich zu organisieren, wurde von außen in die Kranken- und Pflegeanstalten Berlins hineingetragen.<sup>569</sup> 1895 gründeten die Berliner Gasarbeiter der städtischen Betriebe den "Verband der Arbeiter in Gasanstalten, auf Holz- und Kohlenplätzen und sonstiger Arbeitsleute", der später "Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter" genannt wurde. Er öffnete sich 1897 auch den Arbeitern in den übrigen städtischen Betrieben. 1898 entstand eine weitere Berufsorganisation, nämlich der "Verband des Massage-, Bade- und Krankenpflegepersonals", die seit 1901 mit der "Sanitätswarte" ein eigenes Mitteilungsblatt herausgab. Dieser schloß sich 1904 dem "Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter" an. 50 versandte Fragebogen von 1904 über die Lohn- und Arbeitsbedingungen in verschiedenen Krankenhäusern erbrachten nur 22 Rückläufe,<sup>570</sup> führten aber zu einem ersten Überblick über die Krankenhäuser, in denen Mitglieder arbeiteten. Ebenfalls 1904 tagte die erste Programmkonferenz, die bessere Löhne und Arbeitsbedingungen sowie soziale Absicherung forderte.<sup>571</sup> Die schwache Position des Verbands wird durch die Forderung nach einer obligatorischen Ausbildung, die nicht näher spezifiziert wurde, dokumentiert, ebenso durch die Forderung nach einem Verbot der weiblichen Pflege auf Männerstationen öffentlicher Anstalten durch Reichsgesetz. Diese Forderung, die 1911 aufgehoben und auf die Pflege geschlechtskranker Männer beschränkt wurde,<sup>572</sup> zeigt gleichzeitig, daß der Verband zunächst vor allem eine Vertretung des männlichen Wartepersonals war.

Schrittweise gewannen neben den im Vordergrund stehenden sozialpolitischen Forderungen fachliche Themen an Bedeutung. Während die 1906 anlässlich des Verbandstags in Mainz einberufene erste Konferenz des deutschen Krankenpflege-, Massage und Badepersonals lediglich die Lage

---

<sup>568</sup> JACOBSON (1910), Diskussionsbeitrag zum Vortrag von Rudolf Salzwedel, S. 862.

<sup>569</sup> Vgl. FRIEDRICH-SCHULZ (1928), Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 5. Zum Folgenden: WOLFF/WOLFF (2002), Georg Streiter, S. 9f.

<sup>570</sup> FRIEDRICH-SCHULZ (1928), Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 14.

<sup>571</sup> Zum Programm siehe FRIEDRICH-SCHULZ (1928), Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 10f.

<sup>572</sup> FRIEDRICH-SCHULZ (1928), Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 21f.

der Beschäftigten, ihre Verbesserung und die Organisation des Pflege- und Badepersonals auf der Tagesordnung hatte,<sup>573</sup> wurden 1911 die Tagesordnungspunkte "Modernes Krankenpflege- und Badewesen" mit ärztlichen Referenten sowie "Prüfungsvorschriften" aufgenommen.

Das Pflegepersonal im "Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter" blieb auf dem Krankenhaussektor vor dem 1. Weltkrieg zu schwach zum Streiken oder dazu, den Abschluß von Tarifverträgen durchzusetzen.<sup>574</sup> Die Mitgliederzahl des Krankenpflege-, Massage- und Badepersonals im Verband blieb insgesamt gering und ging von ihrem Vorkriegshöchststand von 3.391 im Jahr 1913 auf 1.886 im Jahr 1914 zurück, und damit von 6,3% auf 5,5% des Gesamtverbandes.<sup>575</sup> Die preußische Regierung hatte damit bis zum Beginn des 1. Weltkriegs sozialdemokratischen und freigewerkschaftlichen Einfluß im Krankenpflegewesen erfolgreich abgewehrt. Aus Sicht des Verbandes der Gemeinde- und Staatsarbeiter wurde dagegen rückblickend kommentiert:

"Durch Koalitionsraub und wirtschaftliche Schädigung glaubte man damals noch die rückständigen Verhältnisse innerhalb der Anstalten für alle Zeiten verewigen zu können. Das war die Situation bei Ausbruch des Krieges 1914."<sup>576</sup>

Als *Fazit* läßt sich feststellen, daß die Pflege an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert ein sehr heterogenes Bild bot. Auf katholischer Seite bildete sich als Kristallisationspunkt für eine Modernisierung der Krankenpflege der "C(h)aritasverband für das katholische Deutschland". In ihm engagierten sich Geistliche und Ärzte sich für eine bessere Ausbildung und neue Organisationsformen wie Krankenpflegevereine. Die ärztliche Denkschrift von 1904 macht deutlich, daß leitende katholische Krankenhausärzte als loyale Söhne der katholischen Kirche intern ihre Bedenken und Ansprüche dem preußischen Episkopat vortrugen. Gleichzeitig forderten sie im Einklang mit der allgemeinen ärztlichen Standespolitik Verfügungsgewalt über Krankenschwestern in katholischen Krankenhäusern. Für den

---

<sup>573</sup> FRIEDRICH-SCHULZ (1928), Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 14f.

<sup>574</sup> Vor dem 1. Weltkrieg wurden lediglich drei Tarifverträge für das Badepersonal abgeschlossen. Vgl. FRIEDRICH-SCHULZ (1928): Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 55.

<sup>575</sup> FRIEDRICH-SCHULZ (1928), Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 65. HELMERICHS (1992), Krankenpflege im Wandel, S. 240, gibt für 1914 1903 Mitglieder, davon ca. 900 Pflegekräfte an.

<sup>576</sup> FRIEDRICH-SCHULZ (1928), Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 31.

preußischen Episkopat war hingegen oberstes Ziel, den Wesensgehalt des Katholischen zu erhalten, weshalb er Eingriffe in die Ordensdisziplin ablehnte und damit dem Anspruch auf ärztliche Vorgesetztenfunktionen gegenüber Schwestern in katholischen Krankenhäusern Grenzen setzte. Im Hinblick auf ein Krankenpflegeexamen nahm er eine abwartende Haltung ein.

Auf evangelischer Seite lehnte das Präsidium der Kaiserswerther Generalkonferenz für die Mutterhausdiakonie eine Modernisierung und Vereinheitlichung ihrer Ausbildungsstrukturen ebenso wie ein staatliches Examen ab. Sie erkannte die Zeichen der Zeit nicht und konnte erst 1906 auf die bereits gefallene Entscheidung, einen Bundesratsbeschluss über ein Krankenpflegeexamen herbeizuführen, reagieren. Der gesetzgeberische Entscheidungsprozeß im Vorfeld fand also ohne die beiden größten Gruppierungen der organisierten Krankenpflege statt. Zudem vertrat sich in den konfessionellen Mutterhausorganisationen die Pflege nicht selbst, sondern Geistliche verhandelten im Namen der Pflege.

Die starre Haltung der Mutterhausdiakonie führte zur Gründung des Evangelischen Diakonievereins und damit zur Spaltung der evangelischen Krankenpflege. Friedrich Zimmer als Vorsitzender des Evangelischen Diakonievereins warb um bürgerliche Frauen, bot eine einjährige Ausbildung und trieb zielstrebig die Einführung eines staatlichen Examens voran. Auch hier vertrat die Pflege sich nicht selbst, sondern wurde durch den Vorsitzenden des Evangelischen Diakonievereins vertreten.

Im Roten Kreuz sorgten Ärzte für eine Vereinheitlichung und Standardisierung der Schwesternausbildung. Die von Clementine von Wallmenich gegründete Oberinnenschule war eine Pionierleistung, die vorrangig der Weiterbildung einer kleinen Verbandselite diente. Auch im Roten Kreuz hatten berufspolitisch die Schwestern kein Mandat. Militärärzte vertraten das Rote Kreuz in politischen Gremien.

Evangelischer Diakonieverein und Rotes Kreuz trugen dazu bei, daß sich mit der B.O.K.D. ein Verband "freier" Schwestern erst nach der Jahrhundertwende gründete. Statt einer einheitlichen Standesvertretung für bürgerliche Frauen konstituierten sich vor dem 1. Weltkrieg drei konkurrierende Verbände für diese Zielgruppe.

Die von der bürgerlichen Frauenbewegung unterstützte B.O.K.D. als einziger Schwesternverband mit umfassendem Professionalisierungsprogramm vertrat eine Elite unter dem Krankenpflegepersonal. Die Einführung von Kursen an der Hochschule für Frauen in Leipzig war ebenfalls eine Pionierleistung. In der B.O.K.D. vertraten sich die Schwestern selbst.

Begrenzt wurde das politische Gewicht der B.O.K.D. allerdings durch unterschiedliche Konzeptionen ihrer Führungspersönlichkeiten und die fehlende Vertretung in politischen Gremien.

Ebensowenig wie bei den bürgerlichen Frauen gelang bei den Wärtern der Aufbau einer einheitlichen Interessenvertretung. Ein ärztlich geleiteter Fachverband und ein christlicher Gewerkschaftsverband konkurrierten mit dem "freien" Gewerkschaftsverband. Auch die Gewerkschaften bemühten sich durch Zeitschriften und Fortbildungsangebote sowie Artikulation ihrer Interessen in der Öffentlichkeit um die Hebung des Krankenpflegeberufs. In den Gewerkschaftsverbänden vertraten sich die Wärter selbst, die Verbände waren aber klein, gespalten und schwach. Machtpolitisch stand der "freien" Gewerkschaft und der Sozialdemokratie eine informelle Koalition der anderen Interessenverbände, von Regierung und Verwaltung gegenüber.

Nachdem sich zeigen ließ, daß das politische Gewicht der Pflegeorganisationen gering war, richtet sich nun der Blick auf die Ärzteschaft. Bevor die Interessenlage der organisierten Ärzteschaft im Hinblick auf die Krankenpflege um die Jahrhundertwende analysiert wird, soll zunächst eine Entwicklung beleuchtet werden, die wesentlichen Einfluß auf das Zustandekommen der ärztlichen Position im Hinblick auf die Krankenpflege hatte, nämlich die Therapiefreiheit für Heilgehilfen aufgrund der Reichsgewerbeordnung. Diese steht in engem Zusammenhang mit einem zentralen Ziel ärztlicher Standespolitik, nämlich "Kurpfuscherei" im Sinne von Therapieangeboten bzw. der Kurierfreiheit nicht lizenzierter bzw. approbierter Heiler<sup>577</sup> zu bekämpfen.

---

<sup>577</sup> In diesem Zusammenhang geht es um die politische Auseinandersetzung mit anderen Heilergruppen, nicht um weitere Bedeutungen des Begriffs "Kurpfuscherei". Die ärztliche Standespolitik interpretierte diesen Begriff äußerst weit und faßte darunter sowohl die Anwendung von Außenseitermethoden durch Approbierte (z. B. Homöopathie oder Naturheilkunde) als auch Kompetenzüberschreitungen zugelassener niederer Heilpersonen (Wundärzte, Heildiener, Hebammen) sowie die Laienbehandlung gegen Entgelt. Vgl. HEROLD-SCHMIDT (1997), Ärztliche Interessenvertretung im Kaiserreich, S. 59f.

## II.7. Reichsgewerbeordnung, ärztliche Standespolitik und die Bewegung der "wissenschaftlichen Krankenpflege"

### II.7.1. Die Reichsgewerbeordnung: Liberalisierung der Gesundheitsberufe

Eine richtungweisende Entscheidung mit tiefgreifenden Konsequenzen für die Heilberufe bildeten Bestimmungen, die in der Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes von 1869 verankert wurden und 1871 als Teil der Reichsgewerbeordnung im ganzen Deutschen Reich Gültigkeit erlangten. Das preußische Kultusministerium verlor nämlich im Zuge der Gründung des Deutschen Reichs durch die Gesetzgebung auf Reichsebene entscheidend an Kompetenz.

Bevor die Gewerbeordnung von 1869/1871 in Kraft trat, galt in den vor 1866 erworbenen Landesteilen Preußens die Allgemeine Gewerbeordnung vom 17. Januar 1845 mit den entsprechenden Änderungs- und Ergänzungsgesetzen.<sup>578</sup> Nach ihr war es möglich, dem Medizinalgewerbe die jeweilige Konzession auf dem Verwaltungsweg zu entziehen. Dies konnte geschehen, wenn die Nachweise für die Erteilung der Konzession, Bestallung etc. falsch waren, oder wenn aus Handlungen oder Unterlassungen ein Mangel der erforderlichen und bei Erteilung der Konzession vorausgesetzten Eigenschaften hervorging.<sup>579</sup>

Die Liberalisierung der bisherigen Bestimmungen der preußischen Gewerbeordnung und damit die Freigabe der "Kurpfuscherei" erfolgte auf Betreiben ärztlicher Abgeordneter im Norddeutschen Bundestag, die sich auf eine Petition der einflußreichen Berliner Medizinischen Gesellschaft bezogen.<sup>580</sup>

Im Entwurf der Gewerbeordnung von 1869 war die Ausübung der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt oder Apotheker an eine auf Grund eines Befähigungsnachweises erteilte Approbation gebunden. Nach den Vorstellungen der Berliner Medizinischen Gesellschaft sollte die Approbation lediglich die jeweilige Berufsbezeichnung schützen.<sup>581</sup> Die Verfasser der Petition argumentierten, das Verbot der Medizinalpfuscherei, also der Behandlung Kranker durch Nicht-Ärzte, werde durch die Annahme der

---

<sup>578</sup> HÖINGHAUS (1869), Gewerbe-Ordnung für den Norddeutschen Bund, S. 153.

<sup>579</sup> HÖINGHAUS (1869), Gewerbe-Ordnung für den Norddeutschen Bund, S. 156.

<sup>580</sup> Vgl. zur Berliner Medizinischen Gesellschaft: FRÄNKEL (1885), Die Geschichte der Gesellschaft während der ersten 25 Jahre ihres Bestehens. GOERKE (1960), Die Geschichte der Berliner medizinischen Gesellschaft, S. 3-16. Zur Einführung der Gewerbefreiheit vgl. HUERKAMP (1985), Der Aufstieg der Ärzte, S. 254-257.

<sup>581</sup> Petition der Berliner medicinischen Gesellschaft, die Gewerbe-Ordnung betreffend (1869), unpag.

Petition zwar beseitigt, hinsichtlich der Ausübung der Heilkunde würden Leben und Gesundheit der Staatsangehörigen hinlänglich vor Gefahren bewahrt. Das Publikum gewinne bei der Wahl dessen, dem es seine Gesundheit anvertrauen wolle, die Möglichkeit, zwischen Geprüften und Ungeprüften zu unterscheiden. Mehr als diese Möglichkeit zu bieten, sei nicht Sache des Staates. Das Publikum werde sonst in der Freiheit seiner Wahl zu Unrecht beschränkt und ihm das Vertrauen zu einer bestimmten Klasse von Personen anbefohlen.<sup>582</sup>

Möglicherweise war Rudolf Virchow, der bei den Beratungen der Berliner Medizinischen Gesellschaft federführend gewesen war, auch durch die Erfahrungen mit der preußischen Regierung in den Revolutionsjahren geprägt. Diese hatte zwei Ärzten aufgrund deren politischer Haltung während der Ereignisse der Jahre 1848/1849 entgegen dem Gesetz die Approbation entzogen.<sup>583</sup> Später wurde meist ein Zusammenhang zwischen der Aufhebung des Kurpfuschereiverbots und der Beseitigung anderer, die Ärzte reglementierender Paragraphen gesehen. Einige Autoren verwiesen die Absicht eines "Kuhhandels" bei den Petenten dagegen ins Reich der Legende.<sup>584</sup>

Welches auch die ausschlaggebenden Motive auf ärztlicher Seite gewesen sein mögen, wesentlich ist, daß eine entscheidende Weichenstellung für den Ärztestand und mittelbar auch für andere Berufe im Gesundheitswesen vollzogen wurde. Nach den Bestimmungen der Gewerbeordnung von 1869/1871 blieb lediglich die Berufsbezeichnung geschützt, während das bisherige ausschließliche Recht der Ärzte, die Heilkunde auszuüben, aufgehoben war. In der Therapie, einer ärztlichen Kernkompetenz, wurde damit die Konkurrenz durch nichtapprobierte Heiler zugestanden.

Vorbehalten blieb den approbierten Ärzten nur das Anrecht auf alle ärztliche Betätigung im öffentlich-rechtlichen Interesse, auf die Vornahme der Pockenschutzimpfung und die Verordnung stark wirkender Arzneimittel.<sup>585</sup> Während die Gewerbeordnung weiterhin ein Befähigungszeugnis als Voraussetzung für die Tätigkeit der Hebammen vorsah, wurde – ebenfalls auf ärztlichen Antrag – auch die Approbation der Heilgehilfen aus

---

<sup>582</sup> Petition der Berliner medicinischen Gesellschaft, die Gewerbe-Ordnung betreffend, Motive zu vorstehenden Abänderungs-Vorschlägen, Titel II, unpag.

<sup>583</sup> ANDREE (2002), Rudolf Virchow, S. 160-163.

<sup>584</sup> HUERKAMP (1985), Der Aufstieg der Ärzte, S. 256.

<sup>585</sup> BECHER (1905), Geschichte des ärztlichen Standes, S. 1007.

dem Gesetzesentwurf gestrichen.<sup>586</sup> So galten für diese die allgemeinen Bestimmungen über Gewerbetreibende.

Die Bestimmungen der Gewerbeordnung von 1869 waren Teil einer umfassenden Liberalisierung auf dem Gebiet des entstehenden Deutschen Reichs. Für die Medizinalberufe bedeuteten sie einen Bruch mit der bisherigen Tradition der preußischen Medizinalgesetzgebung, die sich bis zum Medizinaledikt des Großen Kurfürsten von 1685 zurückverfolgen läßt. Die Entscheidungskompetenz des Einzelstaats, für die Heilberufe eine Konzession zu erteilen, wurde durch die Gewerbeordnung eingeschränkt.

Im Kern beschnitten die rechtlichen Vorgaben der Reichsgewerbeordnung die Kompetenz des preußischen Kultusministeriums in der Gesundheitspolitik. Bei den Beratungen über die Reichsgewerbeordnung ging es nicht um die Krankenpflege, die dort auch nicht explizit geregelt wurde. Die Bestimmungen der Reichsgewerbeordnung erlangten jedoch mittelbar auch für die Krankenpflege Bedeutung: Zum einen galten für sie die liberalen Bestimmungen, die für Gewerbe allgemein festgelegt worden waren. Zum anderen bildeten die dort festgeschriebenen Regelungen für Ärzte, Heilgehilfen und Hebammen den Hintergrund für Überlegungen zu einer Reform der Krankenpflege. Soweit eine Änderung der Reichsgewerbeordnung erforderlich war, war dies nur über ein Reichsgesetz mit Zustimmung von Reichstag und Bundesrat zu erreichen. Zum dritten führte die Reichsgewerbeordnung dazu, daß nichtlizenzierte Heiler wie die Heilgehilfen der Ärzteschaft auf ihrem ureigensten Gebiet, der Therapie, Konkurrenz machen konnten.

### *II.7.2. Die Heilgehilfen – von gefügiger Unterstützung zu ungeliebter Konkurrenz*

Der Beruf als Heilgehilfe bzw. Heildiener als Ersatz für die Wundärzte II. Klasse wurde von den Ärzten begrüßt, da sie sich von diesem Personal gefügigere Unterstützung erwarteten.<sup>587</sup> Als treue Diener der Ärzte sollten die Heilgehilfen bestimmte ärztliche Verordnungen ausführen. Jedes irgendwie selbständige Handeln sollte ihnen streng untersagt bleiben. Es komme lediglich auf ihr Geschick und ihre Sicherheit an.<sup>588</sup>

Die geprüften Heilgehilfen unterstanden in Bezug auf ihre Berufstätigkeit der Aufsicht des Kreisarztes. Dieser hatte insbesondere darauf zu achten, daß sie die in dem Befähigungszeugnis ihrer Tätigkeit gesteckten

---

<sup>586</sup> HÖINGHAUS (1869), Gewerbe-Ordnung für den Norddeutschen Bund, S. 58.

<sup>587</sup> RAVOTH, Die Heilgehülfen als ärztliches Hülfspersonal, Bl. 7a.

<sup>588</sup> RAVOTH, Die Heilgehülfen als ärztliches Hülfspersonal, Bl. 7a.

Grenzen nicht überschritten.<sup>589</sup> Beim Überschreiten der Befugnisse, die die Krankenwartung, die "kleine Chirurgie" und ärztliche Hilfsleistungen umfaßten, konnte die Tätigkeitsbefugnis entzogen werden.

In der Folgezeit wurden die Kompetenzen der Heilgehilfen ausgeweitet. 1860 wurde ihnen das Ausziehen von Zähnen gestattet,<sup>590</sup> und 1871 erhielten sie Anspruch auf die Prämie für Wiederbelebungen.<sup>591</sup>

Die Reichsgewerbeordnung trug entscheidend dazu bei, daß der Heilgehilfenstand aus ärztlicher Sicht als Berufsstand unerwünschte Eigenschaften entwickelte. Mit der Einführung 1869/1871 galten entsprechende Vorschriften über die Begrenzung der Kompetenzen nur noch für staatlich geprüfte und konzessionierte Heilgehilfen, während ohne staatliche Prüfung und Konzession tätige Heilgehilfen im Rahmen der neu eingeführten Kurierfreiheit auch ohne Anweisung des Arztes therapeutisch tätig sein durften.

Über die Beibehaltung einer fakultativen Prüfung für die Heilgehilfen hoffte das preußische Kultusministerium trotz des durch die Reichsgewerbeordnung eingetretenen Kompetenzverlusts die Kontrolle über diesen Stand zu behalten. Noch im Jahr 1869 erließ es eine Verfügung, in der betont wurde, daß in der Reichsgewerbeordnung zwar das Institut der Heilgehilfen nicht erwähnt sei, einer weiteren Abhaltung von Prüfungen aber nichts entgegenstehe. Wer sich über seine Befähigung ausweisen wolle, solle bei Bestehen ein Befähigungszeugnis als geprüfter Heildiener erhalten.<sup>592</sup> Aufgrund der Bestimmungen in der Reichsgewerbeordnung konnte der Staat nur über das staatlich geprüfte und konzessionierte Heilpersonal eine unmittelbare Kontrolle ausüben und ihm, wenn es bei seiner Berufstätigkeit die ihm gesteckten Grenzen überschritt oder es an der erforderlichen Zuverlässigkeit fehlen ließ, das Befähigungszeugnis wieder entziehen. Dagegen fehlte die entsprechende Kontrolle über das Heilpersonal ohne staatliche Approbation. Entsprechend galt für die Heilgehilfen, daß nur noch derjenige, der sich "staatlich geprüfter Heilgehilfe" nennen wollte, eine entsprechende Prüfung ablegen und sich an die Grenzen der Tätigkeitsbefugnis halten mußte. Nach Einführung der Kurierfreiheit durch die Reichsgewerbeordnung von 1869/1871 war es viel attraktiver, Heilbehandlungen anzubieten als Krankenpflagedienste oder

---

<sup>589</sup> SCHLOCKOW/ROTH/LEPPMANN (1901), *Der Kreisarzt*, S. 36.

<sup>590</sup> FIELITZ (1885), *Das Institut der geprüften Heildiener vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus*, S. 208.

<sup>591</sup> WERNICH (1891), *Ueber Ausbildung und Lebenslage des niederen Heilpersonals*, S. 9.

<sup>592</sup> SCHLOCKOW/ROTH/LEPPMANN (1901), *Der Kreisarzt*, S. 224f.



ausführende Tätigkeiten auf Anweisung der Ärzte. Der "Kurpfuscherei" wiederum konnte die Ärzteschaft wenig abgewinnen. 1884 standen die Heilgehilfen auf der Tagesordnung des preußischen Medizinalbeamten-Vereins, wobei im Raume stand, ob man auf eine verbesserte Qualifikation hinwirken sollte. Fachlichen Erwägungen stand dabei der Konkurrenzaspekt gegenüber. Es war beobachtet worden, daß nur noch wenige Heilgehilfen sich prüfen ließen, und diese zudem meist in größeren Städten niedergelassen waren. Außerdem wurde kritisiert, daß Heilgehilfen ohne Ausbildung im Krankenhaus auch nach Bestehen der Heilgehilfenprüfung für die Praxis noch nicht brauchbar seien und auf dem Land Barbieri sich als Heilgehilfen betätigten. Gleichzeitig wurde jedoch eingeräumt, daß zwar ein Mangel an Ärzten auf dem Land herrschte, die kleine Chirurgie allein dem Heilgehilfen nicht genügend Einkommen einbrachte und die Kompetenz von Lazarettgehilfen verlorenging, da diese aus finanziellen Erwägungen heraus nach ihrem Ausscheiden als Unterbeamte, zum Beispiel als Eisenbahnschaffner, tätig wurden, anstatt den Beruf des Heilgehilfen zu ergreifen.<sup>593</sup>

Der Mangel an Krankenpflegepersonal auf dem Land machte aus ärztlicher Sicht den Heilgehilfen dort als ärztliches Hilfspersonal unentbehrlich:

"Die Aenderungen in der medicinischen Therapie besonders der Infectionskrankheiten hat seit Jahren den Arzt genöthigt, einen subalternen Gehilfen zu halten. In grossen Städten gibt es Krankenpfleger männlichen und weiblichen Geschlechts, auf dem Lande eignet sich hierzu nur der Heildiener. Und auf diesem Gebiete tritt seine Unentbehrlichkeit deutlich zu Tage!"<sup>594</sup>

So wurden dem Heildiener Aufgaben wie die Nachbehandlung einer Reihe von Operationen, die Kontrolle ärztlicher Verordnungen bei der Diphtheriebehandlung, Aufklärung der Bevölkerung über Hygiene, Desinfektion, Krankenbeobachtung und Berichterstattung als Assistent des Landarztes zugeordnet.<sup>595</sup> Die Attraktivität eines höheren, wenn auch deutlich unter dem ärztlichen Honorar liegenden Verdienstes durch Therapieangebote war hierdurch jedoch nicht aus der Welt geschafft: Die

---

<sup>593</sup> FIELITZ (1885), Das Institut der geprüften Heildiener vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus, S. 211, S. 213.

<sup>594</sup> FIELITZ (1885), Das Institut der geprüften Heildiener vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus, S. 210.

<sup>595</sup> FIELITZ (1885), Das Institut der geprüften Heildiener vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus, S. 210.

"Medicinal-Pfuscher" hätten meist deshalb so viel Zuspruch, weil Ärmere oder Geizigere für einen Bruchteil des ärztlichen Honorars nicht nur Rat, sondern auch noch Arzneien bekämen.<sup>596</sup> Auch in den 1880er Jahren, noch lange vor der massiven ärztlichen Polemik gegen die "Kurpfuscher" um die Jahrhundertwende, war der Konkurrenzaspekt so stark, daß die Versammlung einen Antrag ablehnte, nach dem die Physiker, also die Kreisärzte, auf den Erhalt und Ausbau des Standes der geprüften Heildiener hinwirken sollten.<sup>597</sup> Gleichzeitig hatten die Ärzte beobachtet, daß in den Städten anstatt Heilgehilfen Krankenpflegepersonal die Assistenz der Ärzte bildete.

Das Grundproblem bestand darin, daß Heilgehilfen aus wirtschaftlichen Gründen in Konkurrenz zu den Ärzten auftraten. Für die ärmere Bevölkerung war das ärztliche Honorar häufig unerschwinglich.<sup>598</sup> Gleichzeitig konnten Heilgehilfen nur in größeren Städten ihren Lebensunterhalt ohne Therapieangebote sichern:

"Lassen sich aber Heildiener in kleinen Städten nieder, so müssen sie in allen Sätteln gerecht und auf jeder Fährte sprungfertig sein, um einen Lebensunterhalt aus allen möglichen Theilstücken zu erringen; gehen sie vollends auf das Land, so übernehmen sie ... bald entweder sämtliche ärztliche Hülfeleistungen oder sie ziehen bald wieder fort."<sup>599</sup>

Bis 1891 hatte sich an der Lage wenig geändert. Es wurde berichtet, daß sich bei den Kreisphysikern nur ausnahmsweise Prüflinge meldeten. Fast immer betreffe dies Personen, die ihre Militärpflicht als Lazarettgehilfen abgeleistet hätten und im Zivilleben den Beruf des Barbiers ergriffen hätten. Das Ablegen der Prüfung sei für den Heilgehilfen nur mit Nachteilen – Behördenaufsicht, Beschränkung der Kompetenzen, Bestrafung bei Fahrlässigkeit – verbunden. Es sei vorgekommen, daß Heilgehilfen ihr Befähigungszeugnis zurückgegeben hätten, um ungestört "Medizinalpfuscherei" treiben zu können. Erneut wurden daneben die üblichen Argumente mangelnder Qualifikation und Schadens für die Patienten ins

---

<sup>596</sup> FIELITZ (1885), Das Institut der geprüften Heildiener vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus, S. 209.

<sup>597</sup> FIELITZ (1885), Das Institut der geprüften Heildiener vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus, S. 213f.

<sup>598</sup> FIELITZ (1885), Das Institut der geprüften Heildiener vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus, S. 209.

<sup>599</sup> Vgl. WERNICH (1891), Ueber Ausbildung und Lebenslage des niederen Heilpersonals, S. 13.

Feld geführt – häufiger verwahrloster Zustand der Instrumente, keinerlei Verständnis von Antisepsis, keine Beachtung von Sauberkeit.<sup>600</sup>

Für die Versorgung der Bevölkerung mit krankenpflegerischen Leistungen dürften die Heilgehilfen keine größere Rolle gespielt haben. Das Krankenpflegepersonal überstieg an Zahl am Ende des 19. Jahrhunderts die der Heilgehilfen bei weitem. 1898 wurden in Preußen 2.303 staatlich geprüfte berufsmäßige Heildiener und 2.294 andere, einschließlich Masseuren, gegenüber 19.285 Krankenpflegepersonen gezählt.<sup>601</sup>

Eine Modernisierung der Anforderungen für den Heilgehilfenstand unterblieb. Die Ärzte hatten keinerlei Interesse daran, den Heilgehilfenstand zu professionalisieren. Im Jahr 1902 wurde zwar ein erneuter Erlass verabschiedet, aber auch dieser sah lediglich eine Ausbildung von drei Monaten vor. Er ist als durchsichtiges Beschwichtigungsmanöver gegenüber der Reichsregierung angesichts der 1900 aufgekommenen massiven Kritik an den Zuständen im Krankenhaus- und Krankenpflegewesen zu werten.<sup>602</sup> Bis zur Abschaffung des Heilgehilfenstands im Jahr 1911 hatte die fakultative Prüfung Bestand.<sup>603</sup>

### *II.7.3. Ärztliche Standesinteressen mit Blick auf die Krankenpflege*

Im Lauf des 19. Jahrhunderts fand ein Aufstieg der Ärzteschaft statt, der mit einer Expertenstellung gegenüber dem Patienten und dem Selbstverständnis einherging, zur gesellschaftlichen Elite zu gehören. Neuere Forschungen haben prägnant herausgearbeitet, in welcher schwieriger Lage sich die organisierte Ärzteschaft trotz aller Erfolge sah: Im Zeitalter grandioser Forschungserfolge der naturwissenschaftlich fundierten Medizin, die mit Selbstbewußtsein und Stolz zur Schau gestellt wurden, wurde das Selbstbewußtsein der Ärzte in der therapeutischen Praxis rissig. Die Zweifel am medizinischen Fortschritt nahmen zu. Die Ausdifferenzierung der medizinischen Spezialfächer beschleunigte sich. Spannungen zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten traten in den 1890er Jahren auf. Der Berufsstand drohte aufgrund wachsender Disparitäten der Einkommenschancen, einer schwindenden gemeinsamen Kommunikationsbasis, einem Auseinanderdriften der Ärzte aufgrund der Spezialisierung und verstärkter

---

<sup>600</sup> Vgl. WERNICH (1891), Ueber Ausbildung und Lebenslage des niederen Heilpersonals, S. 11.

<sup>601</sup> Die Verbreitung des Heilpersonals im Deutschen Reiche 1898, S. 3\*.

<sup>602</sup> Zu dieser Kritik siehe unten, Kapitel II.9.2.

<sup>603</sup> Preußen. Erlass des Ministers des Innern, betr. Aufhebung der staatlichen Prüfungen für Heilgehilfen und Masseure. Vom 4 Dezember 1911, S. 55.

Stadt-Land-Gegensätze in konkurrierende Fraktionen zu zerfallen.<sup>604</sup> Es galt, den sich ausweitenden Markt für gesundheitliche Dienstleistungen, der sich jedoch zunehmend unter die verschiedensten, eben auch nichtärztlichen Heilergruppen aufteilte, den Ärzten zu sichern, ihn zumindest ihrer Kontrolle zu unterwerfen.

Konkret war die ärztliche Berufspolitik in Deutschland um die Jahrhundertwende durch einen heftigen Kampf gegen Krankenkassen und "Kurpfuscher" in Anspruch genommen.<sup>605</sup> Angesichts einer realen Gefahr wachsender Kontrolle durch die Krankenkassen und den Staat drohte aus Sicht der organisierten Ärzteschaft der Status eines "freien Berufes" verlorenzugehen. Die Speerspitze zur Durchsetzung berufspolitischer Forderungen bildete der von Hermann Hartmann (1863-1923) 1900 gegründete "Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen", kurz "Leipziger Verband". Durch die Gründung des Leipziger Verbandes verstärkte sich die Schlagkraft der Ärzteschaft, zumal es ihm gelang, einen hohen Organisationsgrad zu erreichen und er mit harten Bandagen gegenüber "Abweichlern", die seine berufspolitischen Ziele zu gefährden drohten, vorging. Von 1900 an bis zum Kompromiß von 1913 wurden Arbeitskämpfmaßnahmen gegen die Krankenkassen unter Leitung des "Leipziger Verbands" durchgeführt. Sie zielten darauf ab, eine Abhängigkeit kassenärztlich tätiger Ärzte von den Krankenkassen zu verhindern. Zu seinen Zielen gehörten auch die Einführung des Chefarztsystems in den Krankenhäusern, eine starke Stellung gegenüber der Oberin, die Verfügungsgewalt über das Hilfspersonal, über Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie über Hygienemaßnahmen.

Die "Kurpfuscherei" im Sinne der Kurierfreiheit nicht lizenzierter bzw. approbierter Heiler stieß im Lauf des späten 19. Jahrhunderts auf immer stärkere Kritik unter den Ärzten. Die rechtlichen Handhaben gegenüber Kurpfuschern waren jedoch begrenzt. Hier wirkte sich die in der Reichsgewerbeordnung verankerte Kurierfreiheit zum wirtschaftlichen Nachteil des Ärztstandes aus. Neben dem Schutz des Arzttitels war die Ausübung der gewerbsmäßigen Geburtshilfe ohne Hebammenzeugnis und – seit 1883 – die "Heilkunde im Umherziehen" verboten. Eine strafrechtliche Belangung war nur wegen Betruges, unlauteren Wettbewerbs oder fahrlässiger Tötung möglich. Hierbei beklagten die Ärzte, daß auch diese

---

<sup>604</sup> SPREE (1989), Kurpfuscherei-Bekämpfung, S. 116.

<sup>605</sup> Zur ärztlichen Standespolitik siehe HUERKAMP (1985), Der Aufstieg der Ärzte, S. 241-302; HEROLD-SCHMIDT (1997), Ärztliche Interessenvertretung im Kaiserreich, S. 83-95.

juristischen Mittel nicht hinreichend ausgeschöpft würden.<sup>606</sup> Erst das Heilpraktikergesetz von 1939 legte die Genehmigungspflicht für nicht-approbierte Heiler fest.<sup>607</sup> An dieser Stelle ist zu betonen, daß das Thema "Kurpfuschereiverbot" in der ärztlichen Standespolitik unmittelbar vor und nach der Jahrhundertwende brennend aktuell war. Dies zeigen Beschlüsse der Deutschen Ärztetage von 1897, 1902 und 1907<sup>608</sup> und die Schätzung von 10.000 gewerbsmäßigen Kurpfuschern im Jahr 1908<sup>609</sup> gegenüber rund 30.000 Ärzten.<sup>610</sup> Die Reichsgewerbeordnung wirkte sich somit indirekt negativ für die Krankenpflege aus, denn die wirtschaftliche Unsicherheit aufgrund der Konkurrenz durch "Kurpfuscher" trug dazu bei, daß die Ärzteschaft auf gar keinen Fall "Kurpfuscherei" durch Krankenpflegepersonal zulassen wollte.

Innerärztlich wurde eine "Überfüllung" des Ärztestandes gefürchtet. Bis in die 1880er Jahre hinein hatten die Ärzte auf dem Arbeitsmarkt sehr gute Chancen gehabt. Die zunehmende Beliebtheit des Medizinstudiums führte im Verlauf der 1890er Jahre zu einer erheblichen Ausweitung der Ärztezahl. Dies legte eine Drosselung der Zahl der Medizinstudenten und Approbationen nahe. So warnte der deutsche Ärztetag 1904 vor der Aufnahme des Medizinstudiums. Zudem sollte nach dem Willen der Ärztetage von 1898 und 1899 das humanistische Gymnasium Zugangsvoraussetzung für das Medizinstudium bleiben. Absolventen des Realgymnasiums sollten vom Zugang zum Arztberuf ausgeschlossen bleiben. Dasselbe galt für die Zulassung von Frauen zum Medizinstudium. Konkurrenzaspekte, Furcht vor Statusverlust und Einkommensminderung sowie die Auffassung, Frauen fehle die Eignung zum Arztberuf, spielten dabei Hand in Hand.<sup>611</sup> Von daher lag die Propagierung der Krankenpflege als "weiblichster Beruf" nahe.

Die Ansicht, daß Frauen von ihrem Charakter und ihren Fähigkeiten her zur Krankenpflege besser geeignet seien als Männer, zieht sich durch

---

<sup>606</sup> HEROLD-SCHMIDT (1997), Ärztliche Interessenvertretung im Kaiserreich, S. 62.

<sup>607</sup> HEROLD-SCHMIDT (1997), Ärztliche Interessenvertretung im Kaiserreich, S. 63.

<sup>608</sup> FRIEDLAENDER (1908), Zum Gesetzentwurf gegen die Kurpfuscher, S. 576f.

<sup>609</sup> ALEXANDER (1908), Die Bedeutung des neuen Kurpfuschereibekämpfungsgesetzentwurfs, S. 624.

<sup>610</sup> Zur zahlenmäßigen Entwicklung der Ärzteschaft im frühen 20. Jahrhundert vgl. HEROLD-SCHMIDT (1997), Ärztliche Interessenvertretung im Kaiserreich, S. 83.

<sup>611</sup> Zur Frage des Medizinstudiums von Frauen siehe z. B. HUERKAMP (1985), Der Aufstieg der Ärzte; BRINKSCHULTE (1994), Weibliche Ärzte; HEUSLER-EDENHUIZEN (2003), Du mußt es wagen!

das gesamte 19. und frühe 20. Jahrhundert.<sup>612</sup> Hierbei dürften Vorstellungen vom Wesen der Frau und praktische Erfahrungen in Einklang gestanden haben. Ein Argument lautete, Pflege müsse immer eine doppelte sein, eine körperliche und eine geistige, und besonders letztere könne nur die Frau leisten.<sup>613</sup> Außerdem wurde hervorgehoben, daß Frauen bessere Arbeit leisteten.<sup>614</sup> Nicht jeder formulierte den Gegensatz typischer männlicher und weiblicher Eigenschaften aus damaliger Sicht so offen wie Pfeil Schneider, Arzt am Krankenhaus in Schönebeck:

"Der Mann ist Egoist und er soll es sein. Er hat sein eigenes Ich, seine Individualität scharf auszuprägen und zu behaupten. Die Frau ist dazu bestimmt, mit ihrer Person zurückzutreten, sich selbst zu vergessen, sich aufzuopfern für andere; ihr allein gebührt dafür auch die Palme der Selbstlosigkeit."<sup>615</sup>

Seine Schlußfolgerung lautete, der Krankenpflegeberuf solle für die Frau das sein, was der ärztliche Beruf für den Mann sei, getragen von hoher idealer Lebensauffassung und unter gerechter Wahrung der materiellen Sicherheit des Einzelnen ausgeübt allein zum Wohle der leidenden Menschheit.<sup>616</sup>

Der ärztliche Widerstand, wie er auf den Ärztetagen von 1898 und 1899 artikuliert wurde, blieb mit Blick auf Absolventen des Realgymnasiums wie hinsichtlich des Frauenstudiums erfolglos. Für die Entwicklung der Krankenpflege ist wesentlich, daß die gesetzgeberische Entscheidungsphase zwischen 1900 und 1907 mit einer Periode zusammenfiel, in der sich die Ärzteschaft unter wachsendem Druck sah, sich erfolgreich organisierte und mit großer Härte in einem Kampf an mehreren Fronten zugleich ihre berufspolitischen Interessen vertrat. Bedeutsam für die Krankenpflege war, daß gleichzeitig die Ärzteschaft darum kämpfte, die ärztliche Leitungsfunktion im Krankenhaus durchzusetzen.

---

<sup>612</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 63, nennt mehrere ärztliche Autoritäten, die alle darin übereinstimmten, daß die Frau besser zur Krankenpflege geeignet sei als der Mann. Auf Schwesternseite wurde diese Meinung geteilt: CAUER (1901/1902), Der Beruf der Krankenpflegerin in Deutschland, S. 745.

<sup>613</sup> STREITER (1911), Das Geschlechtsproblem in der Krankenpflege, S. 9.

<sup>614</sup> STREITER (1911), Das Geschlechtsproblem in der Krankenpflege, S. 8-11.

<sup>615</sup> SCHNEIDER (1902), Die Frau als Krankenpflegerin, S. 653.

<sup>616</sup> SCHNEIDER (1902), Die Frau als Krankenpflegerin, S. 659.

#### *II.7.4. Der ärztliche Kampf um die Leitungsfunktion im Krankenhaus*

Parallel zum Wandel vom Hospital zum Krankenhaus für akut Kranke vollzog sich ein Prozeß, den man als Einzug des Arztes ins Krankenhaus beschreiben kann. Noch im späten 19. Jahrhundert war in vielen Krankenhäusern der Arzt lediglich "Gast", der zur Visite kam oder Operationen ausführte, während die sonstige Organisation des Krankenhauses dem jeweiligen Träger oblag. Erst im Lauf des 19. und verstärkt im frühen 20. Jahrhundert wurde ein permanent anwesender leitender Arzt im Krankenhaus die Regel. Ein wesentlicher Entwicklungsstrang, dem mit Blick auf die Krankenpflege nachgegangen werden soll, ist also die Durchsetzung des ärztlichen Anspruchs einer Leitungsfunktion im Krankenhaus.<sup>617</sup> Dieser Anspruch war, soweit andere Berufe im Gesundheitswesen betroffen waren, in der hierarchischen Struktur des preußischen Medizinalwesens bereits angelegt. Die brandenburgisch-preußischen Medizinalordnungen seit 1685 dienten nämlich – wie in den alten Reichsstädten schon lange zuvor – dazu, die Kontrolle anderer Berufe im Gesundheitswesen durch den Ärztestand zu legitimieren und durchzusetzen.<sup>618</sup> Dieser Anspruch konnte mit dem Erfolg des auf wissenschaftlichen Grundlagen beruhenden ärztlichen Therapieangebots seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zunehmend besser begründet werden.

Im 19. Jahrhundert war die Leitung eines Krankenhauses durch einen hauptamtlich dort angestellten Arzt noch keineswegs die Regel. Heinz Goerke hat errechnet, daß 1876 auf neun Krankenhäuser und um die Jahrhundertwende auf rund drei Krankenhäuser ein ausschließlich für stationäre Kranke tätiger Arzt kam. Nicht nur in den kleineren Krankenhäusern war es selbstverständlich, daß der leitende Arzt diese Tätigkeit im Nebenamt ausübte. Auch bei den großen Anstalten war es keineswegs ungewöhnlich. Auch unter den nachgeordneten Ärzten gab es nur verhältnismäßig wenige, die ausschließlich Klinikärzte waren.<sup>619</sup>

Der Kampf gegen Infektionskrankheiten – hygienische und sanitäts-polizeiliche Maßnahmen im Krankenhaus einschließlich der Unterweisung des Pflegepersonals, gepaart mit dem Anspruch wissenschaftlicher Autorität der Leitwissenschaft Bakteriologie – erwies sich als entscheidendes Einfallstor für die Durchsetzung der ärztlichen Autorität im

---

<sup>617</sup> Vgl. zur ärztlichen Hierarchisierung JÜTTE (1996), Vom Hospital zum Krankenhaus, S. 41.

<sup>618</sup> Vgl. z. B. die bei WINAU (1987), Medizin in Berlin, S. 32-50, abgedruckte Medizinalordnung von 1685.

<sup>619</sup> GOERKE (1976), Personelle und arbeitstechnische Gegebenheiten im Krankenhaus des 19. Jahrhunderts, S. 63.

Krankenhaus. Widerstand kam dagegen von den konfessionellen Verbänden. Paul Jacobsohn formulierte bereits 1898 die Forderung, daß im Krankenhaus ärztliche Autorität einen höheren Rang haben solle als geistliche Autorität.<sup>620</sup>

Ärztliche Interessen trafen sich hierbei mit staatlichen, so daß, zunächst in der Psychiatrie, Erlasse des preußischen Regierung schrittweise die Organisation des Krankenhauses ärztlicher Leitung unterstellten. Einen Präzedenzfall für die ärztliche Übernahmestrategie von Leitungsfunktionen in Krankenhäusern nach der Jahrhundertwende bildete der sogenannte "Alexianerskandal" von 1894/1895. Er warf ein bezeichnendes Schlaglicht auf die Problematik der Geisteskrankenpflege.<sup>621</sup> Die Anstalt Mariaberg hatte als Einrichtung der Aachener Ordensgemeinschaft der Alexianer von 1885 bis 1895 Bestand und wurde dann bis 1900 als provinziale Irrenanstalt weitergeführt.<sup>622</sup> Im Zuge von Prozessen nach der Befreiung eines angeblich widerrechtlich festgesetzten schottischen Geistlichen in der Geisteskrankenanstalt kamen Mißstände im Umgang der Pfleger gegenüber den Kranken ans Licht. Es handelte sich unter anderem um Maßnahmen gegenüber den Kranken, die bei der Behandlung von Geisteskranken nicht mehr üblich waren. Die Brüder hatten in dem Prozeß eingeräumt, daß gewisse vor 25 Jahren noch in der Psychiatrie übliche Zwangsmittel angewandt worden waren, wie die Vornahme von Tauchbädern und das Anlegen von Fesseln und Zwangsjacken. Sie gaben zu, daß sie einige Behandlungsmethoden wie die Versetzung von einer Station zur andern, den Entzug des freien Ausgangs und die Isolation von "heftigen Kranken" ohne ärztliche Anordnung als Disziplinarmittel auf eigene Faust handhabten. Die Brüder hatten über wichtige Vorkommnisse nicht Buch geführt, so daß sie nicht in der Lage waren, einzelne Behauptungen von Zeugen sofort auf ihre Richtigkeit zu prüfen.

Der preußischen Regierung erschien nicht zuletzt aufgrund des großen öffentlichen Aufsehens ein Durchgreifen zur Qualitätssicherung der psychiatrischen Behandlung angesichts eines quasi rechtsfreien Raums im Hinblick auf teilweise nicht zurechnungsfähige Kranke dringend geboten. Am 20. September 1895 erließen die Minister der geistlichen Angelegenheiten, des Innern und der Justiz eine "Anweisung über die Aufnahme und

---

<sup>620</sup> JACOBSON (1900), Geistliche und weltliche Krankenpflege vom ärztlich-therapeutischen Standpunkt, S. 714f., S. 730f.

<sup>621</sup> Die Einzelheiten des "Alexianerskandals" wurden umfassend aufgearbeitet von Wolfgang Schaffer. Siehe SCHAFFER (1999), Die Pflegeanstalt Mariaberg bei Aachen, S. 155-192. Siehe dort auch weitere Literatur.

<sup>622</sup> SCHAFFER (1999), Die Pflegeanstalt Mariaberg, S. 155.



die Entlassung von Geisteskranken, Idioten und Epileptischen in und aus Privat-Irrenanstalten (§ 30 der Gewerbe-Ordnung), sowie über die Einrichtung, Leitung und Beaufsichtigung solcher Anstalten". Es wurde festgeschrieben, daß für die ärztliche Leitung nur ein in der Psychiatrie bewanderter Arzt in Frage kam, der sich durch längere Tätigkeit an einer größeren öffentlichen Anstalt oder an einer psychiatrischen Universitätsklinik, und sei es als Volontär, ausgewiesen hatte. In Anstalten, in denen heilbare Kranke Aufnahme fanden, oder die für mehr als 50 Kranke bzw. 100 Epileptische bestimmt waren, mußte mindestens ein solcher Arzt wohnen. In Anstalten für mehr als 100 Geisteskranke bzw. 200 Epileptiker war ein zweiter dort wohnender Arzt zu bestimmen, ein dritter Arzt wurde ab 300 bzw. 400 Kranken notwendig.<sup>623</sup> Der Erlaß stieß auf Zustimmung unter den Ärzten, wobei darauf hingewiesen wurde, daß eine Situation wie in Marienberg nur deshalb sich habe entwickeln können, weil die Forderungen der Irrenärzte nicht erfüllt worden seien.<sup>624</sup>

Die preußische Regierung ging jedoch die eigentliche Wurzel des Übels, die mangelnde Qualifikation des Krankenpflegepersonals in Verbindung mit der mangelnden Attraktivität des Irrenpflegeberufs, nicht an. Die Versorgung der Patienten in Marienberg dürfte nach 1895 noch schlechter geworden sein, nachdem die Alexianerbrüder, denen eine hohe Pflichtauffassung mit moralischer Überhöhung des Krankenpflegeberufs bescheinigt wurde, durch weltliches Krankenpflegepersonal ersetzt wurden. Seit Ende September 1895 arbeitete nur noch weltliches Personal im Anstaltsbetrieb von Marienberg. Zunächst meldeten sich wegen des "mäßigen Lohnsatzes" und der negativen Berichterstattung eines Teils der Aachener katholischen Presse bei reichsweiter Verbreitung der Ausschreibung lediglich "eine überaus große Zahl unzuverlässiger, wanderlustiger und neugieriger Elemente", von denen 18 bis 19 einigermaßen geeignet erscheinende Personen ausgewählt wurden. Die Fluktuation blieb ein Problem. Von 32 Pflegern zu Beginn des Haushaltsjahres 1898/1899 waren am Ende nur noch 15 im Dienst, und ein erheblicher Teil der 33 neu eingetretenen Pfleger verließ innerhalb von wenigen Monaten die Anstalt wieder.<sup>625</sup>

---

<sup>623</sup> SCHAFFER (1999), Die Pflegeanstalt Marienberg, S. 179.

<sup>624</sup> MENDEL (1896), Zur Reform der Irrenpflege in Preussen, S. 17. Weiterhin kritisiert wurde eine allgemeine "Hetze gegen die Irrenärzte" wegen angeblicher Freiheitsberaubungen.

<sup>625</sup> SCHAFFER (1999), Die Pflegeanstalt Marienberg, S. 188f.

Der Rheinische Provinziallandtag beschloß, bei den Beamten der Provinzialirrenanstalten das Höchstgehalt der Direktoren zu erhöhen, zu ihrer Vertretung Oberärzte und zudem sogenannte "dritte Ärzte" anzustellen, denen die Amtsgeschäfte eines Teils der Anstalt zu übertragen waren. In den Dienstvorschriften für die Ärzte wurde bestimmt:

"Der Arzt soll seine besondere Aufmerksamkeit den Leistungen des Pflegepersonals widmen. Er hat auf die Auswahl und auf die Verteilung des Pflegepersonals für die einzelnen Stationen sowie für einzelne Dienstleistungen zu achten und nöthigenfalls die Ablösung eines für die Irrenpflege etwa ungeeigneten Wärters oder einer Wärterin zu beantragen."<sup>626</sup>

Damit hatte die Ärzteschaft in der Rheinprovinz die Verfügungsgewalt über das Pflegepersonal in einem Spezialfach. Diese Forderung wurde dann nach der Jahrhundertwende auch auf konfessionelle Krankenhäuser übertragen.

Der Kölner Regierungspräsident bemängelte 1902, daß vor allem in Krankenhäusern ohne eine verantwortliche ärztliche Leitung die rechtzeitige Absonderung Infektionskranker nicht durchgeführt worden sei und die nötige Desinfektion der Abgänge nicht gewährleistet gewesen sei. Bei Meinungsverschiedenheiten gleichberechtigter Krankenhausärzte habe der aus Laien bestehende Krankenhausvorstand zwar nach bestem Ermessen, aber nicht immer nach hygienisch und sanitätspolizeilich zu billigen Gesichtspunkten entschieden. In einer Dienstanweisung verfügte der Regierungspräsident, an der Spitze jeder Krankenanstalt einen leitenden Arzt zu benennen und diesem die Verhütung der Weiterverbreitung von ansteckenden Krankheiten sowie die Unterweisung des Pflegepersonals in der Desinfektion zu übertragen. Die im folgenden Jahr erlassene Dienstanweisung für den leitenden Arzt schrieb dessen Eigenschaft als Vorgesetzter des Verwaltungs- und Pflegepersonals fest und nahm ihn in die Pflicht, für die nötige Ausbildung des Pflegepersonals, insbesondere auch hinsichtlich des Verhaltens bei übertragbaren Krankheiten, zu sorgen.<sup>627</sup>

Weiterhin erwog das preußische Kultusministerium, einheitliche Verhältnisse in den preußischen Krankenanstalten herzustellen. Als entscheidender Hebel für die Argumentation der Ärzteschaft erwies sich

---

<sup>626</sup> Stellung der Aerzte an den Irrenanstalten (1897), S. 224.

<sup>627</sup> Dienstanweisungen für die leitenden Aerzte und für das Krankenpflegepersonal in Krankenanstalten, sowie Anweisung über die Anfertigung einiger Desinfektionsmittel. Verfügung des Königlichen Regierungspräsidenten in Cöln vom 30. November 1903, S. 143-145.

wiederum die Hygiene, deren wissenschaftliche Fundierung es notwendig mache, die Oberaufsicht im Krankenhaus einem Arzt zu unterstellen. Entsprechend argumentierte die Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen, das ärztliche Beratergremium des Kultusministeriums. Es empfahl, die einheitliche, verantwortliche Leitung einer Krankenanstalt einem Arzt zu übertragen: Der leitende Arzt der Anstalt bzw. der Abteilung solle die Kompetenz besitzen, über Aufnahme, Verteilung und Entlassung des Kranken zu bestimmen, und zwar als Vorgesetzter der Assistenzärzte und des Pflegepersonals.<sup>628</sup>

Das Kultusministerium kritisierte 1906, seit einer Reihe von Jahren würden Klagen darüber erhoben, daß in einzelnen Krankenanstalten eine einheitliche Leitung in der ärztlichen Krankenversorgung nicht vorhanden sei. Dadurch, daß die ärztliche Behandlung und Fürsorge für die Kranken und die ärztliche Überwachung und Anleitung des Pflegepersonals sich nicht auf einen Arzt der Anstalt oder Abteilung beschränke, sondern es jedem Arzt, der seine Kranken in das Krankenhaus legen wolle, überlassen bleibe, seine Patienten auch nach der Aufnahme ins Krankenhaus weiter zu behandeln, werde der Betrieb des Krankenhauses wesentlich erschwert. Es litt Reinlichkeit und Asepsis, bei chirurgischen Fällen werde die Wundbehandlung gefährdet, es fehle an Sicherheit dafür, daß die Übertragung ansteckender Krankheiten in der wünschenswerten Weise verhütet werde. Das Kultusministerium fuhr fort:

"Ein großer Mangel zeigt sich auch darin, daß das Krankenpflegepersonal nicht einheitlich ausgebildet, vielmehr durch die verschiedenen Behandlungsmethoden und Anordnungen der einzelnen Ärzte leicht verwirrt und zum selbständigen Handeln dem Kranken gegenüber verleitet wird."<sup>629</sup>

1908 befaßten sich der Leipziger Verband und der Ärztetag speziell mit der ärztlichen Leitungsfunktion in Krankenhäusern. Für den Fall, daß der Verwaltungs- und Wirtschaftsbetrieb vom dirigierenden Arzt nicht selbst geleitet werde, forderte der Leipziger Verband, dem Arzt den Vorsitz, zumindest aber Sitz und Stimme in der korporativen Verwaltungsinstanz zu geben. Des weiteren forderte er an ärztlichen Befugnissen:

---

<sup>628</sup> Erlaß des Ministers der Medizinal-Angelegenheiten, betreffend die Regelung des Betriebes, der Leitung und Beaufsichtigung der öffentlichen und Privat-Krankenanstalten, vom 8. Mai 1901, S. 163.

<sup>629</sup> Erlaß vom 22. November 1905, betreffend ärztliche Behandlung in Krankenanstalten, S. 490f.

"Unabhängig und selbständig entscheidet er unter allen Umständen über Aufnahme, Verteilung und Entlassung der Kranken, den Krankenpflagedienst, den ärztlichen Teil der Korrespondenz, die hygienischen, sanitären und sonstigen ärztlichen Massnahmen im Wirtschaftsbetriebe, über Beschaffung der Heilmittel, des Instrumentariums und des Krankenpflegeinventars innerhalb des Etats. Er ist Vorgesetzter des gesamten Personals und hat das Recht zu vollem Einblicke in den Verwaltungs- und Wirtschaftsbetrieb und zur Mitentscheidung bei Anstellung des Personals, Vergebung von Lieferungen, bei baulichen Anlagen, Aufstellung der Etatpositionen usw."<sup>630</sup>

Mit dem Erlaß vom 12. Oktober 1908 kam das Kultusministerium den ärztlichen Wünschen insofern entgegen, daß es die ärztliche Leitung für den allgemeinen Krankendienst und die "gesundheitlichen Maßnahmen" festschrieb. Für die kleineren öffentlichen Anstalten, Privatanstalten und Sanatorien wurde die Zulassung mehrerer Ärzte für die Behandlung der von ihnen eingelieferten Kranken gestattet, vorausgesetzt, ein Arzt sei vorhanden, der für die Hygiene des Hauses, Ausbildung und Überwachung des Pflegepersonals sowie für den sonstigen allgemeinen Krankendienst allein verantwortlich und zuständig sei.<sup>631</sup>

Die ärztlichen Forderungen, die von Seiten der katholischen Krankenhäuser aufmerksam registriert wurden,<sup>632</sup> führten aus Sicht der Ärzte nur zu einem Teilerfolg. Als entscheidendes Gegengewicht zum Leipziger Verband erwiesen sich die Träger katholischer Krankenhäuser, die sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts ebenfalls in einem Prozeß des Zusammenschlusses befanden und durch den preußischen Episkopat vertreten wurden. Dieser empfand den Erlaß vom 12. Oktober 1908 als zu weitgehend.<sup>633</sup> Aufgrund des Einspruchs der Fuldaer Bischofskonferenz wurde als "beachtenswerter Erfolg"<sup>634</sup> verbucht, daß der preußische Kultusminister August von Trott zu Solz am 2. Juni 1910 eine Erklärung abgab, die klarstellen sollte, daß der 1908 erfolgte Erlaß nicht in die Haushalts- und Wirtschaftsführung von Krankenanstalten eingreifen, sondern lediglich

---

<sup>630</sup> BERGEAT (1908), Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen. 8. Ordentliche Hauptversammlung zu Danzig, S. 1565.

<sup>631</sup> 1. Erlaß vom 12. Oktober 1908, betreffend Grundsätze für die ärztliche Leitung der Krankenanstalten, S. 391f.

<sup>632</sup> THIELEMANN (1909/1910), Was veranlaßt uns zu einer Organisation der Krankenhausvorstände? S. 62.

<sup>633</sup> THIELEMANN (1909/1910), Was veranlaßt uns zu einer Organisation der Krankenhausvorstände? S. 62.

<sup>634</sup> GATZ (1985), Akten der Fuldaer Bischofskonferenz III. 1900-1919. Anlagen zum Protokoll der Fuldaer Bischofskonferenz 1915, S. 258.

den leitenden Ärzten eine ausreichende Selbständigkeit garantieren wolle. Auch die Kontrolle über das Pflegepersonal wurde begrenzt:

"Von einer Einwirkung dahin, daß der leitende Arzt im Verein mit der Oberin die Verteilung des Pflegepersonals und Versetzungen auf andere Abteilungen anordnet, wird daher überall da abzusehen sein, wo die Verfassung der Anstalt dies Recht der Oberin allein vorbehält. Im Interesse der Krankenfürsorge muß jedoch Wert darauf gelegt werden, daß durch den Wechsel des Pflegepersonals die Versorgung der Kranken nicht leidet und daß sich deshalb die Oberin vor der Anordnung des Wechsels mit dem leitenden Arzte ins Benehmen setzt."<sup>635</sup>

Der ärztliche Angriff auf die pflegerische Organisationsstruktur in katholischen Krankenhäusern war damit abgewehrt, auch wenn die Spannungen bis zum Ausbruch des 1. Weltkriegs nicht beigelegt waren.

Die katholische Seite reagierte auf den Druck der Ärzteschaft mit einem Zusammenschluß der katholischen Krankenhäuser. Sie schlossen sich 1910 auf dem Caritastag in Essen zur "Freien Vereinigung der katholischen Krankenhausvorstände Deutschlands" zusammen.<sup>636</sup> Hierbei übernahm der Superior der Barmherzigen Schwestern in Fulda eine Führungsrolle. 1913 gehörten 263 von rund 1000 katholischen Krankenhäusern der Vereinigung an.<sup>637</sup> Die "Freie Vereinigung" formulierte als Gegenpart zu den Forderungen der Ärzte die Interessen der katholischen Krankenhäuser: Abberufung und Versetzung von Schwestern müßten sich die Ordensoberen schon vorbehalten zur Aufrechterhaltung der Ordensdisziplin. Die Einhaltung der Ordensregel und aller mit ihr verbundenen Übungen bildeten auch in Häusern, die nicht Eigentum der Genossenschaften seien, eine selbstverständliche Voraussetzung. Auch müßten die Krankenhausverwaltungen gegenüber den Ansprüchen der Ärzteschaft geschützt werden, die hier einen maßgeblichen Einfluß zu erreichen versuchten. Einer lebenslänglichen Anstellung von Ärzten stehe entgegen, daß auch persönliche Eigenschaften im Umgang mit Kollegen, Kranken- und Pflegepersonal gefordert würden, die unbedingt der gerechten und gewissenhaften Beurteilung eines Kuratoriums unterstellt

---

<sup>635</sup> GATZ (1985), Akten der Fuldaer Bischofskonferenz III. 1900-1919. Anlagen zum Protokoll der Fuldaer Bischofskonferenz 1910/I, S. 147.

<sup>636</sup> Von Gatz "Freie Vereinigung katholischer Krankenhäuser" genannt. GATZ (1997), Krankenfürsorge, S. 113-131, hier S. 128.

<sup>637</sup> THIELEMANN (1913/1914), Leipziger Ärzteverband und Krankenhäuser, S. 78.

werden müßten, da davon in herausragender Weise das Wohl der Kranken wie das Gedeihen der Krankenanstalten abhängig sei.<sup>638</sup>

Verhandlungen zwischen dem Leipziger Verband und den Vorsitzenden der "Freien Vereinigung der katholischen Krankenhausvorstände Deutschlands" gingen bis zum Kriegsausbruch weiter. Zu einer formellen Einigung kam es in den Verhandlungen zwischen Januar 1914 und Juli 1914 nicht. Die Fuldaer Bischofskonferenz fürchtete eine zu große Kompromißbereitschaft der "Freien Vereinigung" und untersagte eine für den 4./5. Juni 1914 nach Fulda einberufene Konferenz.<sup>639</sup> Der Kriegsausbruch hatte dann zur Folge, daß die Angelegenheit zunächst nicht weiter verfolgt wurde<sup>640</sup> und während des Kriegs in den konfessionellen Krankenhäusern ein "Burgfriede" zwischen Ärzten und geistlichen Verbänden herrschte.<sup>641</sup>

Nach Einschätzung des preußischen Episkopats war eine Einigung mit dem Leipziger Ärzteverband wegen dessen weitgehenden und mit dem Selbstverständnis der Orden teilweise unvereinbaren Forderungen kaum möglich. Er betrachte nämlich die Krankenhäuser ausschließlich unter ärztlichem, nicht unter pflegerischem Gesichtspunkt und die krankenpflegenden Ordensleute nicht als Partner, sondern als Personal. Im übrigen fordere er für die Ärzte in der Krankenhausleitung eine exponierte Führungsrolle, die den Träger und das Pflegepersonal nicht berücksichtige. Dazu kämen außerordentliche Gehaltsforderungen.<sup>642</sup> Der bisherige Organisationsgrad der katholischen Krankenhäuser von unter einem Drittel wurde als unbefriedigend empfunden. Unter der Bedingung, ohne die vorherige und ausdrückliche Zustimmung des Episkopats keinerlei Verhandlungen von Bedeutung selbständig zu führen und abzuschließen,

---

<sup>638</sup> THIELEMANN (1909/1910), Was veranlaßt uns zu einer Organisation der Krankenhausvorstände? S. 62-64.

<sup>639</sup> SCHMUHL (2003), Ärzte in konfessionellen Kranken- und Pflegeanstalten, S. 179.

<sup>640</sup> Freiburg, Archiv des Deutschen Caritasverbandes, CA XIII 73, Kath. Krankenschwestern, [Anlage zum Protokoll der Bischofskonferenz, Fulda, 17.-19.08.1915], [Schulte]: Das Verhältnis der religiösen krankenpflegenden Genossenschaften zu den Ärzten [Fulda, 18.08.1915], S. 4f. Vgl. GATZ (1985), Akten der Fuldaer Bischofskonferenz III. 1900-1919. Anlagen zum Protokoll der Fuldaer Bischofskonferenz 1915, S. 257f.

<sup>641</sup> SCHMUHL (2003), Ärzte in konfessionellen Kranken- und Pflegeanstalten, S. 179. Vgl. auch Schmuhl zur weiteren Entwicklung in der Nachkriegszeit.

<sup>642</sup> GATZ (1985), Akten der Fuldaer Bischofskonferenz III. 1900-1919. Anlagen zum Protokoll der Fuldaer Bischofskonferenz 1915, S. 257.

sollte die "Freie Vereinigung" der katholischen Krankenhäuser Deutschlands energisch gefördert werden.<sup>643</sup>

"Sind einmal so gut wie alle katholischen Krankenhäuser in der 'Freien Vereinigung', dann werden die Normen, die sie aufstellt und nach denen die einzelnen Häuser bei Abschluß ihrer Verträge mit Ärzten sich zu richten haben, einen siegreichen Gegen- druck bilden gegen die Leitsätze und Forderungen des L.A.V. [Leipziger Ärzte Verband]".<sup>644</sup>

Während an den konfessionellen Krankenhäusern die Kirchen darauf achteten, daß die Mutterhausstrukturen und damit die pflegerischen Strukturen gewahrt blieben, setzten sich an verschiedenen städtischen Krankenhäusern die Interessen der Ärzte durch. An den Hamburger Staats- krankenanstalten nahm 1901 der leitende Direktor Auseinandersetzungen mit der Oberin der Schwesternschaft zum Anlaß, die dortige Position zu kündigen.<sup>645</sup> Auch die Oberin verließ kurz darauf ihren Posten. Die Kompetenzen der Oberin wurden daraufhin durch die Krankenhaus- verwaltung beschnitten. Die Beaufsichtigung des "Pavillons mit weiblicher Pflege" wurde nicht mehr der Oberin des Krankenhauses, sondern einer ersten Oberschwester, die auf Vorschlag des Direktors vom Krankenhaus- kollegium gewählt wurde, übertragen.<sup>646</sup> In der Gründungsphase der Medizinischen Akademie in Düsseldorf wurde die ursprünglich mit Agnes Karll ausgehandelte starke Stellung einer für die sechs Kliniken verant- wortlichen Oberin zugunsten einer Struktur von sechs Oberschwestern mit einer geschäftsführenden Oberschwester geändert. Nach dem Vorbild der Charité wünschte der zweite geschäftsführende Leiter, Arthur Schloßmann (1867-1932), keine Oberinnenstruktur für die städtischen Kliniken.<sup>647</sup> Auch von Seiten der Städte bestand wohl wenig Interesse an einer starken Stellung der Oberin. So wurde deren Einfluß beschnitten, wenn der Posten

---

<sup>643</sup> GATZ (1985), Akten der Fuldaer Bischofskonferenz III. 1900-1919. Anlagen zum Protokoll der Fuldaer Bischofskonferenz 1915, S. 258.

<sup>644</sup> Das Verhältnis der religiösen krankenpflegenden Genossenschaften zu den Ärzten, S. 8.

<sup>645</sup> HUMMEL (1986), Krankenpflege im Umbruch, S. 57.

<sup>646</sup> Hamburg, Staatsarchiv, 352-3 Medizinalkollegium I F 7a Bd. 1, Bericht des von der Bürgerschaft am 27. März 1901 auf Antrag von J. Rohde niedergesetzten Ausschuß zur Prüfung der durch den Rücktritt des Professors Dr. Rumpf vom Directorate des Allgemeinen Krankenhauses Eppendorf angeregten Fragen, S. 5, S. 9.

<sup>647</sup> Zum Scheitern der Einführung einer Oberinnenstruktur an den Düsseldorfer Städtischen Krankenhäusern vgl. HUMMEL (1986), Krankenpflege im Umbruch, S. 107-111. KERCHNER (1992), Beruf und Geschlecht, S. 182.

nicht sogar völlig beseitigt wurde, so daß die Kompetenz zur Auswahl von Schwestern und Schülerinnen der Verwaltung zufiel.<sup>648</sup>

Auf dem Gebiet des Krankenhauswesens konnten die Ärzte vor dem 1. Weltkrieg nur einen Teil ihrer Forderungen durchsetzen, da als Gegenspieler zu den Interessen der Ärzteschaft der preußische Episkopat seinen politischen Einfluß geltend machte. Im Folgenden soll nun die Krankenpflege als Fach betrachtet werden, das von ärztlicher Seite in den 1890er Jahren wissenschaftliches Interesse fand. Rekapitulieren wir: Eine eigenständige pflegerische Elite, die mit dem Anspruch hätte auftreten können, die neuen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten für die Herausbildung eines Krankenpflegeberufs mit neuen Kompetenzen zu nutzen, fehlte zu diesem Zeitpunkt noch völlig. Damit stellt sich die Frage, wie von ärztlicher Seite die Krankenpflege weiterentwickelt wurde und welche Rolle dem Pflegepersonal dabei zugewiesen wurde.

#### *II.7.5. Die Bewegung der "wissenschaftlichen Krankenpflege" in den 1890er Jahren*<sup>649</sup>

##### *II.7.5.1. Das ärztliche Netzwerk*

Die Krankenpflege war ein Gebiet, das, wie Zeitgenossen rückblickend bemerkten, im späten 19. Jahrhundert von der Ärzteschaft vernachlässigt wurde. So führte Rudolf Salzwedel in der Berliner Medizinischen Gesellschaft 1910 aus:

"Noch vor wenigen Jahrzehnten gehörte es zu den Seltenheiten, dass der Arzt am Krankenbett ausser der Arzneiverordnung auch Anordnungen hinsichtlich der Krankenpflege traf. Selbst für die Diätvorschriften galt dies. Eine freundliche Ermahnung an die Angehörigen oder an den bestellten Wärter, bei der Pflege ja recht sorgfältig zu sein, war zumeist das einzige, was nach dieser Richtung geschah. Hätte man aber fragen wollen, worin diese Sorgfalt nun im einzelnen bestehen sollte, so wäre die Antwort wohl etwas lückenhaft geblieben."<sup>650</sup>

Eine kleine Gruppierung vorwiegend in Berlin tätiger Ärzte griff diese Problematik bereits vor der Jahrhundertwende auf. Der führende Kopf

---

<sup>648</sup> Vgl. ISRAEL (1907), Die Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen, Diskussionsbeitrag Agnes Karll, S. 150.

<sup>649</sup> Zur Hypurgie-Bewegung vgl. LAMPE (1969), Der Beitrag Martin Mendelsohns zur Entwicklung der Krankenpflege; DUNAJTSCHIK (1997), Wissenschaftliche Krankenpflege; WOLFF/WOLFF (1987), Zu den Anfängen der Krankenpflegeforschung in Berlin, S. 388f.

<sup>650</sup> SALZWEDEL (1910), Die Bedeutung der Krankenpflege für die Therapie, S. 935.



dieser Bewegung, die die "wissenschaftliche Krankenpflege" für sich in Anspruch nahm und dafür den Begriff der "Hypurgie" schuf, war der jüdische Arzt Martin Mendelsohn (1860-1930). Mendelsohn war Assistenzarzt und Oberarzt bei Professor Ernst von Leyden (1832-1910), dem Leiter der I. Medizinischen Klinik der Charité, bevor er sich als Arzt niederließ. Bereits Zeitgenossen würdigten von Leyden als Begründer der "wissenschaftlichen Krankenpflege". Von Leyden war an einer "Betreuung des Kranken im Ganzen" interessiert.<sup>651</sup> In seiner Autobiographie hob er die Bedeutung der Krankenpflege heraus:

"Die Tätigkeit des Arztes ist ganz davon abhängig, daß seine Verordnungen mit Sorgfalt ausgeführt werden. Sind es doch nicht die Medikamente allein, mit denen der Arzt die Krankheiten bekämpft, sondern er braucht für den Kranken neben Licht und Luft auch Ruhe, Reinlichkeit und richtige Ernährung, was er nur anzuordnen, aber nicht dauernd zu überwachen vermag. ... Ebenso ist freundlicher Zuspruch, Erhalten des Mutes und der Hoffnung in vielen Fällen für den Kranken eine Bedingung zu seiner Genesung. ... Die Erkenntnis von der Bedeutung der Krankenpflege ist für die klinische Behandlung unerlässlich."<sup>652</sup>

Außer Mendelsohn spielten weitere jüdische Ärzte in der Krankenpflegebewegung eine herausragende Rolle.<sup>653</sup> Paul Jacobsohn arbeitete 1892 bis 1894 als klinischer Assistent an der Inneren Abteilung des Berliner jüdischen Krankenhauses. Danach war er bis 1897 als Arzt für Innere Krankheiten erster Assistent an der Inneren Poliklinik von Martin Mendelsohn und war 1898 als Lehrer an der Pflegerinnenschule des jüdischen Krankenhauses in Berlin tätig.<sup>654</sup> Neben diesen beiden Ärzten trugen auch Julius Lazarus (1847-1916), Internist und Leiter des jüdischen Krankenhauses, und Eugen Israel (1870-?) zu einem starken jüdischen Einschlag bei. Dies könnte damit zusammenhängen, daß die Krankenpflege neben der Sorge um die Toten in der jüdischen Sozialethik eine große Rolle spielt.<sup>655</sup> Ebenfalls zum Netzwerk an der Krankenpflege interessierter Ärzte mit

---

<sup>651</sup> WOLFF/WOLFF (1994), Geschichte der Krankenpflege, S. 169.

<sup>652</sup> LEYDEN (1910), Lebenserinnerungen, S. 192-194. Vgl. auch DUNAJTSCHIK (1997), Wissenschaftliche Krankenpflege, S. 16f.

<sup>653</sup> Zum Werdegang von Paul Jacobsohn vgl. BÄR (1999), Der Einfluß der Berliner Ärzte Jacobsohn und Salzwedel, S. 22f.

<sup>654</sup> JACOBSON (1898), Ueber Specialkrankenpflege, S. 630.

<sup>655</sup> Vgl. STÜRZBECHER (1995), Beitrag zur Geschichte des Vereins jüdischer Krankenpflegerinnen in Berlin, S. 101f. 1894 wurde ein Verein jüdischer Krankenpflegerinnen in Berlin gegründet, die am Jüdischen Krankenhaus unter den dirigierenden Ärzten James Israel und Julius Lazarus ausgebildet wurden.

Schwerpunkt Berlin gehörten Iwan Bloch (1872-1922), der sich mit Dermatologie und Sexualwissenschaft befaßte, George Meyer (1860-1923), praktischer Arzt in Berlin und Leiter des Berliner Rettungsamtes, sowie Eduard Dietrich, der als Medizinalbeamter in Merseburg und ab 1900 im preußischen Kultusministerium tätig war. Auch Rudolf Salzwedel und Georg Liebe (1865-1923), Direktor der Lungenheilstätte in Oderberg, gehörten zu diesem Kreis.

#### *II.7.5.2. Martin Mendelsohns "Comfort des Kranken" und die "Notes on Nursing"*<sup>656</sup>

Bereits zu Beginn der 1890er Jahre verfolgte Martin Mendelsohn das Ziel, die Krankenpflege als Fach an der Universität zu verankern. Eine der frühesten einschlägigen Veröffentlichungen war "Der Comfort des Kranken", ein Ratgeber für angehende Ärzte, aus dem Jahr 1890. Die Schrift fand so großen Anklang, daß sie 1892 nachgedruckt wurde.<sup>657</sup>

Das kurze Büchlein mit insgesamt 68 Seiten, 13 Kapiteln und Anmerkungen am Ende, enthält auf den ersten Blick Ratschläge für angehende Ärzte. Gleichzeitig handelt es sich um eine Schlüsselpublikation, die sein ehrgeiziges Programm, Krankenpflege in die ärztliche Ausbildung einzuführen, zum Ausdruck bringt.

In seinem Ratgeber argumentierte Mendelsohn, daß für das Wohlbefinden des Kranken Licht, Wärme, frische Luft, Ruhe, Reinlichkeit und Regelmäßigkeit bei der Darreichung von Speise und Trank in noch viel höherem Maß als beim Gesunden notwendig seien. Der "Comfort des Kranken" sei ein integrierender Teil der Behandlung. Häufig beeinflusse nur er den Verlauf der Krankheit so, daß er eine günstige Wendung nehme.<sup>658</sup> Ein Arzt, der zum ersten Mal am Krankenbett stehe, wisse vielleicht im besten Fall, ein passendes Rezept zu schreiben und einige diätetische Ratschläge zu geben,

"und damit ist seine Kunst meist erschöpft, jede weitere Frage der Angehörigen über die Pflege und Wartung des Patienten, über das Verhalten seiner Umgebung während der übrigen 23 3/4 Stunden des Tages, in denen der Arzt nicht bei dem Kranken ist, setzt ihn in Verlegenheit, und dieser Mangel offenbart sich ihm noch lange Zeit immer wieder aufs neue, bis er endlich mit vieler Mühe und unvollkommen dasjenige

---

<sup>656</sup> Siehe zu diesem Kapitel meine Veröffentlichung SCHWEIKARDT (2006), *New Aspects of the German 'Scientific Nursing' Movement*.

<sup>657</sup> MENDELSON (1892), *Der Comfort des Kranken*, Vorwort.

<sup>658</sup> MENDELSON (1892), *Der Comfort des Kranken*, S. 3f.

autodidaktisch sich angeeignet hat, was von vornherein zu wissen und zu beherrschen des 'praktischen Arztes' wichtige Aufgabe gewesen wäre."<sup>659</sup>

Sein Ziel formulierte Mendelsohn wie folgt: "Es ist wünschenswerth, dass an den Kliniken der Universitäten nicht nur die jungen Mediciner praktisch unterwiesen werden, durch eigenes Angreifen und Zufassen in allen Factoren, welche die Krankenpflege zusammensetzen, sondern dass auch, um diesen Unterricht überhaupt zu ermöglichen, die allzu primitiven Einrichtungen der Lehrstätten verbessert werden, dass den Schülern wenigstens ein ungefähres Abbild dessen gegeben werden kann, was in diesen Betrachtungen 'der Comfort des Kranken' genannt werden kann."<sup>660</sup>

Für seine Ratschläge konnte Mendelsohn auf einen umfangreichen Grundstock grundlegender Einsichten und empirisch gewonnener Erkenntnisse zurückgreifen.

Seit 1860 hatten Florence Nightingales "Notes on Nursing" eine weite Verbreitung gefunden, auch außerhalb der englischsprachigen Welt. In seinem bekannten Krankenpflegelehrbuch "Die Krankenpflege im Hause und im Hospitale" hatte der berühmte Chirurg Theodor Billroth die Übersetzung aus dem Jahr 1878 empfohlen.<sup>661</sup> Einem Forscher wie Mendelsohn konnte die Bedeutung dieser Publikation daher kaum entgehen. Beim Vergleich der Werke von Mendelsohn und Nightingale zeigte sich, daß die bestehenden Analogien, die Korrelationen im Inhalt wie auch die verwendeten Sprachfiguren weit über zufällige Ähnlichkeiten bei der Verfolgung desselben Forschungsgegenstands hinausgehen. Dies läßt in einem Indizienbeweis die Schlußfolgerung zu, daß Mendelsohn die drei Jahrzehnte zuvor erschienenen "Notes on Nursing" an ärztliche Bedürfnisse angepaßt und aktualisiert hatte. Da Mendelsohn die Krankenpflege als ärztliches Spezialfach propagierte, wäre es nicht in seinem Interesse gewesen, Florence Nightingale in irgendeiner Weise zu erwähnen.

Mendelsohn übernahm in seinen Kapiteln 2 bis 8, in denen Grundsätze des Umgangs mit dem Patienten thematisiert werden, einen Großteil dieser Einsichten von Florence Nightingale. Seine Ratschläge zu Sauberkeit und Lüftung, zur Umgebung des Kranken und zum Umgang mit ihm lesen sich streckenweise wie Exzerpte aus den "Notes on Nursing". Beide zogen den Vergleich, daß Gärtner ihre Pflanzen mit viel größerer Sorgfalt behandelten als Frauen ihre Kinder oder Patienten<sup>662</sup> bzw. Ärzte

---

<sup>659</sup> MENDELSON (1892), Der Comfort des Kranken, S. 2.

<sup>660</sup> MENDELSON (1892), Der Comfort des Kranken, S. 58f.

<sup>661</sup> BILLROTH (1881), Die Krankenpflege im Hause und im Hospitale, III.

<sup>662</sup> NIGHTINGALE (1860), Notes on nursing, Ed. Skretkovicz, S. 25.

ihre Kranken.<sup>663</sup> Hinsichtlich der Sauberkeit des Krankenzimmers stimmten beide darin überein, daß Teppiche nicht ins Krankenzimmer gehörten, da sie Schmutz der Besucher und organische Materie aufnahmen, während Parkettboden zu empfehlen sei.<sup>664</sup> Mit Farbe gestrichene Räume seien tapezierten vorzuziehen.<sup>665</sup> Staub im Krankenzimmer müsse mit einem feuchten Tuch gewischt werden, damit man ihn nicht lediglich im Zimmer verteile.<sup>666</sup> Das Nachtgeschirr dürfe nicht ungeleert unter dem Bett stehenbleiben, da Ausdünstungen die Unterseite der Matratze durchtränkten.<sup>667</sup> Beide betonen, wie wichtig die Lüftung des Krankenzimmers sei. Oft werde nicht darauf geachtet, woher die Luft komme, ob aus einem Gang, einem Waschhaus, einer Toilette, einem unbelüfteten Hof.<sup>668</sup> Man solle nicht aus Angst vor einer Erkältung des Patienten im Bett das Lüften vermeiden.<sup>669</sup> Fenster seien über die oberen Flügel zu lüften.<sup>670</sup> Die beste Ventilation entstehe bei geöffnetem Fenster und Ofenheizung.<sup>671</sup> Das Zimmer solle von außen belüftet werden: Fenster seien dazu da, daß sie aufgemacht, Türen dazu, daß sie zugemacht würden.<sup>672</sup> Räucherungen hätten nur den Nutzen, einen so abscheulichen Gestank zu verbreiten, daß man das Fenster aufreißt.<sup>673</sup>

Zu den Ratschlägen, wie man sich gegenüber dem Kranken verhalten solle, gehörte der Hinweis von beiden, daß plötzlicher und unerwarteter

---

<sup>663</sup> MENDELSON (1892), *Der Comfort des Kranken*, S. 7.

<sup>664</sup> NIGHTINGALE (1860), *Notes on Nursing*, Ed. Skretkowicz, S. 118. MENDELSON (1892), *Der Comfort des Kranken*, S. 9.

<sup>665</sup> NIGHTINGALE (1860), *Notes on Nursing*, Ed. Skretkowicz, S. 119. MENDELSON (1892), *Der Comfort des Kranken*, S. 9.

<sup>666</sup> NIGHTINGALE (1860), *Notes on Nursing*, Ed. Skretkowicz, S. 118. MENDELSON (1892), *Der Comfort des Kranken*, S. 17f.

<sup>667</sup> NIGHTINGALE (1860), *Notes on Nursing*, Ed. Skretkowicz, S. 33. MENDELSON (1892), *Der Comfort des Kranken*, S. 24.

<sup>668</sup> NIGHTINGALE (1860), *Notes on Nursing*, Ed. Skretkowicz, S. 21. MENDELSON (1892), *Der Comfort des Kranken*, S. 20f.

<sup>669</sup> NIGHTINGALE (1860), *Notes on Nursing*, Ed. Skretkowicz, S. 22. MENDELSON (1892), *Der Comfort des Kranken*, S. 21.

<sup>670</sup> NIGHTINGALE (1860), *Notes on Nursing*, Ed. Skretkowicz, S. 24. MENDELSON (1892), *Der Comfort des Kranken*, S. 21

<sup>671</sup> NIGHTINGALE (1860), *Notes on Nursing*, Ed. Skretkowicz, S. 29. MENDELSON (1892), *Der Comfort des Kranken*, S. 23.

<sup>672</sup> NIGHTINGALE (1860), *Notes on Nursing*, Ed. Skretkowicz, S. 31. MENDELSON (1892), *Der Comfort des Kranken*, S. 24.

<sup>673</sup> NIGHTINGALE (1860), *Notes on Nursing*, Ed. Skretkowicz, S. 34. MENDELSON (1892), *Der Comfort des Kranken*, S. 25.

Lärm vermieden werden solle,<sup>674</sup> ebenso durch die Kleidung von Frauen verursachte Geräusche wie das Rauschen von Seidenkleidern.<sup>675</sup> Man brauche auch kein Übermaß an Blumen im Krankenzimmer zu fürchten.<sup>676</sup>

Um seinen Anspruch auf die wissenschaftliche Krankenpflege als ärztliches Spezialgebiet zu untermauern, erfand Mendelsohn eine ärztliche Tradition, die bis in die Antike zurückreichte. Einem Hippokrates-Zitat auf dem Titelblatt folgten im Text Hinweise auf Aretaeus von Kappadozien (1. Jhd. n. Chr.), weitere ärztliche Autoritäten wie Galen (129–216? n. Chr.), Aulus Cornelius Celsus (1. Jhd. n. Chr.), Gerhard van Swieten (1700-1772) und Rudolf Virchow, die an entsprechender Stelle seine Argumentation untertützen sollten. Das antike Konzept der "res non naturales", das den Einfluß von Umgebungsbedingungen und Lebensführung betont, findet sich hingegen nicht.

Gleichzeitig belegen manche seiner Fußnoten auch nicht die im Text gemachten Aussagen. Dies läßt sich besonders prägnant in Kapitel 3 nachweisen. Dort thematisierte Mendelsohn den Umgang des Arztes und des Krankenpflegepersonals mit dem Patienten und reihte mehrere Ratschläge von Florence Nightingale aneinander. Der Arzt solle bei seinem Besuch direkt zum Kranken gehen, der ihn erwarte, und nicht vor oder nach dem Besuch im Nebenzimmer lange Gespräche führen.<sup>677</sup> Man solle die Stimme nicht unnatürlich dämpfen oder verstellen.<sup>678</sup> Tuscheln und Flüstern im Krankenzimmer wird als infam verurteilt, weil der Patient dadurch erregt werde.<sup>679</sup> In der zugehörigen Anmerkung ging es Aretaeus von Kappadozien, den Mendelsohn als Beleg anführt, um die Behandlung speziell von Geisteskranken, um Zimmer, Wände und Bett, bevor die allgemeine Aussage folgt: "Zutritt sei nur den besten Freunden gestattet.

---

<sup>674</sup> NIGHTINGALE (1860), Notes on Nursing, Ed. Skretkowicz, S. 67. MENDELSON (1892), Der Comfort des Kranken, S. 14.

<sup>675</sup> NIGHTINGALE (1860), Notes on Nursing, Ed. Skretkowicz, S. 69f. MENDELSON (1892), Der Comfort des Kranken, S. 16.

<sup>676</sup> NIGHTINGALE (1860), Notes on Nursing, Ed. Skretkowicz, S. 82. MENDELSON (1892), Der Comfort des Kranken, S. 13.

<sup>677</sup> NIGHTINGALE (1860), Notes on Nursing, Ed. Skretkowicz, S. 68. MENDELSON (1892), Der Comfort des Kranken, S. 15f.

<sup>678</sup> NIGHTINGALE (1860), Notes on Nursing, Ed. Skretkowicz, S. 69. MENDELSON (1892), Der Comfort des Kranken, S. 15.

<sup>679</sup> NIGHTINGALE (1860), Notes on Nursing, Ed. Skretkowicz, S. 68f. MENDELSON (1892), Der Comfort des Kranken, S. 16. Die von Mendelsohn hier angegebene Zitatstelle von Aretaeus von Kappadozien ist sehr viel allgemeiner und entspricht nicht den präzisen Hinweisen von Florence Nightingale und Mendelsohn. MENDELSON (1892), Der Comfort des Kranken, S. 65, Anm. 4.

Gespräche und Erzählungen dürfen den Kranken nicht verletzen noch aufregend sein."<sup>680</sup> Sowohl der Hinweis auf die leise Stimme als auch die Verurteilung der Handlung fehlen bei Aretaeus, in dem es um das Gespräch mit dem Kranken und nicht um ein Gespräch über ihn geht.

Vergegenwärtigen wir uns an dieser Stelle Florence Nightingales Verständnis von Krankenpflege. Sie stellte an die Krankenpflegetätigkeit einen hohen ethischen und fachlichen Anspruch, der Verständnis für ärztliche Anordnungen einschloß. Die "Notes on Nursing" betonten die innere Haltung – Berufung zur Krankenpflege – und den daraus resultierenden Umgang mit dem Patienten, genaue Beobachtung, Pflegeplanung und Hygiene. In der Manuskriptversion für die zweite, erweiterte Version der "Notes on Nursing" von Juli 1860 findet sich "Nursing is a profession, a specialty", aber in der Druckfassung wurde dies zu "Nursing is a specialty" verkürzt.<sup>681</sup> Die erweiterte Version der "Notes on Nursing" war insbesondere für Ärzte bestimmt, sollte ihre Aufmerksamkeit erregen und ihre Unterstützung erhalten. Daher ist es wahrscheinlich, daß "profession" entsprechend dem Hinweis ihres Beraters, Dr. John Sutherland (1808-1891), die Ärzte nicht gegen sich aufzubringen, gestrichen wurde.<sup>682</sup> Krankenpflege war nach dem Anspruch von Florence Nightingale weit mehr als lediglich die Ausführung von Tätigkeiten auf Anordnung des Arztes. Unbedingter Gehorsam gegenüber den Ärzten und aufopfernde, mütterliche Liebe für die Kranken waren eben nicht die Leitbilder der "Notes on Nursing".<sup>683</sup> Sie forderte "intelligenten Gehorsam", da Gehorsam allein etwas sehr armseliges sei. Sie kritisierte Krankenschwestern, die ärztliche Anordnungen zum Anlaß nahmen, pflegerische Tätigkeiten zu unterlassen, die für das Wohlergehen des Patienten notwendig waren.<sup>684</sup> Mendelsohns theoretisches Konzept wiederum war mit Florence Nightingales Vorstellungen unvereinbar.

---

<sup>680</sup> MENDELSON (1892), *Der Comfort des Kranken*, S. 65, Anm. 4. Vgl. ARETAEUS VON KAPPADOKIEN (1. Jh. n. Chr.) *Editio altera lucis ope expressa*, S. 91f.

<sup>681</sup> SKRETKOWICZ (1996), *Introduction*, S. xxii. NIGHTINGALE (1860), *Notes on Nursing*, Ed. Skretkowitz, S. 65.

<sup>682</sup> SKRETKOWICZ (1996), *Introduction*, S. xxii.

<sup>683</sup> Dies macht irrtümlicherweise Herbert Grundhewer glauben, wobei er ebenfalls die "Notes on Nursing" zum Beleg heranzieht. Vgl. GRUNDHEWER (1987), *Von der freiwilligen Kriegskrankenpflege bis zur Einbindung des Roten Kreuzes in das Heeressanitätswesen*, S. 31.

<sup>684</sup> NIGHTINGALE (1860), *Notes on Nursing*, Ed. Skretkowitz, S. 172f.

### *II.7.5.3. Die Bemühungen Martin Mendelsohns um die Etablierung der "wissenschaftlichen Krankenpflege"*

Um die Krankenpflege als medizinisches Spezialfach zu etablieren, schuf Mendelsohn zunächst eine Neudefinition des Begriffs "Krankenpflege". Er gliederte diesen Oberbegriff auf in Krankenversorgung, Krankenwartung und "wissenschaftliche Krankenpflege" oder "Hypurgie". Unter Krankenversorgung verstand Mendelsohn alle Einrichtungen und Organisationen, die der Unterbringung und Versorgung des Kranken dienten, wie Krankenhausanlagen, das Rettungswesen, die Kriegskrankenpflege oder Krankenpflegeorganisationen. Als Krankenwartung definierte er

"die große Summe pflegerischer Leistungen, welche der Ablauf des Lebensprozesses mit sich bringt, und die ein jeder selbsttätig und halb unbewußt immer und immer wieder ausüben pflegt, [die] in den Tagen der Krankheit durch die Hilfe Dritter, durch die Krankenwartung für ihn geleistet werden. ... Aber diese Dienstleistung am Kranken ist bei aller ihrer Unentbehrlichkeit für den Arzt ebensowenig als die Krankenversorgung eine medizinische Disziplin; sie ist eine humanitäre Maßnahme, eine Dienstleistung."<sup>685</sup>

Dem stellte Mendelsohn die "wissenschaftliche Krankenpflege" gegenüber:

"Natürlich hat es eine technische und empirische Krankenpflege gegeben, solange es Menschen giebt, die krank sind und der Wartung und Hülfeleistung bedürfen; das Neue und für die wissenschaftliche Medizin so sehr Wesentliche in der heutigen Krankenpflege ist es eben, zu ihrer humanitären, nur subjektiv dem Kranken Linderung und Erleichterung bringenden Krankenpflege nun die objektiv wirkende, wichtige therapeutische Effekte in sich schliessende, als therapeutische Methode des Arztes anzuwendende Krankenpflege hinzugesellt zu haben, welche, nur aus dem Grunde diesen therapeutischen Inhalt dadurch zum Ausdruck zu bringen, 'Hypurgie' genannt worden ist."<sup>686</sup>

Mendelsohn formulierte den Anspruch der "wissenschaftlichen Krankenpflege" mit den Worten:

"Die Krankenpflege ist eine den übrigen therapeutischen Methoden ärztlichen Handelns zum mindesten gleichberechtigte Disciplin, mit ebenso exacten Indicationen und ebenso präzisen physiologischen Effecten wie diese, und der Arzt hat nicht nur die

---

<sup>685</sup> MENDELSON (1898), Die Stellung der Krankenpflege in der wissenschaftlichen Therapie, S. 124. Vgl. DUNAITSCHIK (1997), Wissenschaftliche Krankenpflege, S. 23.

<sup>686</sup> Zur Ausstellung für Krankenpflege in Frankfurt a. M., vom 8. bis 18. März 1900, S. 114 (ohne Autorenangabe; Mendelsohn war Herausgeber der Zeitschrift).

Pflicht, sie bis in ihre kleinsten Details zu beherrschen, sondern vor Allem auch, sie persönlich am Kranken anzuordnen und auszuüben."<sup>687</sup>

Die Krankenpflege in England war aus Mendelsohns Sicht kein Vorbild, wie für die B.O.K.D., sondern ein abschreckendes Beispiel. Besonders interessant ist in diesem Zusammenhang ein Beitrag in der "Zeitschrift für Krankenpflege" von 1897 mit dem Titel "Die Entwicklung der Krankenpflege in England in den letzten 60 Jahren". Der nicht namentlich gekennzeichnete Artikel, der sich auf eine Veröffentlichung im British Medical Journal desselben Jahres bezieht, dürfte die Meinung des Herausgebers Martin Mendelsohn wiedergeben. Kritisiert wurde die "Ueberausbildung der Krankenpflegerinnen" und eine Übertreibung des Theoretischen in der Ausbildung. Hierbei wurde den englischen Ärzten an diesem Zustand eine Mitschuld gegeben:

"Da der Wirkungskreis der Krankenpflegerin sich aber fast ausschliesslich auf das Praktische und Beobachtende beschränkt, und nicht intimere Kenntnisse der Anatomie oder Physiologie beansprucht, so erscheint eine höhere medicinische Ausbildung als durchaus unangebracht. Die Folgen der Ueberausbildung waren die, dass in Folge dieses falschen Systems eine glücklicher Weise bis jetzt nicht sehr grosse Classe von Pflegerinnen entstand, gegen die entschieden Protest zu erheben ist, da viel Schaden durch sie hervorgerufen werden kann. Die Aufgabe der Pflegerin besteht darin, des Arztes Augen und Hände zu unterstützen; wenn sie aber weiter geht und Anspruch auf selbstständiges medicinisches Handeln erhebt, so muss das Resultat ein unerfreuliches sein. Die Aerzte sind in hohem Grade selbst dafür verantwortlich zu machen, wenn dieser Zustand eingetreten ist; ihre Vorträge haben sich nicht nur auf das Praktische beschränkt, sondern sie haben verkehrter Weise in der Strenge ihrer Prüfungen und der Vielseitigkeit ihres Unterrichts gewetteifert."<sup>688</sup>

Für eine wie auch immer geartete Eigenständigkeit des Krankenpflegepersonals war in der Konzeption von "Hypurgie", wie sie Mendelsohn und seine Mitstreiter vertraten, kein Raum. Mendelsohn schränkte die bei Florence Nightingale für die Pflege reklamierten Kompetenzen stark zugunsten des ärztlichen Kompetenzbereichs ein. Gleichzeitig formulierte er den ärztlichen Anspruch, die Krankenpflege von der Empirie zur Wissenschaft zu führen. Dieser Anspruch wurde von anderen im Krankenpflegewesen maßgeblichen Ärzten wie Eduard Dietrich und Rudolf

---

<sup>687</sup> MENDELSON (1898), Die Krankenpflege (Hypurgie), S. 240.

<sup>688</sup> Die Entwicklung der Krankenpflege in England in den letzten 60 Jahren (1897), S. 193f.



Salzwedel mitgetragen. So war bereits in den 1890er Jahren vorgezeichnet, daß Bestrebungen der B.O.K.D., angloamerikanische Vorbilder in Deutschland zu übernehmen, von maßgeblicher ärztlicher Seite keine Unterstützung finden würden. Die Kehrseite der ärztlichen Innovationen in Therapie und Krankenpflegetechnik war für die Krankenpflege, daß sich für den ärztlichen Anspruch, die Krankenpflege zu kontrollieren, ein weiteres Argument darbot: Die Krankenpflege müsse in die Hände der Ärzte gelegt werden, damit sie nicht erstarre, sondern sich den neuesten Behandlungsmethoden und Anschauungen fortwährend anpasse.<sup>689</sup>

Auf der Suche nach einem treffenden Begriff für die "wissenschaftliche Krankenpflege" war Mendelsohn von dem Philologen Johannes Vahlen (1830-1911) das griechische Wort "hypourgein" vorgeschlagen worden. Mendelsohns Kollege Johannes Bresler (1866-1936), Oberarzt in Freiburg, hatte ihn darauf aufmerksam gemacht, daß kein Geringerer als Hippokrates den Ausdruck "hypourgia" in einem sehr ähnlichen Sinn benutzt habe. Mendelsohn untersuchte daraufhin Textstellen von Hippokrates.<sup>690</sup> Aus diesen ging hervor,

"dass die Summe und der Inbegriff aller der vielfältigen Maassnahmen, welche wir heute unter dem Begriff "Krankenpflege" zusammenfassen, schon von dem Vater der Medizin mit dem Namen 'Ypourgia' (gr.) bezeichnet worden sind. Und so habe ich die Freude zu sehen, dass der wiederhergestellte alte Name thatsächlich den neuen Inhalt deckt und kann des Hippocrates Autorität, welche sowohl in der Medicin als auch in der griechischen Sprache eine ausreichende sein dürfte, getrost derjenigen des einzigen unter meinen vielen Kritikern entgegenstellen, dessen Beifall 'das neugebildete Fremdwort' nicht zu finden vermochte."<sup>691</sup>

Textstellen in "De decenti habitu" des Corpus Hippocraticum ließen sich als Beleg für die Bedeutung krankenflegerischer Tätigkeiten am Patienten in einem ärztlichen Text der Antike heranziehen.<sup>692</sup> Hippokrates' Autorität und die Bedeutung der Diätetik im antiken Heilplan wurden so für den Versuch genutzt, die "wissenschaftliche Krankenpflege" aufzuwerten.

In den 1890er Jahren dienten Versuche der Theoriebildung, eigene Forschungen und Öffentlichkeitsarbeit dem Ziel, die "wissenschaftliche

---

<sup>689</sup> ISRAEL (1907), Die Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonal, Diskussionsbeitrag Rudolf Salzwedel, S. 158. HELMERICH (1992), Krankenpflege im Wandel, S. 107.

<sup>690</sup> MENDELSON (1898), Über die Hypurgie und ihre therapeutische Leistung, S. 276.

<sup>691</sup> MENDELSON (1898), Über die Hypurgie und ihre therapeutische Leistung, S. 276.

<sup>692</sup> Zur Interpretation von "De decenti habitu" vgl. SCHWEIKARDT/SCHULZE (2002), Facetten antiker Krankenpflege und ihrer Rezeption, S. 122f.

Krankenpflege" im Medizinstudium zu verankern und sie als ärztliches Spezialgebiet zu institutionalisieren. Theoriebildung im Sinne kausaler Erklärungen für die Wirkung krankenpflegerischer Maßnahmen blieb jedoch für Mendelsohn Zukunftsmusik, zumal die Krankenpflege 1898 "zu ihrem wesentlichen Theile noch auf nur empirischer Basis" beruhte.<sup>693</sup> In der Zukunft sollte nach Mendelsohns Vorstellung die systematische und exakte Feststellung der Einwirkung der Krankenpflegeheilmittel auf den Organismus, vergleichbar mit der Pharmakodynamik, geleistet werden können.<sup>694</sup>

Auch auf dem Gebiet der Krankenpflegetechnik war Mendelsohn innovativ. Zu seinen Erfindungen gehörten ein Krankenbett mit dreiteiliger Unterlage, das dem Kranken auch eine halbsitzende Stellung ermöglichte, und ein Krankenheber, der das Umbetten erleichtern sollte.<sup>695</sup> 1897 wurde die Krankenpflege-Sammlung an der Charité unter Mendelsohns Leitung eröffnet.<sup>696</sup> Die Hypurgie-Bewegung führte zwischen 1890 und 1900 zu einem höheren Ansehen der Krankenpflege in der Öffentlichkeit.<sup>697</sup> 1898 erhielt die "wissenschaftliche Krankenpflege" im von Albert Eulenburg (1840-1917) und Simon Samuel (1833-1899) herausgegebenen "Lehrbuch der allgemeinen Therapie" mit über 100 Seiten breiten Raum zuerkannt.<sup>698</sup> Mendelsohn war in der Ärzteschaft so weit anerkannt, daß er im selben Jahr bei der "Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte" die "Hypurgie" in einem Plenarvortrag vorstellen konnte. Eine eigene Zeitschrift mit dem Titel "Die Krankenpflege" gründete Mendelsohn 1901, nachdem sich bereits die "Zeitschrift für Krankenpflege" und seit 1898 die "Deutsche Krankenpflege-Zeitung" diesem Themengebiet zugewandt hatten. Einen weiteren Höhepunkt bildeten die Krankenpflege-Ausstellungen von 1899 in Berlin und 1900 in Frankfurt am Main. Sie waren von ärztlicher Seite ins Werk gesetzt worden und präsentierten vor allem den Fortschritt auf therapeutischem Gebiet.

---

<sup>693</sup> MENDELSON (1898), Die Krankenpflege (Hypurgie), S. 244.

<sup>694</sup> MENDELSON (1898), Die Krankenpflege (Hypurgie), S. 246.

<sup>695</sup> LAMPE (1969), Der Beitrag Martin Mendelsohns zur Entwicklung der Krankenpflege, S. 93.

<sup>696</sup> LAMPE (1969), Der Beitrag Martin Mendelsohns zur Entwicklung der Krankenpflege, S. 120.

<sup>697</sup> DIETRICH, Bericht über das Pflegepersonal in den preußischen Krankenanstalten vom 06.10.1900, S. 5.

<sup>698</sup> MENDELSON (1898), Die Krankenpflege (Hypurgie), S. 239-424.

Die erste Ausstellung für Krankenpflege wurde anlässlich des internationalen Tuberkulosekongresses in Berlin veranstaltet.<sup>699</sup> Gegliedert war die Ausstellung in "Allgemeine Krankenpflege" und "Spezielle Krankenpflege". Das Krankenzimmer und das Krankenbett wurden ebenso thematisiert wie Ernährung, Arzneidarreichung, Ruhe und Bewegung, Hautpflege, Atmung und Auswurf, Ausscheidungen, die Anwendung von Wärme und Kälte, Krankenkleidung sowie Zerstreung und Beschäftigung. Die spezielle Krankenpflege umfaßte die Pflege der Lungenkranken, Kinderkrankenpflege, Wöchnerinnenpflege, chirurgische Pflege, Irrenpflege, Kriegskrankenpflege und die Krankenpflege in den Kolonien.<sup>700</sup>

Zahlreiche Geräte zur Bewegungstherapie wurden ebenso ausgestellt wie Geräte für wassersüchtige Kranke und zum Baden Schwerkranker. Auch ein Zimmer mit vollständiger Einrichtung zur Behandlung eines diphtheriekranken Kindes, das in Begleitung seiner Mutter Aufnahme fand, war zu sehen. Krankenzimmer, die die Pflege von Kranken in Häusern von Reichen, des Mittelstands und bei Arbeitern veranschaulichten, wurden ebenfalls gezeigt.<sup>701</sup>

Die Bedeutung der industriellen Technik für das Zustandekommen der Frankfurter Ausstellung hob Julian Marcuse (1862-1942) hervor. Es wurde unter anderem ein komplettes Krankenzimmer vorgestellt. Zum Inventar gehörten ein allen hygienischen Anforderungen entsprechendes Krankenbett, ein Bettisch, ein Krankenlesetisch, Bettunterlagen, Bidets, Zimmerklosett, ein Inhalations- und ein Formalindesinfektionsapparat, Aluminiumkühler, Platinräucherlampen, Einnahmegläser, Maximalthermometer, Hustenflasche und Rückenlehnen.<sup>702</sup> Marcuse führte zudem verstellbare Liegesessel, Krankenfahrstühle, zusammenlegbare Krankenhahren wie auch Streck- und Redressionsapparate zu heilgymnastischen Zwecken auf.

Die Organisation der Berliner Krankenpflege-Ausstellung von 1899 beleuchtet auch das Berliner politisch-medizinische Netzwerk von Professoren, interessierten Ärzten sowie Beamten des Kultusministeriums und des Kriegsministeriums, das bis zum 1. Weltkrieg entscheidend an der Gesetzgebung mitwirken sollte. George Meyer berichtete über die Ausstel-

---

<sup>699</sup> MARCUSE (1900), Die Ausstellung für Krankenpflege in Frankfurt a. Main, S. 311.

<sup>700</sup> Ausstellung für Krankenpflege zu Berlin 1899 20. Mai bis 18. Juni, S. 88.

<sup>701</sup> MEYER (1899), Die Ausstellung für Krankenpflege 1899, S. 607.

<sup>702</sup> MARCUSE (1900), Die Ausstellung für Krankenpflege in Frankfurt a. Main, S. 311.

lung in der Berliner Klinischen Wochenschrift und lobte dabei die Tatkraft von Leydens, Mendelsohns und von Schjernings.<sup>703</sup>

Die Ausstellung von 1899 wirft also einen Schatten auf die nach der Jahrhundertwende bei der Reform der Krankenpflege beteiligten Gremien und Personen voraus: In verantwortlichen Positionen für die Organisation der Ausstellung waren Ärzte der Hypurgie-Bewegung, leitende Krankenhausärzte, Beamte des Kultusministeriums und Militärärzte wie Otto von Schjerning vom Kriegsministerium.<sup>704</sup> Aus diesem Netzwerk stammende Personen und Institutionen sollten nach 1900 an den berufspolitischen Entscheidungen über die Krankenpflege in entscheidender Weise mitwirken.

Mendelsohns Kollege Iwan Bloch übernahm 1899 die Aufgabe, die Bedeutung der "wissenschaftlichen Krankenpflege" als neuer Disziplin mit Hilfe der Geschichte herauszustellen. Viele zur "wissenschaftlichen Krankenpflege" gehörende Details, die in methodischem Zusammenhang erforscht werden müßten, seien schon in früherer Zeit rein empirisch gewürdigt worden.<sup>705</sup> So schlug Bloch einen großen Bogen von den alten Indern und dem antiken Griechenland bis ins 19. Jahrhundert, um mit den Leistungen Mendelsohns zu schließen.

Bis zum Jahr 1900 hatte die Krankenpflege dank der Bewegung der "wissenschaftlichen Krankenpflege" an Ansehen gewonnen.<sup>706</sup> Einen Lehrauftrag für Krankenpflege beantragte Mendelsohn 1898. Dieser war jedoch zwischen 1899, als die mit großem Aufwand organisierte Krankenpflegeausstellung dem Publikum präsentiert wurde, und 1903 in der Berliner Medizinischen Fakultät und im Kultusministerium nicht durchsetzbar. Mendelsohns Kollege Carl Posner (1854-1928), Herausgeber der Berliner Klinischen Wochenschrift, konnte einem neuen medizinischen Spezialfach namens "Hypurgie" wenig abgewinnen und stand einer selbständigen Stellung dieses Fachs kritisch gegenüber: Es sei nicht nötig, so weit zu gehen, um die Bedeutung des Gebiets und seine ausgiebige Berücksich-

---

<sup>703</sup> MEYER (1899), Die Ausstellung für Krankenpflege 1899, S. 607.

<sup>704</sup> Vgl. Ausstellung für Krankenpflege zu Berlin 1899 20. Mai bis 18. Juni, S. 87f.

<sup>705</sup> BLOCH (1899), Spezial-Katalog der Gesamtlitteratur über Krankenpflege ... nebst einem Aufsatz: Zur Geschichte der wissenschaftlichen Krankenpflege (Hypurgie), S. 11.

<sup>706</sup> DIETRICH, Bericht über das Pflegepersonal in den preußischen Krankenanstalten vom 06.10.1900, S. 5.

tigung innerhalb der Klinik unumwunden anzuerkennen.<sup>707</sup> Der Begriff "Hypurgie" werde "sich wohl schwerlich Bürgerrecht erwerben."<sup>708</sup>

Am 3. Februar 1903 lehnte die Fakultät das Ansinnen mit dem Argument ab, daß durch die Erteilung eines solchen Lehrauftrags eine höchst unerwünschte Zersplitterung des Unterrichts eintreten könnte.<sup>709</sup> Inwieweit fachliche oder vielmehr in der Person Mendelsohns liegende Gründe für die Ablehnung ausschlaggebend waren, ist bisher ungeklärt. Bärbel Lampe vermutet, daß das Bekanntwerden von Mendelsohns Lebenswandel eine Rolle für die Ablehnung spielte.<sup>710</sup> Mendelsohn mußte sich in einem Gerichtsprozeß wegen Verkehrs mit minderjährigen Prostituierten verantworten und wurde nur deshalb freigesprochen, weil ihm nicht nachgewiesen werden konnte, daß er vom Alter der Mädchen wußte.<sup>711</sup> Die Berliner Medizinische Fakultät betrieb daraufhin den Ausschluß Mendelsohns aus ihren Reihen. Im selben Jahr wurde ein Disziplinarverfahren eingeleitet, an dessen Ende ihm 1906 die *Venia legendi* entzogen wurde.<sup>712</sup> Seine Bemühungen um die Krankenpflege fanden ein Ende.<sup>713</sup>

Zwar engagierten sich weiterhin Ärzte wie Paul Jacobsohn, der in Übersichtsbeiträgen zwischen 1904 und 1908 mehrfach die neuesten technischen Errungenschaften auf diesem Gebiet darstellte.<sup>714</sup> Nach der Diskreditierung Mendelsohns scheint eine Etablierung der "wissenschaft-

---

<sup>707</sup> POSNER (1898), Martin Mendelsohn: Die Krankenpflege (Hypurgie), S. 129.

<sup>708</sup> POSNER (1898), 70. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte, S. 895.

<sup>709</sup> LAMPE (1969), Der Beitrag Martin Mendelsohns zur Entwicklung der Krankenpflege, S. 41f.

<sup>710</sup> LAMPE (1969), Der Beitrag Martin Mendelsohns zur Entwicklung der Krankenpflege, S. 42.

<sup>711</sup> LAMPE (1969), Der Beitrag Martin Mendelsohns zur Entwicklung der Krankenpflege, S. 44.

<sup>712</sup> LAMPE (1969), Der Beitrag Martin Mendelsohns zur Entwicklung der Krankenpflege, S. 46.

<sup>713</sup> LAMPE (1969), Der Beitrag Martin Mendelsohns zur Entwicklung der Krankenpflege, S. 42.

<sup>714</sup> JACOBSON (1904), Fortschritte der Krankenpflegetechnik I, S. 1212-1215.

JACOBSON (1904), Fortschritte der Krankenpflegetechnik II, S. 1577-1580.

JACOBSON (1905), Fortschritte der Krankenpflegetechnik III, S. 227-229, S. 267-269.

JACOBSON (1905), Fortschritte der Krankenpflegetechnik IV, S. 306-308, S. 350-352.

JACOBSON (1907), Fortschritte der Krankenpflegetechnik I, S. 1638f., S. 1688f.

JACOBSON (1907), Fortschritte der Krankenpflegetechnik II, S. 2141f., S. 2185-2187.

JACOBSON (1908), Fortschritte der Krankenpflegetechnik III, S. 242f., S. 286f.

lichen Krankenpflege" jedoch nicht weiter verfolgt worden zu sein.<sup>715</sup> Offensichtlich blieb die Krankenpflege weitgehend außerhalb des Gesichtskreises der Ärzteschaft. Jacobsohn verlieh 1910 in der Berliner Medizinischen Gesellschaft seiner Einschätzung Ausdruck, die Krankenpflege genieße immer noch nicht die Wertschätzung, die sie verdiene, und sie werde gegenüber den wissenschaftlichen Diskussionsthemen gewissermaßen als Stiefkind behandelt. Trotz der Bemühungen der letzten 20 Jahre sähen viele Ärzte die Krankenpflege als eine "res paene negligenda" an.<sup>716</sup>

Diese geringe Wertschätzung spiegelte sich auch in der ärztlichen Ausbildung wider. Nachdem die Krankenpflege 1901 bei der Reform der Prüfungen im Medizinstudium nicht berücksichtigt worden war, hielt der Ärztetag von 1921 sechs Wochen Krankenpflegedienst vor dem Studium und weitere sechs Wochen in den vorklinischen Ferien für ausreichend. Der Zusatz des Geschäftsausschusses verdeutlicht dies: "Die bisher bestehenden Praktikantenscheine sollen beibehalten, aber nicht von ausreichenden Kenntnissen abhängig gemacht werden."<sup>717</sup> Eine Etablierung als Prüfungsfach erfolgte auch 1924 nicht.

Die Hypurgie-Bewegung als auf die Ärzteschaft ausgerichtete Bewegung scheiterte in zweifacher Weise: Die Etablierung der Krankenpflege als ärztliches Spezialfach mißlang ebenso wie der Versuch, ihre Bedeutung für den Patienten im ärztlichen Bewußtsein zu verankern. Die Vorstellungen über die Stellung der Krankenpflege wurden dagegen von am politischen Entscheidungsprozeß beteiligten Ärzten in die Normierungsvorgänge nach der Jahrhundertwende eingebracht. Gleichzeitig läßt die Analyse der Hypurgie-Bewegung für das 19. Jahrhundert Rückschlüsse über festgefügte ärztliche Denkmuster zu: Einer kleinen ärztlichen Minderheit, die der Krankenpflege sehr hohe Wertschätzung entgegenbrachte, stand Gleichgültigkeit oder Geringschätzung der großen Mehrheit gegenüber.

Als *Fazit* läßt sich feststellen, daß für die Ärzteschaft die Krankenpflege ein Nebenkriegsschauplatz in der Auseinandersetzung um die Leitungsfunktion im Krankenhaus und im Kampf gegen Krankenkassen

---

<sup>715</sup> Vgl. DUNAJSCHIK (1997), Wissenschaftliche Krankenpflege, S. 16f.

<sup>716</sup> JACOBSON (1910), Diskussionsbeitrag zum Vortrag von Rudolf Salzwedel, S. 862. Vgl. auch ISRAEL (1907), Die Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen, S. 162.

<sup>717</sup> BERGEAT (1921), 42. Deutscher Ärztetag, S. 1235.

und "Kurpfuscherei" war. Das bedeutete, daß die Krankenpflege auf keinen Fall zur Konkurrenz auf dem Gebiet der ärztlichen Therapie werden durfte. Zur wissenschaftlichen Erforschung stand der Ärzteschaft das Gebiet der Krankenpflege konkurrenzlos offen. So dienten die 1890er Jahre der Ärzteschaft zur Untermauerung des Anspruchs, die Krankenpflege selbst wissenschaftlich weiterzuentwickeln und damit der Krankenpflege eine Stellung als ausschließlich ausführendes Organ zuzuweisen. Diese Haltung findet sich auch in den Leitlinien des preußischen Medizinalbeamten Eduard Dietrich aus dem Jahr 1896 wieder. Vor der Behandlung dieser Leitlinien sollen zunächst die Reformentwürfe aus den Reihen der "freien" Schwestern sowie des Arztes und Reichstagsabgeordneten Otto Mugdan vorgestellt werden, da sie zeigen, welche anderen Alternativen, die den jeweiligen Protagonisten umsetzbar erschienen und die bei einer Verwirklichung eine andere Entwicklung des Krankenpflegeberufs nach sich gezogen hätten, damals in die Diskussion eingebracht wurden.

## **II.8. Entwürfe zur Reform der Krankenpflege von bürgerlicher Frauenbewegung und ärztlicher Seite**

*II.8.1. Reformentwürfe aus dem Umfeld der bürgerlichen Frauenbewegung*  
Von den konfessionellen Mutterhausverbänden kamen keine Vorschläge zur Reform der Krankenpflege. Gewerkschaftliche Forderungen wiederum hatten von vornherein keine Chance. Daher sollen im Folgenden die wichtigsten Initiativen zur Reform der Krankenpflege aus dem Kreis der bürgerlichen Frauenbewegung und von Seiten der Ärzteschaft im Hinblick auf ihre politische Bedeutung betrachtet werden.

Elisabeth Storp veröffentlichte ihre Forderungen in der Zeitschrift "Die Krankenpflege"<sup>718</sup> und machte auch 1902 durch eine Eingabe an das preußische Kultusministerium auf ihre Vorstellungen aufmerksam.<sup>719</sup> Sie forderte die Übernahme angloamerikanischer Vorbilder in der Organisation der Krankenpflege. Den im Zuge des Kulturkampfes verstaatlichten Volksschullehrerinnenberuf sah sie als Vorbild an. Konsequenterweise forderte

---

<sup>718</sup> STORP (1901/1902), Zur Schwesternfrage. STORP (1902/1903), Zur Pflegerinnenfrage.

<sup>719</sup> Elisabeth Storp stand in der zweiten Jahreshälfte 1902 mit dem preußischen Kultusministerium in Verbindung und brachte dort ihre Reformentwürfe ein. Berlin, GStA, PK, I. HA, Rep. 76 VIII B, Nr. 1550, Bl. 155-167. Sie legte ihre Schrift "Zur Pflegerinnenfrage" als Sonderdruck bei. Bl. 175-180.

sie, den Krankenpflegeberuf der weltlichen Schwestern wie den Beruf der Volksschullehrerinnen zu verstaatlichen. Damit gehe ein besserer Schutz des Krankenpflegeberufs einher. Die Arbeit habe auf eine Maximalzeit beschränkt zu werden. Der Staat habe die moralische Verpflichtung, für die Kranken zu sorgen, und dazu gehöre ausnahmslos alles, woran die Kranken Bedarf hätten, also auch Ärzte und die Pflegepersonen.<sup>720</sup> Einer der wesentlichen Unterschiede zwischen Krankenpflege- und Lehrerinnenberuf sei, daß die Krankenpflege vom Staat völlig unkontrolliert sei und einer dringenden Veränderung bedürfte:

"Ich erlaube mir Herrn Ministerial-Director noch darauf aufmerksam zu machen, daß diese Reform der Krankenpflegerinnen gerade für die katholischen weltlichen Schwestern so wichtig ist. Die weltliche Pflegerin ist notwendig, da die barmherzigen Schwestern wie die Diakonissen der Nachfrage bei weitem nicht mehr genügen. Es ist der Fehler der weltlichen Schwesternorganisationen, daß sie sich nach Muster der religiösen gebildet haben. Das Bindeglied die Religion fehlt. Ich habe als langjährige Schwester viel darüber nachgedacht u. bin zu der Ansicht gekommen, daß nur der Staat mit seinen Gesetzen uns da helfen kann. Durch die drei Lehrjahre werden die ungehörigen Elemente ausgeschmerzt, ebenso durch die weitere staatliche Kontrolle. In den katholischen Gegenden werden sich die Katholikinnen zu einer Schule u. späteren Aufstellung zusammenfinden, desgleichen die Protestanten Juden u.s.w. Auch hier können wir das Beispiel der Lehrerinnen annehmen, die auf staatlich controlierten Schulen ihre Vorbildung genießen, von einer staatlichen Commission geprüft werden, dann sich freiwillig zum Dienst melden."<sup>721</sup>

Zudem legte sie einen Entwurf für eine dreijährige Krankenpflegeausbildung bei. Damit lag der Anspruch, nach angloamerikanischem Vorbild eine dreijährige Krankenpflegeausbildung auch in Deutschland einzuführen, dem preußischen Kultusministerium vor. Als Beispiele, was Lehrzeit, Dienstzeit, Urlaub und Entlohnung betraf, dienten Krankenhäuser in New York, Boston, London und Amsterdam. Die angegebenen Dienstzeiten betragen zwischen 9 1/2 und 11 Stunden, der Urlaub zwischen drei und sechs Wochen, die Lehrzeit zwei bis drei Jahre, zum Teil mit einem daran anschließenden Jahr Pflichtzeit.

Der beigelegte Lehrplanentwurf sah eine Rotation auf den verschiedenen medizinischen und chirurgischen Abteilungen vor – Männer-, Frauen- und Kinderpflege, bei Infektionskrankheiten und in der Wochenpflege, in der Irrenpflege, im Operationssaal, in der Apotheke, beim Rönt-

---

<sup>720</sup> STORP (1901/1902), Zur Schwesternfrage, S. 377.

<sup>721</sup> Berlin, GStA, I. HA, Rep. 76 VIII B, Nr. 1550, Bl. 155a-158b, Schreiben von Elisabeth Storp an das preußische Kultusministerium [undatiert].



gen und im Verwaltungsdienst. Die heute von den Spitzenverbänden der Krankenpflege geforderte einheitliche Grundausbildung des Krankenpflegepersonals wäre mit diesem Vorschlag verwirklicht worden. Gleichzeitig wäre fachlich eine vielseitige Ausbildung ermöglicht worden, die Erfahrung in unterschiedlichen Gebieten der Krankenpflege einschloß. Allerdings hätten nur größere Krankenhäuser die Mindestanforderungen an die Spezialabteilungen erfüllen können, was einem breiten Zugang zur Ausbildung im Weg gestanden hätte.

Storps Ansinnen hatte nach Lage der Dinge keinerlei Chance. Eine Verbeamtung und Schulung auch nur des "freien" Personals hätte einen beispiellosen Kraftakt nach sich gezogen. Zumindest in den von konfessionellen Schwesternschaften und dem Roten Kreuz weniger gut versorgten östlichen Provinzen hätte dies eine flächendeckende Einrichtung von Krankenpflegeschulen zur Folge haben müssen, und der Staat wäre unmittelbar für den Wärterstand verantwortlich geworden. Bereits von Zeitgenossen wurden ihre Forderungen als kaum durchführbar betrachtet.<sup>722</sup>

Marie Cauers Reformvorschlag stellte einen Gegenentwurf zu Elisabeth Storps Forderungen aus den eigenen Reihen dar. Er zielte darauf ab, die Krankenpflege zum "neuen bürgerlichen Beruf einer gebildeten Pflegerin"<sup>723</sup> zu machen. Der Vorschlag beruhte auf zwei Säulen:

Erstens sollte den kirchlichen Verbänden die unbezahlte Krankenpflege, also Gemeindepflege, Armenpflege und Pflege in Wohltätigkeits-einrichtungen zugeordnet werden, während der beruflichen Krankenpflege die bezahlte Pflege zu überlassen sei. Marie Cauer argumentierte, die kirchlichen Gemeinschaften gäben nur das weiter, was ihnen selbst in Gestalt von Zuwendungen zugeflossen sei. Sie seien eine Sammelstelle und ein Verteilungszentrum für Gaben, die der unabhängiger situierte Teil des Volkes dem abhängigeren zukommen lassen wolle. Keinen Anspruch auf diese Gaben habe, wer in der Lage sei, Dienste, die er brauche, gebührend zu vergüten. Hierzu zählte sie Privatpatienten und Privatkliniken, öffentliche Anstalten, städtische und Kreiskrankenhäuser sowie Universitätskliniken. In den verschiedenen Landesteilen wären Kommissionen zu ernennen, an die sich zu wenden habe, wer innerhalb des Amtsbezirks Stellen mit

---

<sup>722</sup> STORP (1902/1903), Zur Pflegerinnenfrage, S. 270. Anmerkung der Redaktion: "*Wir übergeben die Vorschläge von Fräulein Elisabeth Storp gern hiermit der öffentlichen Erörterung, verhehlen uns indessen nicht, daß ihrer Verwirklichung die größten Schwierigkeiten entgegenstehen.*"

<sup>723</sup> CAUER (1901/1902), Der Beruf der Krankenpflegerin in Deutschland, S. 745.

kirchlichen Pflegerinnen zu besetzen wünsche. Die Kommission untersuche, ob der Antragsteller aufgrund der Beschränktheit der Mittel ein Recht auf diese Form öffentlicher Wohltätigkeit habe, und dieser werde dann für das erforderliche Personal an einen der kirchlichen Verbände gewiesen. Der kirchliche Verband, dem die Verpflichtung zufalle, Arbeitskräfte für wohltätige Zwecke zu stellen, werde Kräfte dort abziehen, wo am ehesten die Vergütung der beanspruchten Pflegedienste möglich sei. Diese Stellen fielen allmählich der beruflichen Krankenpflege zu.<sup>724</sup>

Es handelte sich hier um eine Wunschvorstellung, weniger um eine tatsächlich umsetzbare Maßnahme, schon allein, da die Interessen von Arbeitgebern, Kommunen und konfessionellen Schwesternverbänden deren erbitterten Widerstand hervorgerufen hätten. Es hätte sich um den Aufbau einer Verteilungsbürokratie gehandelt. Endlose Streitigkeiten über die Bedürftigkeit des Antragstellers, billigere kirchliche Krankenpflegekräfte zu erhalten und darüber, welche Stellen von welchem Verband zu besetzen gewesen wären, wären vorauszusehen gewesen. Zudem war Marie Cauer mit der gesetzlichen Materie nicht vertraut. Die Eingriffe in die Gewerbefreiheit, in die Befugnisse von Kommunen, Krankenhäusern und Betreibern von Privatkliniken hätten ein gesetzgeberisches Verfahren auf Reichsebene zur Abänderung der Gewerbeordnung notwendig gemacht. So ist es nicht verwunderlich, daß das Kaiserliche Gesundheitsamt mit wenigen dünnen Worten die Undurchführbarkeit dieses Vorschlags konstatierte.<sup>725</sup>

Zweitens bestand Marie Cauers Vorstoß darin, die in England von Seiten des Krankenpflegepersonals bei ihren Professionalisierungsbestrebungen erzielten Erfolge und die dortigen Ausbildungsstrukturen auf Deutschland zu übertragen. Das Hauptargument Marie Cauers für eine dreijährige Ausbildungszeit wie in England und Amerika war jedoch nicht der Erwerb fachlicher Kenntnisse, sondern die "moralische Durchbildung" der Lernschwestern bzw. das "Ausmerzen der ungeeigneten Elemente" aus dem Beruf. Die später auch von der B.O.K.D. vertretene Forderung begründete sie damit, daß die Ausbildungszeit nötig sei, um ein gewisses Maß an geistlicher und sittlicher Reife zu verbürgen. In der bisher üblichen Frist von einem halben bis zu einem Jahr ließen sich zwar die notwendigen praktischen Griffe erlernen und ein leidlich genügendes Maß theoretischer Kenntnisse erwerben, aber eine Erziehung, die den ganzen Menschen erfasse und durchbilde, sei in dieser kurzen Zeit unmöglich.<sup>726</sup> Die Kom-

---

<sup>724</sup> CAUER (1901/1902), Der Beruf der Krankenpflegerin in Deutschland, S. 747f.

<sup>725</sup> Zur Position des Kaiserlichen Gesundheitsamts siehe unten, Kapitel II.9.2.

<sup>726</sup> CAUER (1901/1902), Der Beruf der Krankenpflegerin in Deutschland, S. 751f.

petenz für Ausbildung und Prüfung sollte dem Hospital zufallen, das Zeugnis am Ende der Ausbildungszeit vom Chefarzt und der Oberin unterschrieben werden. Jedes Krankenhaus mit einer gewissen Mindestzahl an Betten solle zur Ausbildung und Diplomierung von Pflegerinnen berechtigt sein. Je nach der Qualität der Ausbildung hätten diese Diplome einen unterschiedlichen Wert. Ohne staatliche Überwachung sollten die Hospitäler eigene Traditionen ausbilden.<sup>727</sup> Ihre Schlußfolgerung lautete:

"Dem in Deutschland noch neuen bürgerlichen Beruf der gebildeten Krankenpflegerin eine seinem Wesen gemäße freie Form zu schaffen, erscheint mir als die nächste Vorbedingung für das Erwachen eines tüchtigen, den Anforderungen der Gegenwart genügenden Pflegerinnenstandes. ... Und wie die neue Berufsform durch keinerlei Vorschriften eingeengt werden soll, sondern es jeder Anstalt überlassen bleibt, ihre Eigenart zu entwickeln und sich einen dieser entsprechenden Stab von Beamtinnen heranzubilden, so ist auch daneben den älteren Berufsformen ein unbegrenzter Spielraum belassen."<sup>728</sup>

Mit der Forderung, die Tradition der englischen Lehrkrankenhäuser auf Deutschland zu übertragen, forderte Marie Cauer auch eine starke Stellung der Oberin im Krankenhaus ein. Die Oberin solle die oberste Verwaltungsbeamtin sein, Vorgesetzte der Pflegerinnen wie auch die Vorgesetzte von Verwaltung und Betrieb. Jedes Hospital solle seine eigene Oberin haben.<sup>729</sup>

Gegenüber den unrealistischen und einander widersprechenden Forderungen von Elisabeth Storp und Marie Cauer nahm sich der Antrag auf der Wiesbadener Versammlung des Bundes Deutscher Frauenvereine von 1902 wesentlich wirklichkeitsnäher aus. Im Vorfeld hatte sich diesbezüglich Marie Cauer durchgesetzt. Sie hatte Elisabeth Krukenberg (1894-1954), die im "Bund deutscher Frauenvereine" für die Krankenpflege zuständig war, in Bonn aufgesucht. In einem Privatgespräch überzeugte sie sie von ihren Argumenten, daß bei einer obligatorischen Prüfung alle, die gegenwärtig die Krankenpflege ausübten und darin gebraucht würden, durchkommen würden. Eine Hebung des Krankenpflegeberufs sei nur durch eine zunächst fakultative Prüfung möglich, deren Anforderungen hochgeschraubt werden müßten, denen nicht alle genügen könnten. So komme man zu einer Elite, der die verantwortungsvolleren Stellen zufallen würden. Es entstehe ein Anreiz, zu dieser Elite zu gehören:

---

<sup>727</sup> CAUER (1901/1902), Der Beruf der Krankenpflegerin in Deutschland, S. 753.

<sup>728</sup> CAUER (1901/1902), Der Beruf der Krankenpflegerin in Deutschland, S. 756.

<sup>729</sup> CAUER (1901/1902), Der Beruf der Krankenpflegerin in Deutschland, S. 750.

"Zugleich würde der Beruf für manche wünschenswerte[n] Elemente an Anziehungskraft gewinnen, die Elite würde sich mehren, die minderwertigen Kräfte zurückgedämmt werden, bis endlich eines Tages in ferner Zeit die Möglichkeit da sein wird, das, was bisher Ausnahme war, zur Regel zu machen, und zu sagen, von jetzt ab wird niemand mehr verwendet, der den Staatsstempel nicht hat."<sup>730</sup>

So war der auf der Wiesbadener Versammlung eingebrachte Antrag späterer B.O.K.D.-Führungspersonlichkeiten ein Kompromißpapier, der von Helene Meyer vorgetragen wurde. Er überdeckte die tiefgreifenden Meinungsunterschiede. Von einer obligatorischen Prüfung, eine Position, die Agnes Karll vertrat, war nicht die Rede. Der Entwurf wurde einstimmig verabschiedet und den Regierungen zugeleitet. Er lautete:

"Der Bund solle an die zuständigen Behörden eine Eingabe richten, dahinlautend: Der Staat möge:

A. Allen Pflegerinnen die Möglichkeit geben, nach einer staatlich vorzuschreibenden dreijährigen Ausbildung eine Prüfung abzulegen, nach deren Bestehen ein staatliches Zeugnis und die Berechtigung, ein staatlich geschütztes Abzeichen zu tragen, erteilt wird, welches die Aufsichtsbehörde gegebenen Falles wieder entziehen kann.

B. Nur solche Krankenhäuser zu concessionieren, welche die Gewähr für ausreichende Fürsorge für das Pflegepersonal bieten durch Einschränkung der Arbeitszeit auf nicht mehr als 11 Stunden (einschließlich der für die Mahlzeiten nötigen Pausen) und durch genügende Sicherstellung für das Alter und den Fall der Invalidität.

C. Der Staat möge mit gutem Beispiel vorangehen und in seinen eigenen Krankenhäusern eine mustergültige Pflegeorganisation schaffen, die ein zweckmäßiges Ineinandergreifen sowohl von Verwaltung, ärztlichem und Pflegedienst, wie vom männlichen und weiblichem Pflegepersonal gewährleistet und dem Pflegepersonal eine ideelle und materielle Sicherstellung verbürgt."<sup>731</sup>

Es handelte sich um den Reformentwurf einer gebildeten Elite für eine gebildete Elite. Angesichts der Mißstände im Krankenpflegewesen richtete sich die Hoffnung der bürgerlichen Frauenbewegung auf ein staatliches Eingreifen, das Mindeststandards hinsichtlich Arbeitszeit und sozialer Absicherung in der Krankenhauspflege setzen sollte. Gegenüber dem un-

---

<sup>730</sup> Eschborn (jetzt Berlin), Agnes-Karll-Archiv des DBfK, Mappe 46, Rep. II MC II 1: Marie Cauer, Briefwechsel mit Agnes Karll 1902-1927, Schreiben von Marie Cauer an Agnes Karll vom 09.09.1925.

<sup>731</sup> Berlin, GStA, I. HA, Rep 76 VIII B, Nr. 1550, Auszug aus dem stenographischen Protokoll über die Verhandlungen der V. Generalversammlung des Bundes deutscher Frauenvereine zu Wiesbaden vom 4. bis 7. Okt. 1902 (Abschrift), S. 15f. Bl. 189a-203a, hier Bl. 196a-b.

qualifizierten Pflegepersonal sollte die dreijährige Ausbildung als hohe Barriere dienen und auch die charakterliche Eignung für den Pflegeberuf beweisen.

### *II.8.2. Der Reformentwurf Otto Mugdans*

Der Sozialpolitiker Otto Mugdan, praktischer Arzt und Kinderarzt, war seit 1903 Abgeordneter der Freisinnigen Volkspartei und von 1910 bis 1912 der Fortschrittlichen Volkspartei im Reichstag.<sup>732</sup> Damit verkörperte er fachpolitische Kompetenz auf Seiten des Reichstags. Er brachte auf der 29. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Danzig vom 14.-16. September 1904 Leitsätze zur Ausbildung und Ordnung des Krankenpflegepersonals mit Versicherungsschutz und Ruhegehältern in die öffentliche Diskussion.<sup>733</sup>

Jede Person, die sich als geprüfte Krankenpflegeperson bezeichnen wollte, benötigte nach Mugdans Vorschlag eine Approbation aufgrund eines Befähigungsnachweises. In die Leitsätze war zudem aufgenommen, daß jedes öffentliche Krankenhaus und jede Privatheilanstalt für je zehn Krankenbetten eine geprüfte Krankenpflegeperson anstellen mußten. Jede geprüfte Krankenpflegeperson sollte bei Dienstunfähigkeit den Anspruch auf ein Ruhegehalt von 500 bis 600 Mark erwerben, wenn sie zehn Jahre lang ununterbrochen im öffentlichen Dienst gestanden hatte. Eine Gesamtdauer der Ausbildung von zwei Jahren war vorgesehen, während der außer Innerer Medizin und Chirurgie auch eine Ausbildung in Spezialfächern – bei Augen- und Ohrenkranken, gynäkologisch Kranken, Haut- und Geschlechtskranken, Geisteskranken sowie in der Wochenbettpflege und in der Pflege kranker Kinder – stattfinden sollte. Vorgeschlagen wurde eine Finanzierung von Ruhegehältern und Unfallentschädigungen über eine Krankenhausgenossenschaft aller öffentlichen Krankenhäuser des Reichs mit Hilfe einer Umlage von Beschäftigten, Krankenhäusern und Gemeinden.<sup>734</sup>

Es handelte sich um ein in sich geschlossenes, überzeugendes Konzept, das von einer genauen Kenntnis der Gesetzeslage ausging, die Qualität der Krankenpflege in den Krankenhäusern deutlich gesteigert hätte und die Ausbildung des Krankenpflegepersonals, eine staatliche Prüfung und

---

<sup>732</sup> Zu Otto Mugdan vgl. MUGDAN (1997), Mugdan, Otto, S. 569-571.

<sup>733</sup> MUGDAN/MEYER (1905), Die Ausbildung und Organisation des Krankenpflegepersonals.

<sup>734</sup> MUGDAN/MEYER (1905), Die Ausbildung und Organisation des Krankenpflegepersonals, S. 137-139.

soziale Absicherung einschloß. Gleichzeitig hätte die Umsetzung erhebliche finanzielle Kosten mit sich gebracht. Mugdans Schätzung belief sich auf eine Verteuerung eines Krankenhausbetts um fünf bis sechs Pfennige pro Tag abzüglich der bereits bestehenden Ausgaben der Krankenhäuser für Ruhegehälter.<sup>735</sup> Als Angelegenheit des Reichs wäre die Verabschiedung eines Reichsgesetzes notwendig gewesen. Dieser Vorschlag hätte zudem die Übertragung von Kompetenzen auf das Reich hinsichtlich der Anstellung und der sozialen Absicherung des Pflegepersonals mit sich gebracht, und ein Einzelstaat wäre an diese nur durch Reichsgesetz zu ändernden Standards gebunden gewesen. Mugdan führte in seiner Rede aus:

"Nun kann man aber zurzeit die öffentlichen Krankenhäuser, wenn ich von den staatlichen absehe, auf dem Wege der Verwaltung nicht zwingen, nur geprüfte Krankenpflegepersonen anzustellen. Schon aus diesem Grunde folgt, daß, wenn man überhaupt eine Reform des Krankenpflegeberufes erstrebt, man unbedingt den Weg des Gesetzes beschreiten muß, und da es zweifellos nicht zweckmäßig wäre, in den einzelnen Bundesstaaten des Reiches eine verschiedene Regelung vorzunehmen, so glaube ich, daß es sich empfiehlt, ein Reichsgesetz über den Krankenpflegeberuf zu erlassen, in diesem Reichsgesetz die Frage der Approbation zu regeln, darin vorzuschreiben, daß öffentliche Krankenhäuser eine genügende Anzahl geprüfter Krankenpflegepersonen jederzeit zur Stelle haben müssen und die Fürsorge für die erkrankten, unfallverletzten und dienstunfähigen Pflegepersonen zu ordnen."<sup>736</sup>

Wie im folgenden Kapitel gezeigt wird, war diese Initiative, insbesondere die Verabschiedung eines Reichsgesetzes, in der zwischen 1900 und 1914 bestehenden politischen Konstellation chancenlos. Zudem waren bis September 1904 bereits auf Reichsebene wesentliche Entscheidungen gefallen, die die Rahmenbedingungen für eine Krankenpflegeprüfung festlegten, darunter die Abstimmung der einzelnen Länder im Reichsgesundheitsrat. Auf Mugdans Anfrage im Reichstag nach dem Stand der Krankenpflegereform am 13. März 1905 beschied ihn der Staatssekretär des Reichsamts des Innern, Graf Arthur von Posadowsky-Wehner (1845-1932) wahrheitswidrig, die von Mugdan aufgestellten Grundsätze seien "im wesentlichen" in dem Entwurf für den Bundesrat enthalten.<sup>737</sup>

---

<sup>735</sup> MUGDAN/MEYER (1905), Die Ausbildung und Organisation des Krankenpflegepersonals, S. 147.

<sup>736</sup> MUGDAN/MEYER (1905), Die Ausbildung und Organisation des Krankenpflegepersonals, S. 140.

<sup>737</sup> Vgl. Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 13.03.1905, S. 5211-5212.

### *II.8.3. Der Reformentwurf Eduard Dietrichs*

Entscheidender Vordenker der Exekutive war der preußische Medizinalbeamte Eduard Dietrich, der im Jahr 1900 ins preußische Kultusministerium eintrat und dort mit dem Krankenpflegewesen beauftragt wurde. So war er federführend mit der Krankenpflegereform und mit dem Fortgang des Gesetzgebungsverfahrens befaßt. Dietrich hatte bereits in den 1890er Jahren konkrete Vorstellungen zu einer Reform der Krankenpflege entwickelt und publiziert. Er führte auch nach dem Bundesratsbeschluß von 1906 die für eine erfolgreiche Umsetzung erforderlichen Verhandlungen. Deshalb sollen sein Werdegang, seine Problemwahrnehmung, seine Reformvorstellungen und das Netzwerk von Mitstreitern auf dem Gebiet des Krankenpflegewesens genauer analysiert werden.

Eduard Dietrich stammte aus einem evangelischen Pfarrhaus in einem Dorf im Harz, wo seine Mutter als Gemeindeschwester tätig war. Von Jugend an war er also mit Krankenpflege unter christlichem Vorzeichen vertraut. Nach dem Medizinstudium und der Promotion begann er seine Laufbahn als Medizinalbeamter in Möckern bei Magdeburg. Eduard Dietrich gehörte zu den Medizinalbeamten, die bereits vor der Jahrhundertwende die Reform des preußischen Medizinalwesens vorantrieben.<sup>738</sup> 1889 wurde er zum Kreisphysikus in Liebenwerda bestellt. Dort gründete er mehrere kleine Krankenhäuser und richtete Gemeindeschwesternstationen ein. 1896 wurde er nach Merseburg versetzt, und im Frühjahr 1900 zum Medizinalreferenten beim Regierungspräsidenten in Marienwerder ernannt. Im Juli 1900 wurde er in die Medizinalabteilung des preußischen Kultusministeriums berufen.<sup>739</sup> Dort stieg er bis zum Leiter des Gesundheitswesens auf, bevor er 1926 mit Erreichen der Altersgrenze aus dem Staatsdienst ausschied.<sup>740</sup>

Eine wichtige Rolle spielte seine Corpszugehörigkeit im Studium, von der mehrere Beamte im Kultusministerium geprägt waren. Er wurde, wie er sich rückblickend erinnert, bei seiner Vorstellung bei Ministerialdirektor Friedrich Althoff (1839-1908) auf seine Vergangenheit als Corpsstudent angesprochen.<sup>741</sup> Außerdem war Kultusminister Konrad von Studt (1831–1921) Corpsbruder und Leibfuchs von Althoff. Dietrich wurde durch Althoff und den Geheimrat und späteren Ministerialdirektor Martin Kirchner (1854-1925), der 1898 als Vortragender Rat ins preußische

---

<sup>738</sup> STÜRZBECHER (1992), Zur Biographie von Eduard Dietrich, S. 35.

<sup>739</sup> DIETRICH (1925), Eduard Dietrich, S. 198-200.

<sup>740</sup> STÜRZBECHER (1992), Zur Biographie von Eduard Dietrich, S. 41.

<sup>741</sup> STÜRZBECHER (1992), Zur Biographie von Eduard Dietrich, S. 36.

Kultusministerium berufen wurde und von 1911 bis 1919 als Direktor der Medizinalabteilung im Innenministerium tätig war,<sup>742</sup> gefördert. Er gehörte also zu Kreisen, die der Arbeiterschaft und der Sozialdemokratie fern standen. In den 1890er Jahren gehörte er zu den Ärzten, die sich mit der "wissenschaftlichen Krankenpflege" befaßten. Er übte eine ausgedehnte ehrenamtliche Tätigkeit in einer Vielzahl von Vereinen aus, auch im Roten Kreuz und im Evangelischen Diakonieverein.

Beim Ausscheiden aus dem Beruf wurde würdigend das "frühzeitige Verständnis für die Notwendigkeit, alle an der Erhaltung und Erhöhung der Volksgesundheit beteiligten Kräfte zusammenzufassen und zu gemeinsamer und verständnisvoller Arbeit zu einigen und zusammenzuhalten", hervorgehoben. "Dazu gehörten vor allem die Sozialversicherungen und die großen Gruppen der Wohlfahrtsvereinigungen."<sup>743</sup>

Sein politisches Programm zur Reform der Krankenpflege stellte er im Jahr 1896 in einer Artikelserie unter dem Titel "Staat und Krankenpflege" vor. Auch in seine interne Lagebeurteilung für die Medizinalabteilung des preußischen Kultusministeriums im Jahr 1900 brachte er seine Vorschläge ein. Dietrich maß der Krankenpflege eine große Bedeutung für die Patientenversorgung zu. Hierbei betonte er die Abhängigkeit des Arztes von der zuverlässigen Arbeit des Pflegepersonals. Sowohl im Krankenhaus als auch bei der Landkrankenpflege zeige sich seine große Bedeutung. Auf dem von Pflegepersonal gewonnenen Ergebnissen wie der Messung von Temperatur und Sekretionsmengen baue der Arzt seine Therapie auf. Die Beachtung der Diät und die Darreichung der meisten Arzneimittel geschehe durch das Pflegepersonal. Zudem müsse es bei Abwesenheit des Arztes mitunter eingreifen, wie bei der Nachbehandlung Tracheotomierter oder bei der plötzlichen Blutung von Operationswunden. Noch deutlicher zeige sich die Bedeutung guten Pflegepersonals in der häuslichen Krankenpflege. Ganz besonders habe das platte Land, insbesondere in den östlichen Provinzen, unter dem Mangel an guter Krankenpflege zu leiden. Während der Arzt seine hygienischen Vorschriften und Anweisungen über gute Pflege nicht beachtet oder nicht verstanden vorfinde, Sorge die Gemeindegemeinschaft zunächst selbst für Ordnung und Reinlichkeit und dann für die Beachtung der ärztlichen Vorschriften. Sie unterbinde überflüssige Besuche und rufe in manchen ländlichen Familien einen Sinn für Ordnung

---

<sup>742</sup> Kirchner, Martin (1962), S. 762.

<sup>743</sup> GOTTSTEIN (1925/1926), Die Persönlichkeit und das Wirken von Eduard Dietrich, S. 405.



und Reinlichkeit wach, der bleibe, auch wenn sie nicht mehr am Ort sei. Sein Plädoyer lautete also:

"Es muss demnach als feststehend angesehen werden, dass in der Fürsorge für Erkrankte ein gutes Krankenpflegepersonal ein ebenso wesentlicher, in manchen Fällen ein wichtigerer Faktor ist als das ärztliche Personal selbst."<sup>744</sup>

Dietrichs Vorstellungen zur Hebung der Krankenpflege gründeten sich auf zwei Säulen. Zum einen forderte er den Ausbau der staatlichen Kontrolle über das Krankenpflegewesen unter ärztlicher Führung. Zum anderen forderte er die Förderung der Genossenschaftsrankenpflege bei gleichzeitigem Zusammenwirken von staatlichen Behörden und Genossenschaften und gesellschaftlicher Anerkennung der Krankenpflege. Diese beiden Komponenten seines Reformprogramms sollen im Folgenden näher erläutert werden.

Außer einer verstärkten Ausübung der Aufsichtspflichten des Kreisphysikus<sup>745</sup> sah er im Einklang mit verschiedenen anderen Ärzten des Berliner Netzwerks und dem Leiter des Evangelischen Diakonievereins, Friedrich Zimmer,<sup>746</sup> als zentrales Element staatlicher Kontrolle die Einführung eines staatlichen Befähigungszeugnisses.

Ausgangspunkt seiner Überlegungen war die Rolle, die der Staat in der Wirtschaft zum Schutz der Arbeiter spielte. Die Beschränkung der Arbeitsstunden, Vorsichtsmaßregeln im Betrieb und die Sozialgesetze nannte er als Beispiele. Im Gesundheitswesen sei es auffallend, daß die Krankenanstalten hygienisch und technisch musterhafte Einrichtungen seien und der Staat die Anforderungen an die ärztliche Approbation erhöht habe, aber der Vorbildung des Krankenpflegepersonals bisher keine entsprechende Beachtung geschenkt habe. Die Pflicht des Staates sei somit nur halb erfüllt.<sup>747</sup>

Die Folgen dessen, daß der preußische Staat sich nicht am Krankenpflegewesen beteiligte, lagen für ihn auf der Hand: Der Staat überlasse die materielle Fürsorge für die Krankenpflege und deren Personal den nachgeordneten Gemeinwesen (Provinz, Kreis, Gemeinde). Die letzteren

---

<sup>744</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 19f.

<sup>745</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 161.

<sup>746</sup> Auf Zimmers Bitte trat er 1902 als stellvertretendes Mitglied in den Verwaltungsrat des Evangelischen Diakonievereins ein. STÜRZBECHER (1992), Zur Biographie von Eduard Dietrich, S. 38.

<sup>747</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 17f.

hätten aber vielfach genug damit zu tun, ihren Verpflichtungen gegenüber den Armen und armen Gebrechlichen nachzukommen, so daß die eigentliche Krankenpflege mit ihren Erfordernissen, Einrichtungen und dem zu beschaffenden notwendigen Personal der freien Liebestätigkeit anheimfalle.<sup>748</sup>

Eine Aufsicht des Staates über die praktische Durchführung der Krankenpflege existiere nur zum Teil. Das Aufsichtsrecht erstreckte sich lediglich auf Revisionen in sanitäts- und medizinpolizeilicher Hinsicht. Bei konzessionspflichtigen Anstalten dürfe bei der Revision auch geprüft werden, ob Tatsachen eingetreten seien, die, wenn sie schon früher vorgelegen hätten, zur Versagung der Konzession berechtigt hätten. Würden in Krankenhäusern Mängel in der ärztlichen Behandlung und Beaufsichtigung oder in der Pflege der Kranken bei Revisionen aufgedeckt, so könne die Regierung auf Abstellung bestehen.<sup>749</sup>

Aus seiner Sicht entzog sich die Ausbildung des katholischen geistlichen Krankenpflegepersonals sowie der evangelischen Diakonissenanstalten der Kaiserswerther Generalkonferenz – hier mit Ausnahme der Apothekenbestimmungen – bislang völlig der Kontrolle der Regierungen. Die Kreisärzte seien als die zuständigen Aufsichtsbeamten verpflichtet, in ihren Jahresberichten den Zustand der Krankenpflege zu schildern, über die geistlichen Genossenschaften und weltlichen Krankenpflegervereine zu berichten und hier Krankenwärter- und -wärterinnenschulen zu erwähnen. Wie die Kreisärzte die ihnen auferlegte Pflicht der Beaufsichtigung und Kontrolle des Krankenpflegepersonals des Kreises zu erfüllen hätten, lasse sich aus den geltenden Bestimmungen nicht ersehen. Eine Kontrolle über die Befähigung der geistlichen und weltlichen Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen existiere demnach in Preußen bisher noch nicht. Es müsse sich nur, wer im Bezirk Düsseldorf und einigen anderen Bezirken geprüfter Krankenpfleger oder geprüfte Krankenpflegerin genannt sein wolle, einer staatlich beaufsichtigten Prüfung unterziehen.<sup>750</sup>

Für Eduard Dietrich waren die Vorgänge des "Alexianerskandals" von 1894/1895 ein Beispiel dafür, daß die Mißstände prinzipieller Art waren:

"Gewiss würden in Zukunft manche Uebelstände durch die Herbeiführung einer reichlicheren ärztlichen Behandlung und strengeren andauernden ärztlichen Aufsicht aus der Welt geschafft worden sein. Aber die meisten Uebelthaten der Pflegeanstalt zu

---

<sup>748</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 137.

<sup>749</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 115f.

<sup>750</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 115.

Mariaberg sind vom Wärterpersonal verübt worden, ohne dass die Aerzte etwas erfuhren. Ich erinnere an die Disciplinarmittel, welche ohne Wissen der Aerzte angewandt wurden. Das Mariaberger Wartepersonal muß als ein durchaus unwissendes, in veralteten und verschrobenen Grundsätzen erzogenes und dabei anmassendes bezeichnet werden. Ein solches Pflegepersonal lässt sich auch durch Aerzte, welche auf der Höhe der modernen Medicin stehen, nicht belehren. Im Gegentheil, es erhebt sich über die ärztlichen Verordnungen in der Ueberzeugung, dass die ihm durch seine Erziehung gebotene Kenntniss und Erfahrung der einzelnen Zweige der Krankenpflege allein massgebend ist."<sup>751</sup>

Seine Schlußfolgerung lautete, daß überall, wo keine Kontrolle über die Ausbildung des Pflegepersonals ermöglicht werde, wo das Pflegepersonal mangelhaft ausgebildet sei und keine dauernde Beaufsichtigung der Ausübung der Krankenpflege stattfinde, geistliche wie weltliche Krankenpfleger sich in derselben Weise über die ärztlichen Anordnungen hinwegsetzten und zu eigenmächtigen Pfuschern würden. Die Pflicht des Staates sei es, die Erkrankten vor einer mangelhaften unzureichenden Behandlung seitens des Krankenpflegepersonals zu schützen, indem er einen Nachweis zur Befähigung zur Ausübung der Krankenpflege verlange und diese Befähigung durch eine entsprechende Nachprüfung kontrolliere.<sup>752</sup>

Als Zukunftsvision formulierte er:

"Das Personal, welches bei uns für heute und in Zukunft überhaupt für die Krankenpflege in Betracht kommt, nämlich die Pfleger und Pflegerinnen der katholischen und evangelischen Genossenschaften (barmherzige Brüder und Schwestern, Diakone, Brüder und Diakonissen, Johanniterschwestern) und die verschiedenen Krankenpflegevereinigungen (Schwestern vom Rothen Kreuz, Viktoriaschwestern, jüdische Krankenpflegerinnen u. A.) werden durch eine staatliche Massregel der oben erwähnten Art in ihrer Frequenz nicht im Mindesten beeinträchtigt, da sie meistens ähnlichen Bestimmungen bezüglich der Lehrzeit und Prüfung schon unterworfen sind. Getroffen werden allein diejenigen Personen, welche, ohne eine genügende Vorbildung zu besitzen, die Krankenpflege als Gewerbe betreiben. Diese werden allmählich verschwinden und zwar nicht zum Nachteil der Krankenpflege."<sup>753</sup>

---

<sup>751</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 138.

<sup>752</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 137f. Wie nötigenfalls die katholischen Orden zur Annahme einer staatlichen Aufsicht gezwungen werden könnten, legte er ebenfalls dar. Vgl. hierzu DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 157f.

<sup>753</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 140.

Dietrich sprach sich aus fachlichen Überlegungen für eine Änderung der Gewerbeordnung aus. Nach dem Vorbild des Hebammenwesens sollte in den Paragraph 30 der Reichsgewerbeordnung aufgenommen werden, daß auch das Krankenpflegepersonal eines Prüfungszeugnisses der nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde bedürfe. Der Staat habe die Pflicht, von allen, die sich gewerbsmäßig oder freiwillig der Krankenpflege widmen wollten, einen aufgrund einer Prüfung erlangten Befähigungsnachweis zu verlangen.<sup>754</sup>

Eduard Dietrich befürwortete die Förderung des Genossenschaftspersonals aufgrund ihrer fachlichen und ethischen Vorzüge.<sup>755</sup> Nachdem er skizziert hatte, wie sich die Rot-Kreuz-Genossenschaften ausgebreitet hatten, verglich er diese mit den christlichen Schwesternschaften und konstatierte:

"Alle diese Vereine haben eine zum Theil recht erfreuliche Entwicklung genommen, jedoch reichen sie mit ihren Fortschritten nicht an die der geistlichen Genossenschaften heran. Mag man dem konfessionellen Standpunkt gegenüberstehen, wie man will, wer mit den Angehörigen der geistlichen Krankenpflege-Genossenschaften seit langer Zeit zu tun hat und daneben auch Gelegenheit hatte, andere Pfleger und Pflegerinnen zu beobachten, der wird dem zustimmen, daß das geistliche Pflegepersonal den letzteren, soweit der Durchschnitt der Gesamtleistungen zur Beurtheilung steht, überlegen ist. Hierin stimmen fast alle amtlichen Generalsanitätsberichte der Regierungsbezirke überein."<sup>756</sup>

Die freien – hier im Sinne von nichtkonfessionellen – Schwesternschaften hätten den Vorzug, durch gesteigerte fachliche Ausbildung und durch die Entfaltung freier und selbständiger Persönlichkeiten den kirchlichen Genossenschaften eine Anregung zu geben.<sup>757</sup>

Aus dem starken Aufschwung der Genossenschaftskrankenpflege schloß er, daß die selbständige Krankenpflege in starkem Rückgang begriffen sei.<sup>758</sup> Die kritische Beurteilung von Mathilde Weber, die die Zukunft der Krankenpflege in der gegebenen Organisationsstruktur der Diakonissenmutterhäuser überhaupt als wenig verheißungsvoll ansah,<sup>759</sup> nahm er zwar zur Kenntnis, hielt sie aber angesichts der Zahlen über den Anstieg

---

<sup>754</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 138f.

<sup>755</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 59f.

<sup>756</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 61f.

<sup>757</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 62.

<sup>758</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 39.

<sup>759</sup> Vgl. WEBER (1894), Warum fehlt es an Diakonissinnen und Pflegerinnen, S. 119f.

der Mitglieder der konfessionellen Schwesternschaften für nicht stichhaltig.<sup>760</sup>

Aus der Tatsache, daß die Ausbildung von selbständigem Krankenpflegepersonal kaum Erfolge gezeitigt hatte, folgerte er keineswegs, daß es nötig sei, diesen Berufsstand und diese Ausbildung attraktiver zu machen. Im Gegenteil – seine Schlußfolgerung lautete, daß die staatlich unterstützte Ausbildung von selbständigem Pflegepersonal wenig aussichtsreich und im Verhältnis zur Belastung der betreffenden Krankenhäuser unzweckmäßig sei. Die hohe Entwicklung der Genossenschaften und Vereinigungen spreche dafür, daß sie in Zukunft immer besser in der Lage sein würden, den Bedarf an Pflegepersonal zu decken, und daß dies der richtige Weg zur Beschaffung des wünschenswerten Materials sei.<sup>761</sup>

Als *Fazit* läßt sich feststellen, daß hier konkurrierende Modelle in die öffentliche Diskussion eingebracht wurden. Von Seiten der bürgerlichen Frauenbewegung wurde ein Anschluß an die dreijährige Ausbildung in England angestrebt. Realistischerweise forderte die Resolution des Bundes Deutscher Frauenvereine keine obligatorische Prüfung, sondern lediglich die Vorbildfunktion des Staates ein. Mugdans Vorschlag wäre ein großer Wurf gewesen, eine Gesamtlösung, die sowohl den fachlichen Anforderungen als auch den sozialen Mißständen im Pflegeberuf überzeugend gerecht geworden wäre. Die Kosten der Umsetzung und der Umstand, daß das Reich die Zuständigkeit für die sozialen Belange des Pflegeberufs an sich gezogen hätte, zeigen jedoch, daß zwischen Wunsch und Verwirklichung Welten lagen.

Von allen Vorschlägen hatten Eduard Dietrichs Vorstellungen noch die besten Chancen zur Verwirklichung. Sein Vorschlag verkörperte die Interessen der Ärzteschaft und die der "wissenschaftlichen Krankenpflege". Nachdem er im Jahr 1900 ins Kultusministerium eingetreten war, erhielt er die Zuständigkeit für die Krankenpflegereform und war so unmittelbar am Fortgang des Entscheidungsprozesses beteiligt. Unter welchen Bedingungen sich dieser vollzog und inwieweit die Durchsetzung von Dietrichs Vorstellungen gelang, wird im Folgenden erörtert. Hierbei ist zunächst von Bedeutung, welche Institutionen am politischen Entscheidungsprozeß mitwirkten und welche Handlungsoptionen hieraus erwachsen.

---

<sup>760</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 60f.

<sup>761</sup> DIETRICH (1896), Staat und Krankenpflege, S. 88f.

## II.9. Die gesetzgeberischen Entscheidungsprozesse zwischen 1900 und 1914<sup>762</sup>

### *II.9.1. Das institutionelle Gefüge: gesetzgeberische Möglichkeiten und beteiligte Institutionen*

Der Zeitabschnitt zwischen der Jahrhundertwende und dem 1. Weltkrieg bildete die gesetzgeberische Entscheidungsphase in den politischen Gremien. Das Jahr 1900 markierte mit Eintritt des Reichsministeriums des Innern und des Kaiserlichen Gesundheitsamts den Eintritt der Reichsebene in den politischen Entscheidungsprozeß und damit eine Verlagerung politischer Entscheidungskompetenz von der Landesebene auf die Reichsebene. Zum Verständnis des Gesetzgebungsprozesses und seiner Ergebnisse ist es daher zunächst notwendig, das konstitutionelle und institutionelle Gefüge des Gesundheitswesens im Kaiserreich, also die verfassungsrechtlichen Gegebenheiten, die verschiedenen beteiligten Institutionen und die politischen Optionen im Hinblick auf die Krankenpflege zu analysieren.<sup>763</sup>

Zentrales Verfassungsorgan war der Bundesrat. Die Bundesrats-Bevollmächtigten waren instruktionsgebundene Regierungsvertreter. Alle Vorlagen für den Reichstag mußten von ihm gebilligt werden, und kein Reichstagsbeschluß konnte ohne seine Zustimmung Gesetz werden. Er wirkte an der Exekutive mit, weil er über alle zur Durchführung von Reichsgesetzen erforderlichen Verordnungen und Einrichtungen beschloß.<sup>764</sup> Preußen hatte im Bundesrat nur 17 der 58 Stimmen. Die Stimmenverhältnisse, die das Gewicht Preußens gering hielten, waren jedoch politisch ohne Belang. Die kleineren, insbesondere nord- und mittel-deutschen Staaten folgten ohnehin der preußischen Politik, die größeren zumindest keinem gemeinsamen Interesse, das der preußischen Politik entgegenstand.<sup>765</sup>

---

<sup>762</sup> Siehe hierzu meine Veröffentlichungen SCHWEIKARDT (2006), Das preussische Krankenpflegeexamen von 1907; SCHWEIKARDT (2007), Die Auseinandersetzung um die Einführung des preußischen Krankenpflegeexamens von 1907 bei den katholischen Orden und der evangelischen Mutterhausdiakonie.

<sup>763</sup> Zur Organisation des Gesundheitswesens im Reich und in Preußen vor 1914 vgl. SARETZKI (2000), Reichsgesundheitsrat und Preußischer Landesgesundheitsrat in der Weimarer Republik, S. 19-25, S. 47-55.

<sup>764</sup> BOTZENHART (1993), Deutsche Verfassungsgeschichte 1806-1949, S. 98.

<sup>765</sup> BRANDT (1998), Der lange Weg in die demokratische Moderne. Deutsche Verfassungsgeschichte von 1800 bis 1945, S. 138.

Im Kaiserreich lag die Verantwortung für das Gesundheitswesen überwiegend bei den jeweiligen Einzelstaaten. Die Medizinalgesetzgebung lag weitgehend, die Ausführung vollständig in den Händen der einzelnen Länder.<sup>766</sup> Mit der Gründung des Deutschen Reiches ging die Verlagerung von Kompetenzen von den Ländern auf die Reichsebene einher. Der zunächst stark betonte Föderalismus verlor zwar allmählich an Bedeutung, wurde jedoch keineswegs ausgehöhlt.<sup>767</sup> Auch im Gesundheitswesen nahm die Bedeutung der Reichsregierung zu. In der Verfassung des Norddeutschen Bundes vom 16. April 1867 wurde festgelegt, daß die Medizinalpolizei der Bundesgesetzgebung unterliegen würde. Diese Bestimmung wurde in die Reichsverfassung übernommen.<sup>768</sup> Artikel 4 der Reichsverfassung bestimmte, daß auf dem Gebiet der Medizinal- und Sanitätspolizei in erster Linie das Reich zuständig war. Zu den einschlägigen Reichsgesetzen gehörten Gesetze auf dem Gebiet des Impfwesens, des Nahrungsmittelwesens, der Fleischschau und Gesetze zur Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten. Auch die einschlägigen Bestimmungen der Gewerbeordnung fielen in die Kompetenz des Reiches. Die Organisation der Medizinalbehörden und die Verwaltung des Gesundheitswesens war dagegen Sache der Einzelstaaten.<sup>769</sup>

Das Kaiserliche Gesundheitsamt wurde zur Durchführung von Verwaltungs- und Forschungsaufgaben 1876 während der Diskussion des Reichsimpfgesetzes eingerichtet. Es hatte sich herausgestellt, daß die entsprechenden Maßnahmen einheitlich und auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand durchgeführt werden mußten. Damit erhielt die Reichsregierung eine Behörde mit eigener fachlicher Kompetenz. Das Kaiserliche Gesundheitsamt, das die medizinische Kompetenz der Reichsregierung verkörperte, fungierte als nachgeordnete Behörde des Reichsamts des Innern. Seine Aufgaben lagen insbesondere im Aufbau der Medizinalstatistik, der Vorbereitung von Gesetzentwürfen und in der wissenschaftlichen Forschung.<sup>770</sup> Formell hatte das Kaiserliche Gesund-

---

<sup>766</sup> SARETZKI (2000), Reichsgesundheitsrat und Preußischer Landesgesundheitsrat in der Weimarer Republik, S. 19.

<sup>767</sup> Vgl. zur Verfassungsgeschichte allgemein: HOLSTE (2002), Der deutsche Bundesstaat im Wandel (1867-1933).

<sup>768</sup> FISCHER (1933), Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, Bd. 2, S. 455.

<sup>769</sup> SCHLOCKOW/ROTH/LEPPMANN (1901), Der Kreisarzt, S. 1.

<sup>770</sup> SARETZKI (2000), Reichsgesundheitsrat und Preußischer Landesgesundheitsrat in der Weimarer Republik, S. 20.

heitsamt lediglich beratenden Charakter. Seine Aufgaben weiteten sich jedoch rasch und erheblich aus.<sup>771</sup>

Nach Erlass des Reichsseuchengesetzes im Jahr 1900 wurde dem Kaiserlichen Gesundheitsamt als weiteres beratendes Gremium der Reichsgesundheitsrat angegliedert. Dieses Gremium setzte sich aus Wissenschaftlern und Verwaltungsbeamten zusammen, um angemessene Vorschläge für die als notwendig erachteten Maßnahmen und zur Koordination der Bemühungen der Bundesstaaten vorzubereiten. Dies bedeutet, daß für die Krankenpflege erstmalig landesweit verbindliche rechtliche Regelungen in Kraft traten, nachdem die Reichsregierung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens wesentliche Kompetenzen hinzugewonnen hatte. Kaiserliches Gesundheitsamt und Reichsgesundheitsrat waren nach 1900 entscheidend am Gesetzgebungsverfahren im Krankenpflegewesen beteiligt.

Der Reichsgesundheitsrat bestand aus vom Bundesrat, nicht vom Reichstag gewählten Mitgliedern, war also ein durch die Exekutive besetztes Organ, das sich mit vorbereitenden legislativen Aufgaben befaßte. Er bildete neun Ausschüsse für verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens. Im Ausschuß VI für Heilwesen, dem auch die Angelegenheiten des Heilpersonals zugeordnet waren,<sup>772</sup> gehörten zur Zeit der Beschlußfassung über eine Reform der Krankenpflege Medizinalbeamte der größeren Länder, darunter Beamte des preußischen Kultus- und Kriegsministeriums, an. Der Ausschuß diente so der Abstimmung der Länderregierungen wie auch der verschiedenen preußischen Ministerien untereinander.

Auf Landesebene war die Medizinalabteilung des preußischen Kultusministeriums, die 1911 dem Innenministerium unterstellt wurde, für das Gesundheitswesen zuständig. Das Militärsanitätswesen unterstand dem preußischen Kriegsministerium,<sup>773</sup> das über eine eigene Medizinalabteilung und damit über eine vom preußischen Kultusministerium unabhängige Fachkompetenz verfügte. Gleichzeitig waren hohe Militärärzte in führenden Gremien des Roten Kreuzes vertreten. Das preußische Finanzministerium schaltete sich insoweit ein, als bei Reformen mit finanziellen Auswirkungen zu rechnen war.

---

<sup>771</sup> LABISCH (1992), *Homo hygienicus*, S. 153.

<sup>772</sup> SARETZKI (2000), Reichsgesundheitsrat und Preußischer Landesgesundheitsrat in der Weimarer Republik, S. 50: Geschäftsordnung für den Reichsgesundheitsrat, § 5.

<sup>773</sup> SARETZKI (2000), Reichsgesundheitsrat und Preußischer Landesgesundheitsrat in der Weimarer Republik, S. 25.



Auf Reichsebene konnte, um die Krankenpflege zu reformieren, auf zweifache Weise gesetzgeberisch vorgegangen werden. Reichsgesetze bedurften der Verabschiedung in Reichstag und Bundesrat. Ein Reichsgesetz mußte damit den demokratisch nach Verhältniswahlrecht gewählten Reichstag passieren. Dies galt auch für die Bestimmungen der Reichsgewerbeordnung. Gleichzeitig bot der Reichstag den dort vertretenen Parteien, insbesondere der Sozialdemokratie, ein öffentliches Forum. Da in Preußen bis 1918 das Dreiklassenwahlrecht galt und aufgrund dessen die Sozialdemokraten im preußischen Abgeordnetenhaus keinerlei Einfluß hatten, ließ sich von deren Seite das Rederecht im Reichstag nutzen, um Reformen, die nicht nur das Reich, sondern auch das preußische Gesundheitswesen betrafen, einzufordern.

Demgegenüber gab es eine weitere gesetzgeberische Möglichkeit, außerhalb der Reichsgesetzgebung den Reichstag zu umgehen. Bundesratsbeschlüsse, die dann durch landesrechtliche Erlasse umgesetzt wurden, bedurften keiner Zustimmung des Reichstags. Ein von Kaiserlichem Gesundheitsamt und preußischem Kultusministerium vorbereiteter, im Reichsgesundheitsrat abgestimmter und vom Bundesrat beschlossener Entwurf konnte durch landesrechtlichen Erlaß umgesetzt werden, ohne daß dabei die Exekutive die Kontrolle aus der Hand gab. Vor diesem Hintergrund ist die politische Befassung mit Forderungen nach Reformen in der Krankenpflege zu betrachten.

Die preußische Regierung hatte damit für ein gesetzgeberisches Verfahren mehrere Optionen. Die generelle Zuständigkeit der Länder für das Medizinalwesen unbeschadet reichsrechtlicher Regelungen erlaubte es, auf landesrechtlicher Ebene einen fakultativen Befähigungsnachweis für Preußen einzuführen. Ein obligatorischer Befähigungsnachweis oder die Aufnahme der Krankenpflege unter die arbeitsrechtlichen Bestimmungen der Reichsgewerbeordnung setzte dagegen deren Änderung und damit die Zustimmung von Reichstag und Bundesrat voraus. Ein Bundesratsbeschuß mit der anschließenden Umsetzung durch einen Erlaß in Landesrecht bot die Möglichkeit, Angelegenheiten einheitlich für das Reich zu regeln, ohne den Reichstag damit befassen zu müssen. Vor diesem Hintergrund vollzog sich das politische Vorgehen auf Seiten der Reichsregierung, die unter dem Gesichtspunkt der Machtpolitik gegen die Sozialdemokratie und die "freien" Gewerkschaften gerichtet war.

### *II.9.2. Die Angriffe Otto Antricks und die Reaktionen von Reichsregierung und preußischer Regierung*<sup>774</sup>

Zwischen 1900 und 1903 sowie zwischen 1912 und 1914 erwuchs dem Wartepersonal in dem Sozialdemokraten Otto Antrick (1858-1924) ein wortgewaltiger Fürsprecher im Reichstag, der erheblich zur Mobilisierung des Wartepersonals beitrug. Anknüpfungspunkt für Antricks Kritik war die Beratung des Reichsseuchengesetzes, das im Jahr 1900 verabschiedet wurde. Mit dem Reichsseuchengesetz wurde die Seuchenbekämpfung in Deutschland vereinheitlicht. Vorgesehen war, daß beamtete Ärzte bei Seuchen infektionsverdächtige Kranke zwangsweise in ein Krankenhaus einweisen konnten. Diese Passage bot Antrick einen geeigneten Anknüpfungspunkt, Mißstände im Krankenhauswesen und in der Krankenpflege ins Visier zu nehmen. Da die Sozialdemokraten im preußischen Landtag aufgrund des Dreiklassenwahlrechts keinerlei Einfluß hatten und Antrick eine andere Vorgehensweise für aussichtslos hielt, hob er die politische Auseinandersetzung damit auf die Ebene des Reichs, nachdem die SPD in Berlin auf kommunaler Ebene bereits seit den 1890er Jahren um eine zeitgemäße medizinische Versorgung der Arbeiter im Krankenhaus gekämpft und sich bei den Etatberatungen dafür eingesetzt hatte, die Krankenschwestern besserzustellen.<sup>775</sup>

Unmittelbarer Anlaß für Antricks Kritik waren die Zustände im Berliner städtischen Krankenhaus Moabit, die er während eines mehrmonatigen stationären Aufenthalts am eigenen Leib kennengelernt hatte. Gestützt auf eigene Erfahrungen und eine Vielzahl von Zuschriften von Seiten des Wartepersonals, wiederholte er immer wieder seine drei Kernforderungen, mehr Personal in den Krankenhäusern einzustellen, bessere Hygiene walten zu lassen und die Arbeits- und Lebensbedingungen des Krankenpflegepersonals zu verbessern.<sup>776</sup> 1903 erneuerte er den Vorwurf, trotz seiner wiederholten Hinweise sei fast nichts zur Abhilfe geschehen. Er forderte für das Wartepersonal konkret eine Verkürzung der Arbeitszeit, eine Erhöhung der Gehälter, Erholungsurlaub, gesonderte Schlaf- und Erholungsräume, Unfallversicherungsschutz, Pensionsberechtigung sowie

---

<sup>774</sup> Zu den Reden Otto Antricks im Reichstag zwischen 1900 und 1914 siehe auch meine Kommentare in HÄHNER-ROMBACH (2008), Quellen zur Geschichte der Krankenpflege, S. 342-366.

<sup>775</sup> LABISCH (1981), Das Krankenhaus in der Gesundheitspolitik der deutschen Sozialdemokratie, S. 136.

<sup>776</sup> Zu den Reden von Otto Antrick vgl. HELMERICHS (1992), Krankenpflege im Wandel, S. 94-96, HUMMEL (1986), Krankenpflege im Umbruch, S. 54-57, 65-68. KRUSE (1995), Krankenpflegeausbildung seit Mitte des 19. Jahrhunderts, S. 78-81.

die Einrichtung von Schulen an allen Krankenanstalten.<sup>777</sup> Für Antrick handelte es sich um eine Systemfrage: Staat und Kommunen müßten durch Aufwendung größerer Summen als bisher für Krankenpflege und ärztliches Personal bessere Zustände in den Krankenhäusern schaffen.<sup>778</sup> Er forderte ein Reichsgesundheitsgesetz, denn erst dann werde es möglich sein, eine wirklich gute Gesundheitspflege vom Reich aus durchzusetzen.<sup>779</sup> Der Reichsregierung war es nicht möglich, Antricks Vorwürfen dadurch den Boden zu entziehen, indem es das Reich für unzuständig erklärt und auf die Landesparlamente verwiesen hätte. Das preußische Kultusministerium fühlte sich durch die Angriffe Antricks brüskiert und nannte dessen Angriffe in einem Schreiben an das Reichsamt des Innern "hämisch", was gleichzeitig ein Zeichen der Schwäche darstellte. Zum Nachweis von Falschaussagen und einer detaillierten Richtigstellung der Vorwürfe Antricks im Reichstag war es nämlich trotz gegenteiliger Behauptungen in der Berichterstattung an das Reichsamt des Innern nicht in der Lage.<sup>780</sup>

Die Angriffe des Abgeordneten Antrick im Reichstag erfolgten zu einer Zeit, in der die Sozialdemokraten nicht ohne Erfolg versuchten, das Vertrauen der Bevölkerung in die Regierung zu erschüttern. Seine Vorwürfe trafen daher das Reichsamt des Innern und das preußische Kultusministerium an einer empfindlichen Stelle. Infolgedessen forderte das Reichsamt des Innern Berichte der Landesregierungen zu Antricks Anschuldigungen an, um diese gegebenenfalls öffentlich widerlegen zu können.

Die Berichte des preußischen Kultusministeriums sind aufschlußreich, denn sie dokumentieren, daß Antricks Vorwürfe berechtigt waren und Mißstände hinsichtlich der Isolierung ansteckender Patienten, der mangelhaften Unterkünfte und der sehr niedrigen Löhne für die Wärter und Wärterinnen nicht zu leugnen waren. So versuchte das preußische Kultus-

---

<sup>777</sup> Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 23.02.1903, S. 8127.

<sup>778</sup> Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 11.06.1900, S. 5994f.

<sup>779</sup> Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 11.06.1900, S. 6000.

<sup>780</sup> Berlin, BArch, R 1501, 11826, Schreiben des preußischen Kultusministeriums an das Reichsamt des Innern vom 26.11.1900, Bl. 80a-86a, hier Bl. 80ab: "Sämtliche in städtischer Verwaltung befindlichen Anstalten sind von dem dem Polizei-Präsidenten Regierungs- und Medizinalrath eingehend besichtigt worden. Dabei hat sich ergeben, dass die hämischen Angriffe des Abgeordneten Antrick gegen die Verwaltung, soweit eine Feststellung noch möglich war, unbegründet, dass die hiesigen städtischen Krankenanstalten vielmehr nach Einrichtung und Betrieb als Musteranstalten gelten können."

ministerium, die Situation zu beschönigen. Zu den Berliner städtischen Krankenhäusern hieß es:

"An Typhus und Tuberkulose Leidende werden hier wie in sehr vielen bestberufenen Krankenhäusern mit anderen Kranken zusammen gelegt; dies kann nach der Ansicht von ersten ärztlichen Sachverständigen bei gehöriger Sorgsamkeit in der Wartung ohne Nachtheil für die übrigen Kranken geschehen."<sup>781</sup>

Über das Königliche Klinikum wurde berichtet:

"Im Klinikum wohnen allerdings mehrere Wärter und Wärterinnen in Kellerräumen; es ist aber nicht zutreffend, dass diese Wohnungen ganz 'unmenschlich' sein sollen. Die Wohnungen sind, wie zugegeben werden muss, zum Theil mangelhaft, entsprechen aber den zur Zeit des Baues des Klinikums d. h. vor etwa 25 Jahren in Geltung gewesenen baupolizeilichen Vorschriften. Nachdem inzwischen der Ausbau der obersten Etage des südöstlichen Flügels neben dem Kesselhause zu Wohnräumen für das Personal genehmigt worden ist, sollen die mangelhaftesten Kellerwohnungen im nächsten Jahre aufgegeben werden. Die Anfangslöhne – im Minimum für junge Wärterinnen 15 M[ark], für junge Wärter 20 M[ark] – sind, neben völlig freier Station, ausreichend; doch ist eine Erhöhung in Aussicht genommen."<sup>782</sup>

Das preußische Kultusministerium machte sich nach Antricks Vorwürfen daran, die Situation in der Krankenpflege in Preußen zu analysieren. Es stellte fest, daß es bereits in den Vorjahren Hinweise auf Mißstände gegeben hatte. Bereits zu Beginn des Jahres 1897 hatte ein Bericht des Polizeipräsidenten von Berlin über fachliche Mängel des Pflegepersonals in den Krankenanstalten Berlins vorgelegen.<sup>783</sup> Die Oberpräsidenten waren per Erlaß aufgefordert worden, über die Lage in ihren Regierungsbezirken Auskunft zu geben.<sup>784</sup> Allerdings waren die eingegangenen Berichte lediglich zu den Akten genommen worden, und die Angelegenheit hatte nicht zu politischem Handeln Anlaß gegeben. Eduard Dietrich erhielt den Auftrag, mit Hilfe dieser Unterlagen eine interne Beurteilung des Krankenpflegewesens zu verfassen.

---

<sup>781</sup> Berlin, BArch, R 1501, 111826, Bl. 80-86, Schreiben des preußischen Kultusministeriums an das Reichsamt des Innern vom 26.11.1900, S. 2.

<sup>782</sup> Schreiben des preußischen Kultusministeriums an das Reichsamt des Innern vom 26.11.1900, S. 4f.

<sup>783</sup> DIETRICH, Bericht über das Pflegepersonal in den preußischen Krankenanstalten vom 06.10.1900, S. 1.

<sup>784</sup> Berlin, GStA, PK, I. HA, Rep. 76 VIII B, Nr. 1550, Bl. 35ab, Preußisches Kultusministerium, interner Auftrag vom 29.07.1900 an Eduard Dietrich, innerhalb von 2 Monaten einen Bericht über das Krankenpflegewesen vorzulegen.

Die im Oktober 1900 vorgelegte interne Analyse der Situation wirft ein Schlaglicht auf die Datenlage und ihre Beurteilung durch das preußische Kultusministerium. Dietrich schilderte die Lage als tendenziell positiv. Nach den Berichten müßte man, so Dietrichs Schlußfolgerung, zu der Annahme gelangen, daß die Zustände in den preußischen Krankenanstalten zur Zeit der Berichterstattung mit einigen Ausnahmen günstig und einwandfrei gewesen seien.<sup>785</sup>

Dietrich selbst verwies allerdings auf die eingeschränkte Aussagekraft der Berichte. Nur 14 von 34 hätten brauchbares Material geliefert. Die größere Hälfte habe keine objektiven Unterlagen, sondern nur allgemeine und subjektive Äußerungen beigebracht. Das Pflegepersonal an den Staats- und Provinzialanstalten werde nur ganz vereinzelt erwähnt, und von dem eigentlichen Pflegedienst in den Anstalten werde überhaupt nichts mitgeteilt.<sup>786</sup> Die Berichte der Regierungspräsidenten bestätigten im wesentlichen die Ergebnisse der preußischen Zählung von 1885: Unter dem nicht zum Genossenschaftspersonal gehörigen Krankenpflegepersonal befand sich eine große Zahl nicht ausgebildeter Personen. Häufig gab es in den sogenannten Krankenhäusern der kleinen Städte überhaupt keine Krankenpflegepersonen im eigentlichen Sinne. Die Pflege und Beköstigung der Kranken wurde nebenamtlich von Polizeidienern, Stadtarmen und sonstigen nicht vorgebildeten Leuten beiderlei Geschlechts besorgt.<sup>787</sup>

Gegenüber dem politischen Gegner bestand keinerlei Interesse daran, Fehler einzugestehen, weder auf Seiten des preußischen Kultusministeriums noch auf Seiten der Reichsregierung. Die preußische Regierung bemühte sich nach Kräften, die Vorwürfe Antricks als unzutreffend oder übertrieben hinzustellen. Sie behauptete, die meisten Klagen über Mißstände in der Krankenpflege hätten sich zum Teil als unrichtig, zum Teil als übertrieben herausgestellt.<sup>788</sup> Antrick erreichte durch seine detaillierten Schilderungen, daß man punktuell Mißständen abhalf und einzelne Lohnerhöhungen für die Wärter in Berliner Krankenhäusern

---

<sup>785</sup> DIETRICH, Bericht über das Pflegepersonal in den preußischen Krankenanstalten vom 06.10.1900, S. 15.

<sup>786</sup> DIETRICH, Bericht über das Pflegepersonal in den preußischen Krankenanstalten vom 06.10.1900, S. 15.

<sup>787</sup> DIETRICH, Bericht über das Pflegepersonal in den preußischen Krankenanstalten vom 06.10.1900, S. 2.

<sup>788</sup> Berlin, BAArch, R 1501, 111842, Bl. 67a-69a, Schreiben des preußischen Kultusministeriums vom 13.03.1903 an das Reichsamt des Innern, S. 1.

vornahm.<sup>789</sup> Von durchgreifenden Änderungen war man jedoch weit entfernt. Statt dessen leitete das preußische Kultusministerium kosmetische Maßnahmen ein: In einem Erlaß vom 11. Juli 1902 empfahl es die Verhältnisse des Pflegepersonals der "besonderen Aufmerksamkeit und Fürsorge" der nachgeordneten Behörden.<sup>790</sup> Zudem wurde die staatliche Prüfung der Heilgehilfen neu geregelt,<sup>791</sup> was zwar am Kern des Problems völlig vorbeiging, in einem Bericht an das Reichsamt des Innern jedoch als Maßnahme zur Abhilfe vereinzelt festgestellter Mißstände präsentiert werden konnte.<sup>792</sup>

Intern wurde das weitere politische Vorgehen in der Frage einer Krankenpflegereform zwischen der Reichsregierung und der preußischen Regierung abgestimmt. Für die Reichsregierung positionierte sich das Kaiserliche Gesundheitsamt in zwei Gutachten, nachdem das Reichsamt des Innern eine Eingabe Marie Cauers an die Reichsregierung 1902 weitergeleitet hatte und Ausführungen des liberalen Abgeordneten Karl Schrader (1834-1913) im Reichstag 1903 aus Sicht der Reichsregierung eine Stellungnahme erforderlich machten.

In seiner ersten Stellungnahme<sup>793</sup> teilte das Kaiserliche Gesundheitsamt das Anliegen von Marie Cauer, "ein vermehrtes Heranziehen gebildeter Elemente" zu erreichen. Die übrigen Vorschläge, insbesondere die Unterordnung der Pflegekräfte unter die Oberin, die zugleich die höchste Verwaltungsbeamte sein sollte, lehnte es hingegen ab. Daß sich "wegen ungenügender Lohnverhältnisse vielfach wenig geeignete und vorgebildete

---

<sup>789</sup> Vgl. z. B. den Bericht des preußischen Kultusministeriums an das Reichsamt des Innern vom 26.11.1900. Berlin, BArch, R 1501, 111826, Bl. 80a-86a, Schreiben des preußischen Kultusministeriums an das Reichsamt des Innern vom 26.11.1900, S. 4f., S. 7. Im städtischen Krankenhaus in Erfurt wurde die Erneuerung der Wannen in Aussicht gestellt, da der Emaille-Überzug der meisten Wannen fast vollständig zerstört war. Laut Bericht wurden die dortigen Spülvorrichtungen, die an "einzelnen Abtritten" "in Unordnung" waren, "sofort" wiederhergestellt.

<sup>790</sup> Erlaß des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten, betreffend die Verhältnisse des Pflegepersonals in den Krankenanstalten, vom 11. Juli 1902, S. 247f.

<sup>791</sup> Preußen. Erlaß, betr. Vorschriften über die Prüfung und Beaufsichtigung der Heilgehilfen, Masseur, Krankenwärter etc. Vom 8. März 1902, S. 891f.

<sup>792</sup> Berlin, BArch, R 1501, 111842, Bl. 67a-69a, Schreiben des preußischen Kultusministeriums an den Reichskanzler (Reichsamt des Innern) vom 23.03.1903, hier S. 1.

<sup>793</sup> Berlin, BArch, R 1501, 111842, Bl. 13a-15a, Schreiben des Kaiserlichen Gesundheitsamts an den Staatssekretär des Innern vom 05.07.1902.

Personen dem Krankenwärterberufe zuwenden", wurde anerkannt. Hier sah das Kaiserliche Gesundheitsamt die Anstaltsleitungen in der Pflicht.

In seiner Stellungnahme vom 26. Juli 1903<sup>794</sup> ging das Kaiserliche Gesundheitsamt ausführlicher auf die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals in den Krankenhäusern ein. Es vertrat in diesem Zusammenhang die Haltung der Arbeitgeberseite und wertete die während der Arbeitszeit erbrachten Leistungen ab. In der großen Mehrzahl der Heilanstalten sei die tägliche Arbeitszeit recht ausgedehnt und betrage nicht selten 12 Stunden und mehr. Dabei sei jedoch zu bedenken, daß im regelmäßigen Anstaltsbetrieb nur ein verhältnismäßig kleiner Teil der "Arbeitszeit" durch anstrengendere Dienstleistungen ausgefüllt werde und daß dazwischen stundenlange Zwischenräume lägen, während deren dem Wartepersonal keine oder nur leichte Arbeiten – Beaufsichtigung der Kranken und dergleichen – zugemutet würden.

Insgesamt hatte sich die Haltung des Kaiserlichen Gesundheitsamts 1903 gegenüber dem Vorjahr verhärtet. 1902 hatte es noch zugestanden, daß Klagen über das männliche Pflegepersonal zum weitaus größten Teil auf den Umstand zurückzuführen seien, daß sich "wegen ungenügender Lohnverhältnisse vielfach wenig geeignete und mangelhaft vorgebildete Personen dem Krankenwärterberufe zuwenden" und eine "ausreichende Besoldung" seitens der Anstaltsverwaltungen befürwortet.<sup>795</sup> 1903 ging es davon aus, daß keinerlei Mehrausgaben für das Krankenpflegepersonal geleistet würden. Es argumentierte, eine etwaige Verkürzung der Arbeitszeit würde viele Krankenhäuser unnötigerweise zur Vermehrung ihres Wartepersonals zwingen und sie hierdurch in die Lage versetzen, für die Entlohnung der einzelnen weniger Mittel aufwenden zu können, als sonst der Fall wäre. Eine allgemeine Festlegung der Zahl der Dienststunden erscheine daher wenig angebracht, vielmehr sei den Anstaltsverwaltungen, denen doch die nötige Einsicht zugetraut werden könne, in dieser Hinsicht ein gewisser Spielraum zu lassen. Folglich lehnte das Kaiserliche Gesundheitsamt es auch ab, Schutzbestimmungen wie die Regelung der Arbeitszeit in die Reichsgewerbeordnung aufzunehmen, obwohl es die gesetzlichen Voraussetzungen wenigstens für die Krankenanstalten, die Erwerbsbetriebe darstellten, als gegeben ansah. Im Hinblick auf die materielle Lage des Krankenpflegepersonals spielte das Kaiserliche Gesundheitsamt den Ball

---

<sup>794</sup> Berlin, GStA, PK, I. HA, Rep. 76 VIII B, Nr. 1550, Bl. 215a-218b, Schreiben des Kaiserlichen Gesundheitsamts an den Staatssekretär des Innern vom 26.07.1903.

<sup>795</sup> Schreiben des Kaiserlichen Gesundheitsamts an den Staatssekretär des Innern vom 05.07.1902, S. 3.

zurück auf die Landesebene: Staatliche Krankenhäuser seien in der Lage, "hauptsächlich durch ihr Vorbild anregend zu wirken".

Für das Reich war damit die Marschroute vorgegeben, nicht gesetzgeberisch zugunsten der Krankenpflege tätig zu werden, also keine Schutzbestimmungen gegen Arbeitsüberlastung und keine Arbeitnehmerrechte einzuführen.<sup>796</sup> Regelungsbedarf für das Reich sah das Kaiserliche Gesundheitsamt wie im Vorjahr aufgrund von Mißständen in der Privatpflege. Es befürwortete eine freiwillige Krankenpflegeprüfung durch Vereinbarung der Länder, um die "freie" Privatkrankenpflege wegen gravierender fachlicher und moralischer Mängel staatlich zu kontrollieren. Nun galt es, Widerständen innerhalb der preußischen Regierung und auf Reichsebene Rechnung zu tragen.

### *II.9.3. Die Verzögerungstaktik der Reichsregierung zur Abwehr von Forderungen aus dem Reichstag*

Die Vorgehensweise von preußischer Regierung und Reichsregierung hatte zwei Akteure zu berücksichtigen, die den Handlungsspielraum für Reformen in der Krankenpflege von vornherein massiv einengten. Zum einen leistete das preußische Finanzministerium Widerstand gegen alle Klauseln, die Folgekosten für den preußischen Staat nach sich gezogen hätten.<sup>797</sup> Zum zweiten konnte Bayern dem Ziel der Reichsregierung, zu einheitlichen Regelungen für das Reich zu kommen, wenig abgewinnen. Eine entsprechende Umfrage des Kaiserlichen Gesundheitsamts bei den Landesregierungen ergab im Jahr 1904, daß die bayerische Regierung "keinen Vorteil" in der Einführung eines staatlichen Examens sah. Sie erwartete, daß in absehbarer Zeit alle Krankenanstalten mit Ausnahme der Irrenanstalten ein Personal haben würden, das einer religiösen Genossenschaft oder dem Mutterhause des Vereins vom roten Kreuz angehörte. Damit verband sie zwei Vorteile: Zum einen mußte für die Existenzsicherung des Personals keine Sorge getragen werden. Der andere Vorteil bezog sich auf die Eigenschaften des Genossenschaftspersonals – große Kontinuität, Hingabe an die ausgeübte Tätigkeit und vor allem auch Anspruchslosigkeit und besondere Zuverlässigkeit. Diese Eigenschaften trugen aus Sicht der bayerischen Regierung wesentlich zur Akzeptanz unter der Bevölkerung

---

<sup>796</sup> Lediglich eine Ausdehnung der Invalidenversicherung auf die Krankenpflege wurde vorgeschlagen. Zur Sozialversicherung bei Krankenpflegepersonen vgl. STREITER (1924), Die wirtschaftliche und soziale Lage der beruflichen Krankenpflege in Deutschland, S. 147-170, speziell zur Angestelltenversicherung von 1911 S. 148-153.

<sup>797</sup> Siehe hierzu Kapitel II.9.5.



bei. Die Bevölkerung verlange aber zur Pflege Angehöriger in der Familie Personen, die nicht nur sachkundig und geschult, sondern auch in jeder Beziehung zuverlässig, ehrlich, verschwiegen und anspruchslos seien, keinen Unterschied zwischen reichen und armen Leuten machten und ihre Hilfe auch Familien gewährten, von welchen sie Bezahlung überhaupt nicht zu erwarten hätten. Die Garantie für das Vorhandensein dieser Eigenschaften erblicke die Bevölkerung in der Zugehörigkeit des Pflegepersonals zu einer religiösen Genossenschaft oder zum Frauenverein vom Roten Kreuz.

Die bayerische Regierung bezweifelte, daß ein zwar staatlich geprüftes, im übrigen aber selbständiges, an keinen bestimmten Ort gebundenes, auf Erwerb angewiesenes und nicht unter ständiger Kontrolle stehendes Pflegepersonal seinen Lebensunterhalt bestreiten könne. Auch Bedenken von ärztlicher Seite spiegelte die Stellungnahme wider: Die Befürchtung, daß ein derartiges, in seiner Existenz gefährdetes Pflegepersonal zu allerlei Mitteln der Reklame und der Selbstüberschätzung und auch zur Kurpfuscherei greifen werde, dürfte nicht von der Hand zu weisen sein. Es erscheine insbesondere als ungeeignet, die noch bestehende Lücke in Bayern bei der ambulanten Krankenpflege auszufüllen.<sup>798</sup>

Im Jahr 1904 war der Druck auf die bayerische Regierung, Reformen in der Krankenpflege einzuleiten, noch viel geringer als auf die preußische. Dies lag an der sehr viel stärker durch katholische Orden geprägten Struktur in der Krankenpflege.<sup>799</sup> Die Zustände an den städtischen Krankenhäusern Berlins waren der Auslöser für die Debatten im Reichstag gewesen. In München dagegen, das aufgrund seiner vielen Ordensangehörigen als "wohlthätigste Stadt Deutschlands" bezeichnet wurde,<sup>800</sup> versahen die Barmherzigen Schwestern des dortigen Mutterhauses die Hospitalpflege an den städtischen Krankenhäusern. Sie waren in der Lage, auch den zunehmenden Bedarf an pflegerischen Leistungen in der bayerischen Hauptstadt aufzufangen, der durch das 1910 eröffnete dritte städtische Krankenhaus Schwabing entstand. Die Münchener Stadtverwaltung brauchte daher auch nicht auf teureres weltliches Pflegepersonal zurückzugreifen.

---

<sup>798</sup> Berlin, BAArch, R 1501, 111842, Bl. 138a-140b, Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums des Königlichen Hauses und des Äußern an das Reichsamt des Innern vom 13.02.1904.

<sup>799</sup> Vgl. zur katholischen Ordenstätigkeit in Bayern: EDER (1997), "Helfen macht nicht ärmer". Von der kirchlichen Armenfürsorge zur modernen Caritas in Bayern.

<sup>800</sup> CYPRIAN (1896), Wohlthätigkeits-Statistik, S. 8.

Damit war das weitere Vorgehen Bayerns vorgezeichnet: Im Ausschuß VI für Heilwesen des Reichsgesundheitsrates, der am 2. August 1904 die Abstimmung unter den Landesregierungen vornahm, fehlte der bayerische Vertreter. Bei der entscheidenden Abstimmung im Bundesrat enthielt sich der bayerische Vertreter auf Weisung seiner Regierung<sup>801</sup> am 22. März 1906 der Stimme.<sup>802</sup>

Was sprach für die völlige Ausschaltung des Reichstags aus dem Entscheidungsprozeß? Erstens hätte die Gesetzgebung auf das niedere Heilpersonal insgesamt ausgedehnt werden können und dadurch eine "nicht unerhebliche Verzögerung erfahren". So lautete Posadowskys interne Begründung. Schwerwiegender wäre allerdings gewesen, daß der Reichstag sich kaum damit begnügt hätte, über ein Befähigungszeugnis zu entscheiden. Das Gesetzgebungsverfahren hätte die Möglichkeit geboten, die Debatte von den fachlichen und berufspolitischen auf die sozialen Aspekte auszuweiten und über eine Änderung der Reichsgewerbeordnung Mindeststandards für die Arbeitsbedingungen, beispielsweise die Höchstdauer der Tages- und Wochenarbeitszeit sowie ein Verbot der Weiterarbeit nach Nachtdiensten, zu beantragen. Es hätte dann nicht mehr im Ermessen von Landesregierungen, Behörden und Krankenhausträgern gelegen, diese Bedingungen festzulegen. Angesichts der offenkundigen Mißstände im Krankenpflegewesen wäre mit einer Reichstagsmehrheit für die Aufnahme sozialer Schutzmaßnahmen in einen Gesetzestext zu rechnen gewesen. Eine Gesetzesvorlage des Reichstags mit sozialen Komponenten und dadurch entstehenden Folgekosten für den preußischen Staat wäre jedoch schon allein am Widerstand des preußischen Finanzministeriums im Bundesrat gescheitert. Hätte der Bundesrat dann auf Betreiben Preußens einen vom Reichstag verabschiedeten Gesetzentwurf abgelehnt, wäre mit einem massiven Gesichtsverlust zu rechnen gewesen. Ein Reichsgesetz hätte zudem auch für Bayern bindende Wirkung gehabt, doch es hätte aus preußischer Sicht politisch wenig Sinn gemacht, aufgrund einer politisch so

---

<sup>801</sup> Persönlich hätte der bayerische Vertreter gerne dem Beschluß zugestimmt und wurde im Bundesrat auch von mehreren Seiten zur Zustimmung gedrängt. Er hatte diesbezüglich nochmals in München interveniert, doch keine anderslautende Weisung erhalten. Vgl. München, Bayerisches Hauptstaatsarchiv [im folgenden: München, BayHStA], MA 93268a, Schreiben des Bundesratsbevollmächtigten von Herrmann an das Bayerische Innenministerium vom 10.03.1906.

<sup>802</sup> München, BayHStA, MA 93268a, Ausschnitt aus den Aufzeichnungen des K. Gesandten in Berlin zur Tagesordnung des Bundesrathes für die Plenar-Sitzung am Donnerstag den 22. März 1906.

nachrangigen Angelegenheit wie der Krankenpflege die bayerische Regierung zu brüskieren.

So entschied die Reichsregierung spätestens im Jahr 1905, daß die Krankenpflege nicht durch ein Reichsgesetz reformiert werden sollte. Das weitere politische Vorgehen stand daher unter dem Vorzeichen, dem Krankenpflegepersonal keinen gesetzlichen Schutz oder verbrieft Arbeitnehmersrechte zuzugestehen, sondern lediglich gegebenenfalls auf dem Verordnungsweg gegen Mißstände vorzugehen. Eine bis zum Ausbruch des 1. Weltkriegs erfolgreiche Hinhaltetaktik im Reichstag war damit vorgezeichnet.

Im Jahr 1908 stand die Beratung über eine Novelle der Reichsgewerbeordnung zur gewerblichen Frauenarbeit im Zuge des Arbeiterinnenschutzes in den Fabriken an. Die für die Vorbereitung zuständige Kommission aus Abgeordneten, Bevollmächtigten zum Bundesrat und vom Bundesrat ernannten Kommissaren dehnte die Ausnahmebestimmungen einstimmig auf "Heilanstalten und Genesungsheime" aus.<sup>803</sup> Die Novelle vom 18. Dezember 1908 begrenzte die tägliche Arbeitszeit für Frauen auf 10 Stunden,<sup>804</sup> während die Krankenpflege von dieser Schutzbestimmung ausgenommen blieb. Ein Kommissionsantrag mit dem Ziel, über einen baldigen Gesetzentwurf die Arbeitsverhältnisse der in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, Heilstätten und Genesungsheimen beschäftigten Personen zu regeln,<sup>805</sup> wurde durch eine Resolution des Reichstags am 4. Dezember 1908 bekräftigt.<sup>806</sup> Doch die Umsetzung dieser Resolution wurde auf die lange Bank geschoben.

Die Reichsregierung nutzte die mangelnde statistische Erfassung des Pflegepersonals als Argument für ihre Untätigkeit. Vom Beschluß des Bundesrates am 17. Dezember 1908 bis zur Durchführung der Umfrage über das Personal an den Heilanstalten am 15. August 1910 vergingen bereits mehr als eineinhalb Jahre. Bis zur Veröffentlichung der preußischen

---

<sup>803</sup> Aktenstück Nr. 1050. In: Verhandlungen des Reichstags. XII. Legislaturperiode. I. Session. Band 250. Anlagen zu den Stenographischen Berichten, S. 5961.

<sup>804</sup> LAMPERT/ALTHAMMER (2007), Lehrbuch der Sozialpolitik, S. 87.

<sup>805</sup> Aktenstück Nr. 1050. In: Verhandlungen des Reichstags. XII. Legislaturperiode. I. Session. Band 250. Anlagen zu den Stenographischen Berichten, S. 5919.

<sup>806</sup> Am 4. Dezember 1908 nahm der Reichstag eine Resolution an, "die verbündeten Regierungen zu ersuchen, tunlichst bald einen Gesetzentwurf vorzulegen, durch welchen die Arbeitsverhältnisse der in privaten und öffentlichen Krankenanstalten beschäftigten Pfleger und Pflegepersonen geregelt werden." Vgl. Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 01.02.1913, S. 3457.

Ergebnisse<sup>807</sup> und – laut Mitteilung der Reichsregierung – der Vorlage des Materials beim Reichskanzler im November 1912<sup>808</sup> waren dann fast vier Jahre vergangen.

Bis zum 1. Weltkrieg blieb die Krankenpflege auf der Tagesordnung des Reichstags. Von liberaler Seite mahnte der Reichstagsabgeordnete Mugdan immer wieder Handeln der Regierung an. 1909 mahnte er eine Pensionsversicherung für Krankenpflegerinnen an,<sup>809</sup> und 1911 erinnerte er daran, daß Graf von Posadowsky-Wehner ihm bereits 1905 einen Gesetzesentwurf versprochen habe.<sup>810</sup>

1912 wurde von liberaler Seite ein Resolutionsentwurf eingebracht, der auch die Mehrheit des Reichstags fand:

"Der Reichstag wolle beschließen: die verbündeten Regierungen zu ersuchen, tunlichst bald einen Gesetzentwurf vorzulegen, durch welchen die Arbeitsverhältnisse der in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, Heilstätten und Genesungsheimen sowie in der privaten Krankenpflege beschäftigten Personen geregelt werden."<sup>811</sup>

Diese Resolution definierte lediglich den Bereich der angestrebten Gesetzgebung. In einer Ausweitung der Resolution von 1908 sollte auch die private Krankenpflege gesetzlich geregelt werden. Allerdings enthielt sich der liberale Resolutionsentwurf – wie auch die nachfolgende Resolution von 1914 – jeglicher inhaltlicher Vorgaben. Dies sahen die Sozialdemokraten anders.

Nachdem die Sozialdemokraten 1907 mit 43 Sitzen nur 10,8% der Reichstagsmandate erhalten hatten, waren es nach der gewonnenen Wahl von 1912 mit 110 Sitzen 27,7%.<sup>812</sup> Otto Antrick wurde nach seinem Ausscheiden 1903 im Jahr 1912 erneut in den Reichstag gewählt und nahm sein Herzensanliegen wieder auf. 1913 kritisierte er verbittert die Untätigkeit der Regierung über ein Jahrzehnt: gut ausgebildetes Pflegepersonal werde durch die verheerenden Arbeitsbedingungen aus den Heilanstalten hinausgetrieben.<sup>813</sup>

---

<sup>807</sup> BEHLA (1911/1912), Die Arbeits- usw. Verhältnisse der in Heilanstalten des preussischen Staates im Krankenpflegedienste beschäftigten Personen, S. 601-628.

<sup>808</sup> Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 28.01.1913, S. 3307.

<sup>809</sup> Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 19.02.1909, S. 6927.

<sup>810</sup> Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 18.03.1911, Rede Otto Mugdan, S. 5115C.

<sup>811</sup> Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 20.03.1912, S. 876C.

<sup>812</sup> LAMPERT/ALTHAMMER (2007), Lehrbuch der Sozialpolitik, S. 65, Tab. 3.1.

<sup>813</sup> Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 28.01.1913, S. 3314.

Während zwischen 1900 und 1903 soziale Forderungen im Vordergrund gestanden hatten, thematisierte Antrick 1913 und 1914 auch gewerkschaftliche Forderungen zur Ausgestaltung des Krankenpflegeberufs. Er forderte eine obligatorische Ausbildung und Prüfung in der Krankenpflege auf reichsgesetzlicher Grundlage und die Unterstellung des gesamten Personals unter die Reichsgewerbeordnung.<sup>814</sup> Eine gegenüber dem Vorjahr abgeschwächte Resolution der Sozialdemokraten forderte 1914 die Festsetzung einer zwölfstündigen Dienstzeit, also die Einführung von Tag- und Nachtschicht, eine Mindestruhezeit von 24 Stunden einmal pro Woche, Beseitigung des Kost- und Logiszwangs in der Anstalt, soweit nicht unüberwindliche Hindernisse dem im Wege standen.<sup>815</sup> Allerdings zeigte sich, daß die bürgerlichen Parteien nicht bereit waren, konkrete Forderungen der Sozialdemokraten in Resolutionen zu unterstützen. Wie im Vorjahr wurde der Antrag abgelehnt.

Noch im Februar 1914 bezeichnete der Staatssekretär des Innern, Klemens Delbrück (1856-1921), Beschwerden häufig als grundlos, auf Übertreibungen beruhend, oder als Verallgemeinerungen einzelner Fälle, die nicht ausreichten, ein so negatives Urteil zu fällen.<sup>816</sup> Er brachte erneut seine Bedenken, das Krankenpflegepersonal den Bestimmungen der Gewerbeordnung zu unterstellen, zum Ausdruck<sup>817</sup> und zählte Empfehlungen der Reichsregierung an die Landesregierungen zur Vermeidung übermäßiger Arbeitsbelastung auf.<sup>818</sup> Diese hätten teils im Aufsichtswege, teils durch Einwirkung auf die kirchlichen Organe versucht, diese Maßnahmen zu verwirklichen. Es werde gegenwärtig von den Bundesregierungen geprüft, ob auf diesem Wege weitere Erfolge zu erreichen seien, ohne daß es eines Eingreifens der Gesetzgebung bedürfe. Er schloß mit den Worten:

"Ich glaube, ich kann mich weiterer Ausführungen enthalten, um zu beweisen, daß der von dem Herrn Abgeordneten Antrick und seinen politischen Freunden empfohlene Weg, in dieser Sache durch die Gesetzgebung regulierend einzugreifen, unzweckmäßig bzw. nicht gangbar ist."<sup>819</sup>

---

<sup>814</sup> Vgl. auch HELMERICHS (1992), Krankenpflege im Wandel, S. 117.

<sup>815</sup> Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 09.02.1914, S. 7438.

<sup>816</sup> Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 09.02.1914, S. 7150.

<sup>817</sup> Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 09.02.1914, S. 7150.

<sup>818</sup> Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 09.02.1914, S. 7151.

<sup>819</sup> Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 09.02.1914, S. 7151.

Auch in den Reihen der bürgerlichen Parteien wurde politischer Handlungsbedarf gesehen, wie der Nationalliberale Fritz van Calker (1864-1957) 1913 im Reichstag betonte: Das Material der Umfrage von 1910 zeige mit erschreckender Deutlichkeit die Notwendigkeit einer baldigen Regelung.<sup>820</sup> Er kritisierte die berufsfremde Verwendung von Krankenpflegepersonal und schloß mit den Worten:

"Viel zu lange schon hat die Gesetzgebung gezögert, hier energisch vorwärts zu gehen. Wir treiben heute Raubbau an dem besten Material, das wir haben, und es ist eine schwere Schuld, die hier auf uns lastet, und die wir abzutragen haben."<sup>821</sup>

Die von ihm 1914 eingebrachte Resolution wurde vom Reichstag einstimmig angenommen. Sie ersuchte den Reichskanzler,

"die Arbeits- und Rechtsverhältnisse des in privaten und öffentlichen Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten beschäftigten, wie des selbständigen in der Privatpflege tätigen Krankenpflegepersonals durch Aufstellung einheitlicher Grundsätze zu regeln, und zwar, soweit dies nicht auf dem Wege der Reichsgesetzgebung oder durch Bundesratsverordnung geschehen kann, durch Vereinbarung zwischen den Regierungen der Einzelstaaten".<sup>822</sup>

Gegenüber der bürgerlichen Resolution von 1912, die einen baldigen Gesetzentwurf gefordert hatte, hatte der Reichstag seine Ansprüche damit noch heruntergeschraubt. Die Resolution dokumentiert die Schwäche des Reichstags, der der Verzögerungstaktik der Regierung keine wirksamen Maßnahmen entgegensetzen konnte. Wie lange diese ohne den Ausbruch des 1. Weltkriegs weitergegangen wäre oder Erfolg gehabt hätte, muß dahingestellt bleiben.

Regelungen zu Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen sollten nach dem Willen der preußischen Regierung nicht durch die Einführung von Arbeitnehmerrechten, sondern durch behördliche Verordnungen eingeführt werden. Zur Abschaffung von Mißständen verfügte der Regierungspräsident von Potsdam 1910 die Einführung von Ordnungen, die den Tagesdienst der Pflegeschwestern genau regelten. Die Schwestern sollten unter Abrechnung der Pausen für Mahlzeiten nicht länger als 10 bis 10 1/2 Stun-

---

<sup>820</sup> Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 28.01.1913, S. 3297.

<sup>821</sup> Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 28.01.1913, S. 3298.

<sup>822</sup> Resolution Dr. van Calker zum Etat für das Reichsamt des Innern für 1914. In: Verhandlungen des Reichstags. XIII. Legislaturperiode. I. Session. Band 296. Sachregister zu den stenographischen Berichten und den Anlagen. Berlin: Druck und Verlag der Norddeutschen Buchdruckerei und Verlags-Anstalt, 1914, S. 9431.

den in der Berufsarbeit stehen, an Sonntagen sollte die Arbeitszeit erheblich eingeschränkt werden oder Erholungsstunden an einem Wochentag geschaffen werden. Jährlich solle eine "angemessene Urlaubszeit" gewährt werden. Von schweren Arbeiten wie Scheuerarbeiten in Krankensälen, auf Korridoren und auf Treppen sollten sie verschont werden. Lernschwestern, die theoretischen Unterricht genossen, sollte die erforderliche freie Zeit zur Aneignung des Lehrstoffs gewährt werden.

Zwei Passagen der Verfügung lassen allerdings erkennen, daß keineswegs mit großer Schärfe vorgegangen werden sollte. Zum einen wurden die Klagen der Schwestern relativiert:

"Soweit entsprechende Klagen von pflegenden Schwestern geäußert werden, wird es sich zwar meist um Schwestern handeln, welche ihrem Beruf nicht voll gewachsen sind und welche namentlich der dafür erforderlichen Entscheidungsfähigkeit entbehren."<sup>823</sup>

Zum zweiten setzte der Regierungspräsident auf interne Regelungen vor Ort:

"Eine solche Regelung hat zur Voraussetzung, einerseits, daß eine genügende Zahl von Schwestern und von Untersonal für das einzelne Haus zur Verfügung gestellt werden, andererseits aber, daß die Herren Anstaltsärzte sich mit Krankenvisiten und Operationen – natürlich von dringenden Ausnahmefällen abgesehen – an feste mit der Tagesordnung der Schwestern in Einklang stehende Stunden binden. Ich hege das Vertrauen, daß die Herren Anstaltsärzte, deren Sorge für das Wohl der Schwestern ich oft mit Freude beobachtet habe, sich diese Beschränkung stets willig auferlegen und daß die Träger der Unterhaltungslast, namentlich dann, wenn es sich um leistungsfähige Kommunalverbände handelt, die für die Einstellung einer genügenden Zahl von Krankenschwestern und Untersonal erforderlichen Mittel bereitwillig zur Verfügung stellen werden. An der Bereitwilligkeit der Mutterhäuser, eine genügende Zahl von Schwestern zu entsenden, wird nicht zu zweifeln sein."<sup>824</sup>

Von Seiten der Regierung, Verwaltung und Krankenhausleitungen wurde gegen die den Sozialdemokraten nahestehenden Gewerkschaftsverbände vorgegangen. Antricks Sympathisanten mußten mit Repressalien wie sofortiger Entlassung rechnen.<sup>825</sup> In Ostpreußen erließ der Landeshaupt-

---

<sup>823</sup> Verfügung des Regierungspräsidenten in Potsdam, betr. die Regelung des Tagesdienstes der Pflegeschwestern in Krankenhäusern, vom 17. Oktober 1910, S. 89.

<sup>824</sup> Verfügung des Regierungspräsidenten in Potsdam, betr. die Regelung des Tagesdienstes der Pflegeschwestern in Krankenhäusern, vom 17. Oktober 1910, S. 89.

<sup>825</sup> Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 23.02.1903, S. 8125: "Mir sind ja derartige Verbote nichts Neues; ist doch schon im vorigen Jahr dem Pflegepersonal in der Königlichen Klinik angedroht worden: wenn einer in eine der Versammlungen geht,

mann 1913 eine Verfügung gegen das Koalitionsrecht des Pflegepersonals.<sup>826</sup> Angesichts dieses innenpolitischen Klimas lag es auf der Hand, daß Reformbestrebungen der preußischen und der Reichsregierung die Interessen des Wartepersonals in keiner Weise berücksichtigen würden.

#### *II.9.4. Vor den Entscheidungen auf Reichsebene: gesetzgeberische Vorarbeiten zwischen 1900 und 1903*

Während im Reichstag eine erfolgreiche Abwiegungs- und Verzögerungstaktik stattfand, wurde im preußischen Kultusministerium bis Dezember 1903 ein Entwurf für eine staatliche Krankenpflegeprüfung erarbeitet. Zudem gab es Pläne, staatlich anerkanntem Krankenpflegepersonal soziale und berufsrechtliche Vergünstigungen zu gewähren. Drei Merkmale des Entwurfs<sup>827</sup> für eine Krankenpflegeprüfung fallen dabei besonders ins Auge:

Erstens trug der Entwurf dem Anliegen von Staat und Ärzteschaft, dem Pflegepersonal einen genau umrissenen Platz zuzuweisen und dieses zu kontrollieren, auf mehrfache Weise Rechnung. Bei der Meldung zur Prüfung mußte die Krankenhausleitung einschließlich des zuständigen Arztes, wenn dieser dort nicht vertreten war, nicht nur entsprechende Leistungen, sondern auch devotes Verhalten bescheinigen. Zur Kontrolle des "freien" Krankenpflegepersonals war vor Aufnahme einer bezahlten Tätigkeit eine persönliche Meldung beim Kreisarzt vorgesehen, ebenso eine Vorlage des Pflegebuchs alle zwei Jahre bei ihm. Die Abhaltung der Prüfung durch Ärzte war im Entwurf festgeschrieben. Unbotmäßigkeit gegenüber dem Arzt bzw. "Kurpfuscherei" wurden als Gründe für eine mögliche Entziehung des Zeugnisses genannt.

Zweitens wollte das preußische Kultusministerium die Krankenpflege als "christliche Liebestätigkeit" erhalten. Dies zeigt eine Klausel, die die christliche Ethik das Fundament für den Krankenpflegeberuf betont: "Zur Prüfung werden nur über 21 Jahre alte Deutsche-Reichsangehörige zugelassen, welche einer staatlich anerkannten Religionsgesellschaft angehören." Bei der Bewerbung zur Zulassung war ein nicht über zwei Jahre altes

---

in denen Antrick spricht, dann fliegt er auf die Straße! Das ist so die bekannte Liebe für die Arbeiter, die die preußische Regierung immer bethätigt hat." Vgl. Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 23.02.1903, S. 8128; FRIEDRICH-SCHULZ (1928), Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 30f.

<sup>826</sup> FRIEDRICH-SCHULZ (1928), Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 30f.

<sup>827</sup> Berlin, GStA, Rep. 76 VIII B, Nr. 1550, Bl. 232a-241a, Prüfung als Krankenpfleger(in) [Entwurf].



Taufzeugnis beizulegen. Mittelbar war diese Passage gleichzeitig gegen die Sozialdemokratie gerichtet, zumal die Entfremdung der Arbeiter vom christlichen Glauben und der Kirche in einer Fülle zeitgenössischer Äußerungen dokumentiert wird.<sup>828</sup> Diese Klausel ließ sich im weiteren Gesetzgebungsverfahren nicht halten.

Drittens sollte ein mehrstufiges Examen sowohl einen Mindeststandard sichern als auch Anreize für eine Weiterqualifikation setzen. Die Qualifikationsanforderungen beruhten auf Vorschlägen von Rudolf Salzwedel, der als Lehrer an der Krankenpflegeschule an der Charité auch das dortige Lehrbuch mehrfach auf den neuesten Stand brachte. Gefordert wurden grundlegende anatomische und physiologische Kenntnisse, ärztliche Hilfsleistungen, Hygiene, Asepsis und Antisepsis. Nachzuweisen war pflegerische Tätigkeit sowohl auf einer inneren als auch einer chirurgischen Abteilung. Statt letzterer sollte auch eine frauenärztliche oder geburthilfliche Abteilung akzeptiert werden.

Fakultativ konnte eine Prüfung in der Massage mit abgelegt werden, was dann zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung berechtigen sollte. Ein zweites Examen sollte nach Ablauf von drei Jahren nach der ersten Prüfung abgelegt werden können. Dieses sah die Weiterqualifizierung zum Stationspfleger vor. Der Prüfling sollte unter anderem Grundzüge der Krankenhausverwaltung und der Krankenhaushygiene, kompliziertere Schienen, Krankenpflegeapparate und Krankentransportmittel kennen, zudem Hilfeleistungen beim Röntgen und im Labor beherrschen.

Eduard Dietrich verfolgte zudem Pläne, die den Krankenpflegeberuf attraktiver machen und gleichzeitig die "sittliche Zuverlässigkeit" des Pflegepersonals garantieren sollten. Dies war aus seiner Sicht ohne die Bindung an eine Vereinigung nicht gewährleistet. So stellte er dem "freien" Krankenwärterstand sein genossenschaftliches Modell der Krankenpflege entgegen. Auch die Ausbildung über Genossenschaften war für Eduard Dietrich ein Ausweg aus dem Dilemma, daß ein staatliches Examen und eine staatliche Anerkennung ipso facto die Anerkennung als Beruf beinhalteten. Als Problemgruppe sah er insbesondere die männlichen Wärter an. Hier diagnostizierte er einen Mangel an Schulen, da er die katholischen und evangelischen Brüderanstalten für zu gering an Zahl, nicht überall auf die Krankenpflege ausgerichtet und aufgrund des Mutter-

---

<sup>828</sup> Vgl. RITTER (1996), Arbeiter, Arbeiterbewegung und soziale Ideen in Deutschland, S. 72.

hauszwangs für unattraktiv hielt.<sup>829</sup> Zielgruppe waren gebildete Männer aus besseren Familien, denen, so sein Vorschlag, eine einigermaßen gesicherte und ihrer Bildung entsprechende Stellung in Aussicht gestellt werden mußte. Deshalb sollten Pflegerschulen an staatlichen Krankenhäusern eingerichtet oder zumindest Pflegerschulen staatlicherseits subventioniert werden. Die Abschlußprüfung sollte zur staatlichen Anerkennung führen. Auch die Möglichkeit zur Spezialisierung – auf chirurgische Krankenpflege, Massage, Irren- und Idiotenpflege – sollte geboten werden. Wenn die Ausbildung in einem staatlich subventionierten Verband stattfand, sollte eine fünfjährige Bindung an den Verband die Folge sein. Vorzugsweise sollten die Rot-Kreuz-Vereine einbezogen werden. Mitgliedschaft im Verband sollte sich lohnen: Pensionsregelungen sollten die Mitgliedschaft im Verband zur Voraussetzung machen.<sup>830</sup>

Eine wichtige Komponente war, genügend Lohn und eine soziale Absicherung zu gewähren. Dietrich rechnete mit 600 bis 1.200 Mark pro Jahr, steigend je nach dem Dienstalder, nebst freier Station und Pensionsberechtigung. Für den Fall der Verheiratung sollte der Lohn auf 900 bis 1.500 Mark pro Jahr nebst freier Wohnung und Pensionsberechtigung steigen. Der Staat sollte an den Staatsanstalten mit gutem Beispiel vorangehen. Eine Vorschrift, daß alle städtischen und Privatanstalten für 10 oder mehr männliche Kranke eine entsprechende Zahl an staatlich ausgebildeten und geprüften Pflegern einstellen müßten, würde nach Dietrichs Einschätzung zu einem zufriedenstellenden Andrang an diese Krankenpflegeschulen führen.<sup>831</sup>

Auf Betreiben des Reichsamts des Innern verzichtete das preußische Kultusministerium auf einen präjudizierenden landesrechtlichen Alleingang. Die starke Stellung des Kaiserlichen Gesundheitsamts wurde dadurch unterstrichen, daß der Direktor der Medizinischen Abteilung, der Arzt Edgar Wutzdorff (1855-nach 1908),<sup>832</sup> als Referent die Federführung für das Gesetzesvorhaben übernahm. Eduard Dietrich fungierte als Koreferent, so daß das Reformvorhaben von Kaiserlichem Gesundheitsamt und preußischem Kultusministerium gemeinsam vorangetrieben wurde.

---

<sup>829</sup> DIETRICH, Bericht über das Pflegepersonal in den preußischen Krankenanstalten vom 06.10.1900, S. 22.

<sup>830</sup> DIETRICH, Bericht über das Pflegepersonal in den preußischen Krankenanstalten vom 06.10.1900, S. 22f.

<sup>831</sup> DIETRICH, Bericht über das Pflegepersonal in den preußischen Krankenanstalten vom 06.10.1900, S. 24.

<sup>832</sup> Zur Funktion Wutzdorffs vgl. SARETZKI (2000), Reichsgesundheitsrat und Preußischer Landesgesundheitsrat in der Weimarer Republik, S. 24.

### *II.9.5. Der Weg des Reformpakets durch Reichsgesundheitsrat und Bundesrat*

Der im Kaiserlichen Gesundheitsamt erstellte Entwurf wurde am 23. August 1904 im Ausschuß VI für Heilwesen des Reichsgesundheitsrats beraten. Vertreten waren außer Wutzdorff und Dietrich Ärzte des Kriegsministeriums und Medizinalbeamte der größeren Länder, also die Exekutive der Landesregierungen. Gleichzeitig waren die Ärzte als Berufsstand unter sich, und es ging bei der Ausgestaltung der Anforderungen an die Krankenpflege um einen Kompromiß zwischen verschiedenen ärztlichen Positionen, während Interessen des Krankenpflegepersonals so gut wie keine Rolle spielten. Der nicht in Frage gestellte Grundkonsens lautete, die Krankenpflege als ärztlichen Hilfsberuf zu normieren. Bei den Formulierungen wurde daher genau darauf geachtet, klarzustellen, daß die Therapie nur dem Arzt zustehe und dem Krankenpflegepersonal als ausführendem Organ des Arztes ein eng umgrenzter Kompetenzbereich zukomme. So wurde der Passus, der Schüler solle darüber belehrt werden, "auf welche Weise" er die von ihm beobachteten Leiden vorläufig lindern könne, zu "durch welche Handreichungen" geändert.<sup>833</sup>

In der Frage nach dem Niveau der Anforderungen traten erhebliche Differenzen zwischen dem preußischen Kultusministerium und dem Kriegsministerium zutage. Als Gegenspieler des Kultusministeriums versuchte das Kriegsministerium, die Anforderungen an eine staatliche Prüfung möglichst zu drücken. Es legte größten Wert auf Fertigkeiten und auf praktisches Handeln. Dagegen war die Vermittlung von medizinischen Zusammenhängen und theoretischem Hintergrundwissen aus Sicht der Militärärzte nicht erwünscht. Diese hatten die Ausbildung in der Armee vor Augen: Die erste Ausbildung von Sanitätssoldaten sah einen sechsmonatigen Unterricht in Sanitätsschulen vor.<sup>834</sup> Es gab ein eigenes Krankenpflegelehrbuch für die Armee, das "Unterrichtsbuch für Sanitätsmannschaften"<sup>835</sup> von 1902, das handlungsorientiert und deutlich knapper war als das von Rudolf Salzwedel bearbeitete Krankenpflegelehrbuch an der Charité von 1904.

Der Vertreter des Kriegsministeriums, Generalarzt Schjerning, hielt Salzwedels Krankenpflegelehrbuch für zu anspruchsvoll und setzte gegen-

---

<sup>833</sup> Berlin, BArch, R 1501, 111842, Niederschrift über die Beratung des Ausschusses des Reichs-Gesundheitsrats für Heilwesen ... über einen Entwurf von Grundsätzen, betreffend die Hebung des Krankenpflegewesens vom 02.08.1904, Bl. 354a-383a, hier Bl. 362a.

<sup>834</sup> Unterrichtsbuch für Sanitätsmannschaften (1902), S. 4.

<sup>835</sup> Unterrichtsbuch für Sanitätsmannschaften (1902).

über dem vorgelegten Entwurf geringere Anforderungen durch. Dietrich hatte argumentiert, man müsse dem Krankenpflegepersonal genauso wie den Hebammen beibringen, was Bakterien seien und wie sie aussähen.<sup>836</sup> Statt "Die Eigenarten der ansteckenden Krankheiten sind eingehend zu erläutern" wurde jedoch lediglich "Auf die Verbreitungsarten der ansteckenden Krankheiten ist einzugehen" in den Text aufgenommen. Schjerning sah die Ausdehnung des Unterrichts auf solche theoretischen Gebiete als nicht zweckmäßig an. Er begründete dies damit, man müsse sich vor allen Dingen hüten, dem Pflegepersonal zu viel Wissenschaft einzutrichtern. Es werde doch nur Verwirrung dadurch geschaffen, wenn man zum Beispiel nach dem Lehrbuch von Rudolf Salzwedel einem Krankenpfleger beibringen wolle, wie eine Blasenblutung von einer Nierenblutung zu unterscheiden sei.<sup>837</sup>

Auf Schjernings Antrag hin wurde auch in den Entwurf aufgenommen, daß die Ausbildung in der Krankenpflege eine "vorwiegend praktische" sein solle. Sein Kollege Schultzen drängte darauf, daß "nur das absolut Notwendige" geprüft werde. Sein Zusatzantrag, die Prüfung solle dem allgemeinen Bildungsstand der Prüflinge angepaßt sein, wurde aufgenommen.<sup>838</sup> Auch dies bedeutete eine Abwertung des Examens, da als Zugangsvoraussetzung lediglich Volksschulbildung oder eine gleichwertige Bildung aufgenommen wurde. Der Gesamtentwurf enthielt letztendlich Basisfertigkeiten, einen Minimalkatalog für Absolventen der Volksschule, abgestimmt auf das Dienstpersonal der niederen Schichten und keineswegs auf die Ansprüche eines "bürgerlichen Frauenberufs". Hinsichtlich der Dauer der Ausbildung verteidigte Dietrich gegen den Widerstand von Schjerning<sup>839</sup> eine Öffnungsklausel, die höhere Anforderungen erlaubte, indem eine Ausbildung von "mindestens" einem Jahr vorgesehen wurde.<sup>840</sup> Der Prüfungsumfang wurde jedoch gegenüber dem preußischen Entwurf von 1903 eingeschränkt. Die Stationspflegerprüfung fand nicht genügend Unterstützung für eine Beibehaltung im Entwurf. Außerdem wurde die Massage als zur Therapie gehörig gestrichen.<sup>841</sup>

Im Reichsgesundheitsrat wurde auch die alleinige ärztliche Prüfungs-kompetenz festgelegt. Der badische Vorschlag, die Oberin zur Prüfung

---

<sup>836</sup> Niederschrift ... über über einen Entwurf von Grundsätzen 02.08.1904, Bl. 362a.

<sup>837</sup> Niederschrift ... über über einen Entwurf von Grundsätzen 02.08.1904, Bl. 358b.

<sup>838</sup> Niederschrift ... über über einen Entwurf von Grundsätzen 02.08.1904, Bl. 375a.

<sup>839</sup> Niederschrift ... über über einen Entwurf von Grundsätzen 02.08.1904, Bl. 358b.

<sup>840</sup> Niederschrift ... über über einen Entwurf von Grundsätzen 02.08.1904, Bl. 365a.

<sup>841</sup> Niederschrift ... über über einen Entwurf von Grundsätzen 02.08.1904, Bl. 363.

hinzuziehen zu können, wurde nach heftiger Gegenrede von Wutzdorff und Dietrich in der Abstimmung abgelehnt.

Was die soziale Komponente der Krankenpflegereform betraf, beschloß der Reichsgesundheitsrat eine Privilegierung des staatlich geprüften Krankenpflegepersonals. Allerdings blieben die Grundsätze weitgehend unverbindlich. Es erfolgte keine Festschreibung einer geprüften Krankenpflegeperson auf eine bestimmte Anzahl Betten. Auch ausschließlich geprüftes Personal zu verwenden, wurde nicht empfohlen. So einigte man sich darauf, in staatlichen und kommunalen Heilanstalten für die feste Anstellung diplomiertes Krankenpflegepersonal vorzusehen. Es sei dafür zu sorgen, daß zur Krankenpflege eine der Größe und den sonstigen Verhältnissen des Krankenhauses entsprechende Anzahl diplomierten Krankenpflegepersonals verwendet werde. Es erscheine notwendig, diesen Personen ein aufsteigendes auskömmliches Gehalt und Aussicht auf Pension nach einer angemessenen Dienstzeit zu sichern."<sup>842</sup>

Bevor der im Reichsgesundheitsrat beratene Entwurf im Bundesrat eingereicht wurde, wurde der Wert des Krankenpflegeexamens noch weiter verringert. Dem Handlungsbedarf, durch die Prüfung möglichst eine Kontrolle des "freien" Krankenpflegepersonals zu erreichen, wurde dadurch Rechnung getragen, daß ausdrücklich die Möglichkeit, der geprüften Person das staatliche Zeugnis wieder zu entziehen, mit aufgenommen wurde. Der ursprünglich ins Spiel gebrachte Begriff "Diplom" fiel, nachdem Bedenken geltend gemacht worden waren, nach Auskunft von Juristen könne dieses bei unwürdiger Führung nicht entzogen werden.<sup>843</sup> In der Frage der Ausbildungsdauer setzte sich das Finanzministerium mit seinen Bedenken durch: Die Öffnungsklausel einer "mindestens" einjährigen Ausbildung wurde auf seinen Vorschlag gestrichen.<sup>844</sup>

Auch die soziale Komponente wurde faktisch bedeutungslos. Bis zum 22. Januar 1905 war der im Reichsgesundheitsrat beratene Entwurf so weit abgeändert, daß das Finanzministerium seine Bedenken zurückstellte.

---

<sup>842</sup> Niederschrift ... über über einen Entwurf von Grundsätzen 02.08.1904, Bl. 346b-347a.

<sup>843</sup> Berlin, BArch, R 1501, 111842, Niederschrift über die Besprechung, betreffend über die Einführung einer staatlichen Prüfung für Krankenpfleger vom 29.11.1904 im Reichsamt des Innern. Bl. 413-418, hier Bl. 414.

<sup>844</sup> Berlin, GStA, PK, I. HA, Rep. 151 IC, Nr. 8940, Bundesrat, Drucksache Nr. 101, Session 1905 vom 27.06.1905, handschriftliche Notiz auf diesem Schreiben: "Gegen den Entwurf werden diesseits mit Erfolg Einwendungen nicht erhoben werden können. Bei der jetzigen Neuredaktion ist in Berücksichtigung des diesseitigen Vorschlages in § 5 Ziff. 5 das Wort "mindestens" vor "einjähriges" gestrichen worden."

In der gegenwärtigen Form, so die handschriftliche Notiz, könne nicht mit Erfolg Widerspruch erhoben werden, wengleich die Befürchtung bestehe, daß nach Einführung der Prüfung – was jetzt in Abrede gestellt werde – finanzielle Ansprüche erhoben würden.<sup>845</sup> Die Klausel lautete schließlich, daß "soweit angängig, durch entsprechende Festsetzung ihrer Bezüge denjenigen Krankenpflegern eine besondere Berücksichtigung zuteil" werden sollte, die einen Befähigungsnachweis besaßen. So war lediglich eine unverbindliche Gehaltsempfehlung übriggeblieben und von einer Pensionsregelung nicht mehr die Rede.

Mit Schreiben vom 27. Juni 1905 leitete der Staatssekretär des Innern, Graf von Posadowsky-Wehner, dem Bundesrat den "Entwurf von Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen" zu. Nach Beratungen in den Ausschüssen IV und VI wurde der Entwurf dem Plenum des Bundesrats zur Beschlußfassung zugeleitet. Gegenüber dem Entwurf stärkte der Bundesrat nochmals die Stellung der Krankenpflegegenossenschaften. Staatlich anerkanntes Krankenpflegepersonal sollte nur dann bevorzugt in staatlichen und kommunalen Krankenhäusern eingesetzt werden, sofern nicht eine staatlich anerkannte Genossenschaft vertreten war. Mit dem Bundesratsbeschluß vom 22. März 1906 war der Weg für einen Erlaß auf Landesebene frei. Die allgemein gehaltenen Grundsätze des Bundesrats bildeten den Rahmen, während die Ausgestaltung von den Festlegungen auf Landesebene abhing. Kein Land war gezwungen, das staatliche Examen auch tatsächlich einzuführen.<sup>846</sup>

#### *II.9.6. Die Umsetzung des Bundesratsbeschlusses in Preußen durch Einbeziehung von Kommunen und Verbänden*

Nach der Verabschiedung des Bundesratsbeschlusses kam es für das preußische Kultusministerium darauf an, den begrenzten Handlungsspielraum für die Einführung des Krankenpflegeexamens so gut wie möglich zu nutzen. Gegenüber der Öffentlichkeit argumentierte es, ein obligatorisches Krankenpflegeexamen hätte den Grundsatz der in der Reichsgewerbe-

---

<sup>845</sup> Berlin, GStA, PK, I. HA, Rep. 151 IC, Nr. 8940, Schreiben des Reichsamts des Innern an den preußischen Finanzminister vom 22.01.1905. Handschriftlicher Vermerk: "Die gegen die früheren Vorschläge diesseits erhobenen Bedenken sind im wesentlichen beseitigt. In der gegenwärtigen Form wird diesseits mit Erfolg Widerspruch nicht erhoben werden können, wengleich die Befürchtung besteht, daß nach Einführung der Prüfung – was jetzt in Abrede gestellt wird – finanzielle Ansprüche erhoben werden." Vermerk: "Zu den Akten" vom 04.02.1905.

<sup>846</sup> München, BayHStA, MA 93268a, Schreiben des Bundesratsbevollmächtigten von Herrmann an das Bayerische Innenministerium vom 10.03.1906.

ordnung festgelegten Gewerbefreiheit durchbrochen. Analog zur Approbation als Arzt und mit Rücksicht auf die konfessionelle Krankenpflege sei das Examen daher als ein fakultatives konzipiert worden.<sup>847</sup> Da das Examen nur auf freiwilliger Basis abgelegt werden konnte, galt es, bei den Schwesternverbänden möglichst breit die Annahme des Krankenpflegeexamens zu erreichen. Gleichzeitig wurden die gewerkschaftlichen Verbände ausgegrenzt.

Das preußische Kultusministerium bereitete die Umsetzung des Bundesratsbeschlusses vor, indem es Erkundigungen über geeignete Ausbildungsstätten in den einzelnen Bezirken einzog. Entsprechend den im 19. Jahrhundert entwickelten Strukturen hatten neben der "freien Liebestätigkeit" die Kommunen die Hauptlast der staatlich anerkannten Ausbildungstätigkeit zu tragen. Die Bemühungen des Kultusministeriums konzentrierten sich insbesondere auf die Stadt Berlin und die in Aufbau befindlichen Akademien für praktische Medizin in Köln und Düsseldorf. Zur Konferenz am 23. März 1907 unter Leitung von Kultusminister Studt, die den Erlaß vom 10. Mai 1907 vorbereitete, wurden außer Regierungsvertretern und Vertretern der Schwesternverbände auch leitende Persönlichkeiten der Charité, der städtischen Berliner Krankenhäuser Moabit und Rudolf Virchow sowie der Medizinischen Akademien Köln und Düsseldorf eingeladen. Die drei Berliner Krankenhäuser gehörten dann auch zu den ersten, die staatlich anerkannt wurden. Insgesamt konnten im Zuge des Erlasses vom 10. Mai 1907 zunächst Prüfungsstationen in 60 vorwiegend kommunalen Krankenhäusern eingerichtet werden.<sup>848</sup> Auch an den beiden Akademien für praktische Medizin in Köln und Düsseldorf wurden Prüfungsstationen eingerichtet. In Köln gehörte die Ausbildung in der Krankenpflege bereits seit der Gründung 1904 zu den satzungsgemäßen Aufgaben, und es wurden Kurse für Krankenpflegepersonen in der Ausbildung an städtischen Krankenhäusern abgehalten.<sup>849</sup> Düsseldorf eröffnete 1907 die "Allgemeinen Städtischen Krankenanstalten" gleichzeitig mit

---

<sup>847</sup> DIETRICH (1907), Die Entwicklung der Krankenpflege und die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen, S. 37.

<sup>848</sup> Erlaß vom 10. Mai 1907, betreffend Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen. Anlage 3. Verzeichnis der Prüfungskommissionen gemäß § 2 der Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen vom 10. Mai 1907, S. 195-200.

<sup>849</sup> HOCHHAUS (1915), Die ersten zehn Jahre der Kölner Akademie für praktische Medizin, S. 9, S. 22.

der "Akademie für praktische Medizin" und einer Schule für Kranken- und Kinderkrankenpflege.<sup>850</sup>

Den Schwesternschaften des Roten Kreuzes wurde die Annahme des staatlichen Examens von Seiten von Ärzten des Zentralkomitees nachdrücklich empfohlen, und sie fügten sich diesem Wunsch.<sup>851</sup> Der Evangelische Diakonieverein und die B.O.K.D hatten das Examen befürwortet und keine Probleme damit, die staatlichen Vorgaben in ihre Ausbildung zu integrieren.<sup>852</sup> Das Kultusministerium sprach Agnes Karll das Vertrauen aus, für die Schwestern der B.O.K.D., die entsprechend der Übergangsregelung Anträge auf staatliche Anerkennung ohne Krankenpflegeprüfung gestellt hatten, die Vorprüfung der Anträge vorzunehmen.<sup>853</sup>

Für einen Erfolg der fakultativen Prüfung blieb als wesentlicher Schritt, die katholischen Orden und die Mutterhausdiakonie zur Annahme der staatlichen Prüfung zu bewegen. Die Verhandlungsposition des preußischen Kultusministeriums in der Frage der Durchsetzung des staatlichen Examens war nicht sonderlich stark. Die Krankenpflegeprüfung war freiwillig, so daß die konfessionelle Krankenpflege nicht zu ihrer Annahme gezwungen werden konnte. Des weiteren hatte die konfessionelle Krankenpflege von ihrem Anteil an der Versorgung der Bevölkerung her eine zahlenmäßig so starke Stellung, daß eine Annahme der Krankenpflegeprüfung für ihre Durchsetzung dringend geboten schien. Lediglich das Argument, nicht geprüftes Krankenpflegepersonal werde als minderwertig gelten und aus den staatlichen Krankenanstalten verdrängt werden, konnte ins Feld geführt werden. Hinzu kam das gemeinsame Interesse von preußischer Regierung und konfessionellen Verbänden, gewerkschaftlichen bzw. sozialdemokratischen Einfluß aus dem Gesundheitswesen so weit wie möglich herauszuhalten.

Zudem gab es bereits einen Präzedenzfall für eine Übereinkunft zwischen katholischer Kirche und preußischem Staat. Seit ihrer Einführung im Jahr 1894 war die staatliche Oberlehrerinnenprüfung in Preußen Vorbedingung für die Anstellung an öffentlichen höheren Mädchenschulen. Diese wurden auch von Ordensangehörigen abgelegt, und zur Vorbereitung

---

<sup>850</sup> JUNGHARDT (2000), Der Stellenwert der Krankenpflege im Sozialstaat der Weimarer Republik, S. 70f.

<sup>851</sup> Vgl. die Berichte der Schwesternschaften in KIMMLE (1910), Das Deutsche Rote Kreuz, Bd. 3.

<sup>852</sup> Der Evangelische Diakonieverein forderte 1914 die Verlängerung der Ausbildung auf zwei Jahre. Vgl. Berlin, BArch, R 1051, 111845, Bl. 143a-144b, Schreiben des Evangelischen Diakonievereins an den Bundesrat vom 04.02.1914.

<sup>853</sup> STICKER (1984), Agnes Karll, S. 162.



gab es hierfür ab 1899 Kurse.<sup>854</sup> Die hierbei getroffenen Maßnahmen konnten für das Krankenpflegeexamen als Vorbild dienen. Von Seiten des Kleurus wurde streng darauf geachtet, daß während des Studiums das katholische Milieu nicht verlassen wurde: Studiert wurde ausschließlich an der Universität Münster, und als Aufenthaltsort während des Studiums wurde eine von der Kirche zur Verfügung gestellte Unterkunft angewiesen.<sup>855</sup>

Aus kirchlicher Sicht ließen sich die staatlichen Maßnahmen als Maßnahme der Säkularisierung des Krankenpflegeberufs deuten. Der Staat schickte sich an, die fachlichen Anforderungen an das Krankenpflegepersonal zu definieren und die Krankenpflege so als eine berufliche Tätigkeit ohne die Komponente der christlichen Barmherzigkeit zu legitimieren. Die erste Reaktion der katholischen Orden – und in der Folge des preußischen Episkopats im Juli 1906 – war negativ. Das preußische Kultusministerium blieb jedoch hartnäckig und lud Vertreter der Ordenskrankenpflege zu der Sitzung am 23. März 1907 ein, die den entsprechenden Krankenpflege-Erlaß vorbereiten sollte.

Im Anschluß daran fanden die entscheidenden Verhandlungen statt, die zum Durchbruch und zu einer tragfähigen Übereinkunft führten. Am 9. April 1907 erklärte der Vorsitzende der Fuldaer Bischofskonferenz, Georg Kardinal Kopp, daß er die im Namen des preußischen Episkopats erhobenen Bedenken fallen lasse, die krankenpflegenden Ordenspersonen künftig der staatlichen Prüfung zu unterwerfen.<sup>856</sup> Es erscheint plausibel, daß nach Einschätzung des preußischen Kultusministeriums damit der Erlaß, der wenig später, am 10. Mai, veröffentlicht wurde, erfolgreich umgesetzt werden konnte. In welcher Weise war man also miteinander ins Geschäft gekommen?

Das wesentliche Zugeständnis bestand von Seiten des Staates darin, die Autonomie der katholischen Orden zu respektieren, also keine Maßnahmen zu treffen, die für die Autonomie der Orden oder die katholische Weltanschauung der Ordensmitglieder eine Gefahr darstellen könnte. Dies umfaßte die Gewähr, daß die eigenen Krankenanstalten der Orden als Krankenpflegestationen und Prüfungsstationen anerkannt würden. Unterricht

---

<sup>854</sup> Vgl. GATZ (1985), Akten der Fuldaer Bischofskonferenz III. 1900-1919. Anlagen zum Protokoll der Fuldaer Bischofskonferenz 1903, S. 51.

<sup>855</sup> Vgl. GATZ (1985), Akten der Fuldaer Bischofskonferenz III. 1900-1919. Anlagen zum Protokoll der Fuldaer Bischofskonferenz 1903, S. 51, Protokoll der Bischofskonferenz 1909, S. 130.

<sup>856</sup> Berlin, GStA, I. HA, Rep. 76 VIII B, Nr. 1551, Schreiben von Georg Kardinal Kopp an den Kultusminister vom 09.04.1907, 215a. Vgl. die Randnotiz über die mit Ehrenomherr P. Augustin, Breslau, geführten Verhandlungen.

ließ sich durch Anstaltsärzte durchführen, die vom Anstaltsvorstand bestimmt wurden. Das Ausstellen eines Leumundszeugnisses für die Prüfungen konnte durch die Ordensoberen erfolgen, und es wurden getrennte Prüfungen für Ordensangehörige, wenn das Examen in Prüfungsstationen stattfindet, die nicht zugleich Ordensanstalten seien, in Aussicht gestellt.

Damit hatte das Kultusministerium im Gegensatz zum seinem Entwurf von 1903 auf fachliche Vorgaben wie die Pflicht zur Rotation auf verschiedene Fachabteilungen – zum Beispiel innere und chirurgische Stationen – oder Vorschriften für das ärztliche Lehrpersonal verzichtet. Auch eine Festlegung, wann der jeweilige Unterricht zu erfolgen habe, gab es nicht. Die preußische Krankenpflegeprüfung von 1907 wurde als eine reine Ergebniskontrolle unter Nutzung und Anpassung bestehender, staatsferner, autonomer Ordensstrukturen eingeführt. Die ethische Schulung im Gewande der Formung zur Nonne verblieb bei den Verbänden. Konsequenterweise wurde auch von der Aufnahme ethischer Themen in den Lehrplan abgesehen und lediglich Verpflichtungen des Krankenpflegepersonals hinsichtlich des Verhaltens gegenüber Patienten, Ärzten, Mitpflegern, Geistlichen und Angehörigen aufgenommen.<sup>857</sup> Nicht einmal die Zahl der Unterrichtsstunden wurde in den Ausführungsanweisungen des Erlasses von 1907 eindeutig festgelegt: Der theoretische Unterricht sollte in zweimal jährlich stattfindenden viermonatigen Unterrichtskursen mit wöchentlich 6 Stunden, in kürzeren Kursen mit wöchentlich 12 Stunden "oder in anderer Weise" erteilt werden. Die Entscheidung unterlag "bis auf weiteres" dem Vorstand der Krankenpflegeschule.<sup>858</sup>

Im Interesse sowohl der konfessionellen Mutterhausverbände als auch des preußischen Staates lag es, die Übergangsbestimmungen so zu fassen, daß Krankenpflegepersonen, die bereits zwei Jahre lang praktisch tätig waren, ohne Prüfung staatlich anerkannt werden konnten. Ursprünglich war eine fünfjährige Tätigkeit vorgesehen. Preußen intervenierte erfolgreich bei den anderen Bundesstaaten. So wurden großzügige Übergangsregelungen für bereits mehr als zwei Jahre in der Krankenpflege tätige Ordensmitglieder in Aussicht gestellt. Die Mutterhäuser sollten entsprechende Listen einreichen, damit die Ordensmitglieder die staatliche Anerkennung ohne Krankenpflegeprüfung erhalten sollten.

---

<sup>857</sup> Erlaß vom 10. Mai 1907, betreffend Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen. Anlage 1. Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen, S. 188, § 13.

<sup>858</sup> KUNZ (1984), Grundausbildung und Spezialisierung in der Krankenpflege, S. 264: Ausführungs-Anweisung zu den Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen vom 10. Mai 1907, S. 192-294, hier S. 192.

Im Gegenzug war Kopp damit einverstanden, daß die Anforderungen für die fachliche, in den Begriffen der damaligen Zeit "technische" Schulung durch das Kultusministerium und dessen beauftragte Ärzte festgelegt wurde, dieser Teil der Krankenpflege also "fremdbestimmt" wurde. Er gab 1907 gegenüber dem preußischen Kultusministerium als Anregung weiter, ein Krankenpflegelehrbuch mit entsprechenden Inhalten herauszugeben.<sup>859</sup> 1909 wurde ein solches Lehrbuch dann vom preußischen Kultusministerium herausgegeben und per Erlaß für die Prüfungen als verbindlich festgeschrieben.<sup>860</sup>

Die Übereinkunft mit der katholischen Kirche – und nachfolgend mit den evangelischen Mutterhausverbänden – führte dazu, daß in der Krankenpflegeausbildung eine Teilung der Kompetenzen festgeschrieben wurde. Hierbei wurde der fachliche Mindeststandard vom preußischen Kultusministerium definiert und von diesem über die Mitgliedschaft von Amtsärzten in den Prüfungskommissionen kontrolliert. Die persönliche Formung, im Falle der katholischen Orden die Prägung der religiösen Haltung der Pflegeperson, blieb dem jeweiligen Orden oder sonstigen Krankenpflegeverband überlassen. Außerdem war mit der Übereinkunft absehbar, daß der evangelischen Konkurrenz, der Mutterhausdiakonie, wenig anderes übrigbleiben würde, als – wenn auch widerstrebend – diesem Kompromiß beizutreten.

Das Präsidium der Kaiserswerther Generalkonferenz hatte es zunächst mit Schreiben vom 31.07.1906 an das preußische Kultusministerium im Namen der Mutterhäuser abgelehnt, die Schwestern einer staatlichen Prüfung zu unterwerfen.<sup>861</sup> Die Argumentationslinie lautete, die Diakonissenmutterhäuser hielten die staatliche Prüfung ihrer Krankenschwestern nicht für erforderlich. Es liege im Interesse der Mutterhäuser selbst, nur solche Persönlichkeiten mit der Krankenpflege zu betrauen, die den Anforderungen des Dienstes gewachsen seien. Alle ihre Organisationen bemühten sich um eine fortwährend genau ausgeübte Kontrolle des Pflegedienstes. Hier liege der Unterschied zwischen den Angehörigen von Mutterhäusern und denjenigen Persönlichkeiten, die einzeln stehend die Krankenpflege zum Zwecke des Erwerbs ausübten. Die Ausbildungszeit der jungen Schwestern ziehe sich über eine längere Periode als ein Jahr hin,

---

<sup>859</sup> Düsseldorf-Kaiserswerth, Fliedner-Archiv, 2-1 DA, 35, Schreiben von Georg Kardinal Kopp an den preußischen Kultusminister vom 21.05.1907 (Abschrift).

<sup>860</sup> Erlaß vom 10. April 1909, betreffend das amtliche Krankenpflege-Lehrbuch, S. 193.

<sup>861</sup> Vgl. Düsseldorf-Kaiserswerth, Fliedner-Archiv, 2-1 DA 33, vertrauliches Schreiben des Präsidiums der Kaiserswerther General-Konferenz an die deutschen, zum Kaiserswerther Verbands gehörigen Diakonissen-Mutterhäuser vom 13.12.1906.

und mit der theoretischen Ausbildung gehe die Erziehung zur inneren Qualifikation aufs engste Hand in Hand. Weiter hieß es:

"Der wesentliche Grund für unsere Stellung zu dieser Frage sind die schweren Bedenken, welche aus einer solchen Prüfungsordnung für die Diakonissen-Mutterhäuser selbst sich ergeben. Wenn dieselben staatlich anerkannte Krankenpflege-Schulen werden mit einem staatlich anerkannten Schlussexamen für die Pflegerinnen, dann sind die Mutterhäuser aufgehoben und in Seminare verwandelt. Dann dürfte auch all' der Segen verloren gehen, welcher gerade dadurch bis jetzt bewirkt ist, dass hinter der Persönlichkeit der einzelnen Frau das Mutterhaus steht: Schützend, leitend, mahnend!"<sup>862</sup>

Wie Friedrich Zimmer mehrfach bemerkt hatte, verhalf ein staatliches Examen den Diakonissen zu mehr Selbständigkeit gegenüber der Mutterhausleitung, da dieses auch nach Austritt aus dem Mutterhaus weiter Bestand hatte.

Im Lauf des Jahres 1907 verstärkte sich der politische Druck auf das Präsidium der Kaiserswerther Generalkonferenz. Das Kultusministerium konnte bereits auf eine erfolgreiche Übereinkunft mit dem preußischen Episkopat verweisen. Mit Verkündung des Erlasses am 10. Mai 1907 wurden in den ersten katholischen Krankenhäusern Prüfungsstationen eingerichtet. Ein vertrauliches Schreiben des Präsidiums der Kaiserswerther Generalkonferenz an die Diakonissenmutterhäuser vom Dezember 1906 gelangte zur Kenntnis des preußischen Kultusministeriums. Darin hatte es geheißen, daß auch die Mutterhäuser, ohne das staatliche Examen anzuerkennen, die staatlichen Vorgaben als Mindestforderungen für die Diakonissenausbildung annehmen sollten, um nicht gegenüber anderen Krankenpflegerinnen als minderwertig zu erscheinen.<sup>863</sup> Das Kultusministerium wiederum legte den Mutterhäusern nahe, dann auch die staatliche Prüfung zu akzeptieren.

Auch für die evangelischen Ärzte war die Krankenpflegeprüfung ein Hebel dafür, mehr Einfluß auf die Leitung des Krankenhauses einzufordern. Die Bemühungen gipfelten in einer Resolution vom 15. Dezember 1907, der sich bis Februar 1908 die Ärzte von 21 Mutterhäusern anschlossen. In dieser wurde argumentiert, die in der Prüfungsordnung verlangte Vorbildung sei zweckmäßig. Die Prüfungsordnung enthalte das Mindest-

---

<sup>862</sup> Düsseldorf-Kaiserswerth, Fliedner-Archiv, 2-1 DA 33, Schreiben des Präsidiums der zur Kaiserswerther Generalkonferenz verbundenen Diakonissen-Mutterhäuser an das preußische Kultusministerium vom 31.07.1906 (Abschrift).

<sup>863</sup> Berlin, GStA, PK, I. HA, Rep. 76 VIII B, Nr. 1551, Bl. 145ab, Schreiben des Präsidiums der Kaiserswerther Generalkonferenz an die deutschen, zum Kaiserswerther Verbands gehörigen Diakonissen-Mutterhäuser vom 13.12.1906.

maß an Anforderungen, die an die technische Ausbildung auch der Diakonissen zu stellen seien. An verschiedenen Häusern bleibe die bisherige Fortbildung weit hinter den Anforderungen der Prüfungsordnung zurück. Ein ersprießlicher praktischer Unterricht in der Krankenpflege im Sinne der Prüfungsordnung sei nur dann möglich, wenn der Leiter der Krankenpflegeschule sowohl eine selbständige Krankenabteilung zur Verfügung habe als auch den gebührenden Einfluß auf die Verwaltung und Bewirtschaftung des Krankenhauses besitze.<sup>864</sup>

In Breslau traten Ärzte bereits 1906 an den Vorstand des Mutterhauses heran, um "den Schwestern das Mindestmass von Kenntnissen und Fertigkeiten zu übermitteln, über welches eine Diakonisse verfügen muss, wenn sie mit Erfolg in der Krankenpflege tätig sein will."<sup>865</sup> Ein Jahr später, mit Schreiben vom 25.10.1907, wiesen die Ärzte auf mittlerweile 60 staatlich anerkannte Krankenpflegeschulen und das eingeführte staatliche Examen hin, dessen Anforderungen in höherem Grade Rechnung getragen werden müsse.<sup>866</sup> Vorgeschlagen wurde ein Probejahr mit Krankenpflegeunterricht, eine zwei- bis dreijährige Stationierung an auswärtigen Krankenhäusern und danach die Einberufung zu einem einjährigen Kurs ins Mutterhaus. Begründet wurde dieser Vorschlag mit der oftmals mangelhaften Volksschulbildung der Probeschwestern. Das Niveau der Schwestern des Evangelischen Diakonievereins sei fast durchgängig ein viel höheres. Dies gestatte diesen, die praktische und theoretische Ausbildung auf kürzere Zeit zusammenzudrängen. Außerdem schließe sich das vorgeschlagene System aufs Engste an die historisch gewordene und bewährte Form der Diakonissenausbildung an, die ungefähr einen Zeitraum von fünf Jahren erfordere. In diesen wollten sie die Ausbildung in der Krankenpflege organisch eingliedern.

Augenscheinlich wandte sich Prediger Ulbrich hierauf an Georg Fliedner um Rat. Dieser antwortete, er sehe darin eine Bestätigung der Befürchtungen, daß die neue Prüfungsordnung den Ärzten Tor und Tür öffne,

---

<sup>864</sup> Düsseldorf-Kaiserswerth, Fliedner-Archiv, 2-1 DA 33, Schreiben von Dr. Roediger, Dr. Kolb, Dr. Kühler und Dr. Pagenstecher an den Vorstand des Diakonissen-Mutterhauses zu Kaiserswerth, Februar 1908, mit beiliegender Resolution leitender Ärzte von west- und süddeutschen Diakonissenhäusern.

<sup>865</sup> Hierauf nahmen die Ärzte ein Jahr später Bezug. Düsseldorf-Kaiserswerth, Fliedner-Archiv, 2-1 DA 33, Schreiben von Dr. Methner, Dr. Bersch, Dr. Schiller und Dr. Deutschländer an Prediger Ulbrich vom 25.10.1907.

<sup>866</sup> Schreiben von Dr. Methner, Dr. Bersch, Dr. Schiller und Dr. Deutschländer an Prediger Ulbrich vom 25.10.1907.

sich in die Interna der Mutterhäuser einzudrängen, auch was dieselben gar nichts angehe:

"Eure Ärzte schreiben ja schon genau vor, wo u wann Eure jungen Srn lernen u arbeiten sollen, während es doch nur ihre Sache sein kann, den Srn die nötigen Kenntnisse, sei es fürs Examen, sei es für die Praxis der Krankenpflege zu vermitteln. Also caveant consules!"<sup>867</sup>

Nachdem eine völlige Ablehnung des staatlichen Examens nicht mehr zu halten war, ging es für das Präsidium der Kaiserswerther Generalkonferenz darum, ein möglichst lange Übergangsfrist für die Entscheidung der Mutterhäuser herauszuholen. Doch die Verhandlungsposition der Mutterhausdiakonie war bereits so schwach, daß eine Bedenkzeit bis zum Jahr 1912 vom Kultusministerium strikt abgelehnt wurde. Bis zum 1. Juni 1908, so das Ministerium, müßten die Mutterhäuser ihre Entscheidung bekanntgeben.<sup>868</sup> Wie bitter dem Präsidium die Entscheidung für die staatliche Prüfung war, geht aus der Nachschrift Georg Fliedners hervor:

"Ein lieber Freund und Amtsbruder, der die ernstesten Bedenken gegen die Anwendung der Prüfungs-Vorschriften auf unsre Häuser und Schwestern hatte, schreibt mir: 'Ich habe mich nun nach schwerwiegenden Gründen entschlossen, unter dem kaudinischen Joch durchzukriechen. Ein Einzelner nebst 2 oder 3 können nicht in der Opposition verharren.' Ich glaube, er hat recht."<sup>869</sup>

---

<sup>867</sup> Düsseldorf-Kaiserswerth, Fliedner-Archiv, 2-1 DA 33, Handschriftliches Konzept, datiert M[ar]b[ur]g, 05.12.1907, wohl von Georg Fliedner, auf dem Bogen des vertraulichen Schreibens des Präsidiums der Kaiserswerther Generalkonferenz an die deutschen zum Kaiserswerther Verband gehörigen Diakonissen-Mutterhäuser vom 13.12.1906.

<sup>868</sup> Düsseldorf-Kaiserswerth, Fliedner-Archiv, 2-1 DA 33, Schreiben des Präsidiums der Kaiserswerther Generalkonferenz an die zur deutschen Abteilung der Kaiserswerther Generalkonferenz gehörigen Diakonissen-Mutterhäuser vom 06.04.1908.

<sup>869</sup> Schreiben des Präsidiums der Kaiserswerther Generalkonferenz an die zur deutschen Abteilung der Kaiserswerther Generalkonferenz gehörigen Diakonissen-Mutterhäuser vom 06.04.1908. Georg Fliedner bezieht sich hier auf die Schlacht an den Kaudinischen Pässen zwischen den Römern und den Samniten im Jahr 321 v. Chr. im Zweiten Samnitenkrieg. Dem Schriftsteller Titus Livius zufolge saßen die Römer in der Falle und durften abziehen, nachdem sie sich bereiterklärt hatten, ihr Heer unter dem "Joch" hindurchziehen zu lassen und damit einer demütigenden Prozedur zu unterwerfen. Die Römer setzten zu einem späteren Zeitpunkt die Kampfhandlungen fort und entschieden den Zweiten Samnitenkrieg im Jahr 304 v. Chr. für sich.

Wie schon den katholischen Orden, so machte das Kultusministerium auch der evangelischen Mutterhausdiakonie die Zugeständnisse, die für die autonome Regie von Seiten der Mutterhäuser wichtig waren.<sup>870</sup> Organisatorisch blieben die Mutterhausverbände Herr im eigenen Haus. Die eigenen Krankenanstalten der Diakonissenmutterhäuser wurden auf Antrag derselben als Krankenpflegeschulen und Prüfungsstationen anerkannt. Über die Zulassung zu den Ausbildungskursen entschied die Leitung der Krankenpflegeschule. Die Ärzte, welche den Unterricht in der Pflegeschule erteilten, wurden von dem Vorstand des Mutterhauses ernannt. Zwei Ärzte der Diakonissenkrankenanstalt (Krankenpflegeschule) konnten auf Antrag des Mutterhauses zu Mitgliedern der Prüfungskommission ernannt werden. Zugestanden wurden vom Kultusministerium auch die Anrechnung der Probezeit, das Absolvieren eines Teils der Ausbildung in einer anderen Krankenanstalt und die Ausstellung des Leumundszeugnisses durch das Mutterhaus.<sup>871</sup>

Den Gefahren für die Mutterhäuser durch die staatliche Krankenpflegeprüfung sollte durch zeitgemäße und den Erwartungen der Diakonissen entsprechende Besoldung und Versorgung, Entlastung von Pflichten, die nicht zu ihrem eigenen Beruf gehörten sowie intensivere geistige Einwirkung entgegengetreten werden.<sup>872</sup> In Kaiserswerth wurden die

---

<sup>870</sup> Bei dem entsprechenden Gesuch waren Forderungen der katholischen Seite von Fürstbischof Georg Kardinal Kopp Vorbild gewesen. Dieser hatte mit Schreiben vom 21.05.1907 die entsprechenden Autonomiewünsche der Orden vorgetragen. Düsseldorf-Kaiserswerth, Fliedner-Archiv, 2-1 DA 35, Schreiben von Georg Kardinal Kopp an den preußischen Kultusminister vom 21.05.1907.

<sup>871</sup> Schreiben des Präsidiums der Kaiserswerther Generalkonferenz an die zur deutschen Abteilung der Kaiserswerther Generalkonferenz gehörigen Diakonissen-Mutterhäuser vom 06.04.1908.

Die Punkte waren am 11.03.1908 als Wünsche dem preußischen Kultusminister übermittelt worden. Düsseldorf-Kaiserswerth, Fliedner-Archiv, 2-1 DA 33, Abdruck im Schreiben des Präsidiums der Kaiserswerther Generalkonferenz an die zur deutschen Abteilung der Kaiserswerther Generalkonferenz gehörigen Diakonissen-Mutterhäuser vom 06.04.1908. Vgl. das Schreiben des preußischen Kultusministeriums an das Präsidium der Kaiserswerther Generalkonferenz vom 27.03.1908. Düsseldorf-Kaiserswerth, Fliedner-Archiv, 2-1 DA 35, Schreiben des preußischen Kultusministers an das Präsidium der zur Kaiserswerther Generalkonferenz verbundenen Diakonissenmutterhäuser (Deutsche Abteilung) z. H. des Herrn Pastors em. G. Fliedner vom 27.03.1908.

<sup>872</sup> Düsseldorf-Kaiserswerth, Fachbücherei für Frauendiakonie, MKG IIb 83, Sardemann: Die Stellung der Diakonissen-Mutterhäuser zu dem Beschluß des Bundesrats über Vorbildung und Examen von Krankenpflegepersonen [undat., wohl 1907].

staatlichen Vorgaben der Krankenpflegeausbildung in die Ausbildung der Diakonissen integriert. Zwei Ärzte, nämlich Chefarzt und Oberarzt, unterrichteten. Der Chefarzt der Heilanstalt hielt als Psychiater einige Vorträge während des Kurses. Die Probeschwestern erhielten ein halbes Jahr Krankenpflegeunterricht. Nach der Einsegnung als Diakonisse, also nach drei Jahren, wurde das zweite Halbjahr im Pflegekurs abgeleistet. Die vorstehende Schwester des Krankenhauses nahm an den Unterrichtsstunden teil und gab dann Repetitionsstunden. Im Anschluß an das Halbjahr wurde das Examen abgelegt.<sup>873</sup> Diese Teilung des Krankenpflegeunterrichts in zwei Halbjahre wurde auch während des 1. Weltkriegs beibehalten. Da 1918 aufgrund der Vermehrung der Arbeitsfelder und Schwesternmangel der zweite Kurs nicht zustande kam, bezog sich der Bericht des ärztlichen Leiters der Krankenpflegeschule nur auf den 1. Kurs. In diesem wurde der Lehrstoff des amtlichen Krankenpflegelehrbuchs gelehrt. Montags und donnerstags von 15 bis 16 Uhr wurde der theoretische Unterricht gegeben und am selben Tag von 16.15 bis 17.15 Uhr von einer älteren Schwester wiederholt.<sup>874</sup>

Daß in der Tat Schwestern nach bestandenem Examen das Mutterhaus verließen, führte dazu, daß das Mutterhaus in Kreuznach das staatliche Krankenpflege-Examen wieder abschaffte und statt dessen ein Hausexamen einführte. Aufgrund des staatlichen Zeugnisses liege die Gefahr vor, daß die Schwestern sich nicht mehr so eng mit dem Mutterhaus verbunden fühlten und vorsätzlich nach bestandenem Examen das Treueverhältnis zum Mutterhaus brachen:

"Der Arzt und die ärztliche Prüfungskommission sind in ihr Leben als mitbestimmende Faktoren eingetreten, und manche fühlen sich von denselben in etwa abhängig. – Für die Schwachen unter ihnen endlich ist der Besitz eines staatlichen Ausweises eine Versuchung, ja es bedeutet dieses Zeugnis einen Preis für Felonie."<sup>875</sup>

---

<sup>873</sup> Düsseldorf-Kaiserswerth, Fliedner-Archiv, 2-1 DA 35, Schreiben der Direktion der Diakonissen-Anstalt Kaiserswerth an [handschriftlich notiert:] Ulbrich, Stettin vom 21.11.1910.

<sup>874</sup> Düsseldorf-Kaiserswerth, Fliedner-Archiv, 2-1 DA 36, Schreiben des ärztlichen Leiters der Krankenpflegeschule, Dr. Tromp, an den Regierungspräsidenten zu Düsseldorf vom 15.05.1918.

<sup>875</sup> Neuendettelsau, Diakonie-Archiv, Akt Krankenpflegeprüfung: Verhandlungen I 1909-1924, Krankenpflegeschulen 1921-1924, Schreiben von Pfarrer Reich im Namen des Vorstands der Diakonie-Anstalten Kreuznach an das Präsidium der General-Konferenz der Diakonissen-Mutterhäuser Kaiserswerther Verbandes z. H. Pastor Theodor Hoppe vom 03.12.1915.



Der Widerstand einzelner Mutterhäuser konnte jedoch an der Grundsatzentscheidung der Mutterhausdiakonie, das staatliche Examen einzuführen, nichts mehr ändern.

Für die konfessionellen Mutterhausverbände bedeutete die Integration ihrer Wünsche in die Durchführung der staatlichen Krankenpflegeprüfung, daß sie für ihre Schwestern eine Säkularisierung der Krankenpflege weitgehend abgewehrt hatten. Ärztlicher Einfluß war nicht zu unterbinden, doch konnte durch die Auswahl geeignet erscheinender Ärzte für Gesinnung und Unterricht im Sinne des Mutterhauses gesorgt werden. Krankenpflege war für sie weiterhin kein "Selbstzweck", sondern christlicher Liebesdienst. Daß das Kultusministerium auf Vorgaben für den Ablauf des Unterrichts oder Rotation auf bestimmte Stationen verzichtete, stärkte die Autonomie des Mutterhauses und verminderte die Anforderungen an ein Ausbildungs Krankenhaus, konnte aber dazu führen, daß nur einseitig praktische Erfahrung erworben wurde. Die im Examen abgeprüfte Theorie wiederum wurde durch das erstmals 1909 erschienene amtliche Krankenpflegelehrbuch standardisiert.

#### *II.9.7. Normierung der theoretischen Anforderungen: die Herausgabe des amtlichen Krankenpflegelehrbuchs von 1909*

Die Herausgabe eines amtlichen Krankenpflegelehrbuchs war bei der vorbereitenden Konferenz am 23. März 1907 vorgeschlagen und begrüßt worden. Von katholischer Seite hatte Georg Kardinal Kopp die Herausgabe eines solchen Lehrbuchs in einem Schreiben im Nachhinein nochmals explizit angeregt. Mit der Herausgabe des Lehrbuchs im Jahr 1909 wurden zwei Traditionen zusammengeführt. Zum einen wurde die Kanonisierung theoretischen Wissens durch amtliche Lehrbücher für ärztliche Hilfsberufe, wie sie für Hebammen und Heilgehilfen bereits im 19. Jahrhundert bestand, auf die Krankenpflege ausgedehnt. Zum anderen wurde die mit Dieffenbach und Gedike im frühen 19. Jahrhundert begonnene Tradition von Krankenpflegelehrbüchern an der Charité in ein Lehrbuch mit landesweiter Verbindlichkeit überführt.

Die Herausgabe des amtlichen Krankenpflegelehrbuchs verlief in drei Phasen. Zunächst legte eine Konferenz am 28. November 1907 die Grundsätze für die Erstellung des Lehrbuches fest. In einem zweiten Schritt wurde Rudolf Salzwedel mit der Erarbeitung des Manuskripts beauftragt. Dieser Schritt war naheliegend, da Salzwedel als Lehrer an der Krankenpflegeschule der Charité in Berlin bereits die 7. und die 8. Auflage des Charité-Lehrbuchs von 1896 und 1904 besorgt hatte. Das von Salzwedel

erstellte Manuskript wurde einer intensiven Revision durch die Kommissionsmitglieder unterzogen, was durch eine Konferenz am 22. Januar 1909 abgeschlossen wurde. Sie stellte die Notwendigkeit der Umarbeitung des Entwurfs fest, womit eine dreiköpfige Redaktionskommission beauftragt wurde. Die Redaktionskommission legte dann den endgültigen Wortlaut des Krankenpflegelehrbuchs fest, und die Veröffentlichung folgte.

Das preußische Kultusministerium hatte es nicht allein in der Hand, durch die Auswahl von Sachverständigen die Konzeption des Lehrbuchs in seinem Sinn zu steuern. Bei der ersten Besprechung der Sachverständigen waren nicht nur Ärzte des Kultusministeriums, leitende Ärzte und Rudolf Salzwedel anwesend, sondern auch ein ärztlicher Vertreter des Kriegsministeriums und Generalarzt a. D. Georg Körting vom Roten Kreuz. Die Bedeutung jüdischer Ärzte für die Krankenpflege wurde dadurch dokumentiert, daß Julius Lazarus, dirigierender Arzt der Inneren Abteilung des jüdischen Krankenhauses in Berlin, bereits bei der ersten Besprechung ebenfalls eingeladen und anwesend war. An konfessionellen Krankenhäusern tätige Ärzte wurden erst später einbezogen.<sup>876</sup> Vertreter von Krankenpflegeorganisationen oder aus der Krankenpflege selbst waren nicht geladen.

Die Herausgabe des amtlichen Krankenpflegelehrbuchs bedeutete, im Nachhinein einen durch den Bundesratsbeschluß vorgegebenen Rahmen auszufüllen, anstatt zunächst die Lehrinhalte zu definieren und dann den passenden Rahmen dafür zu wählen.

Die Entscheidungsträger der vorbereitenden Besprechung vom 28. November 1907 waren wie im Reichsgesundheitsrat ausschließlich Ärzte. Eduard Dietrich fungierte als Vorsitzender. Professoren verschiedener preußischer Universitäten und leitende Krankenhausärzte waren ebenso eingeladen wie Generalarzt Georg Körting vom Roten Kreuz, Rudolf Salzwedel und der Vertreter des Kriegsministeriums Schultzen. Zweck der Ver-

---

<sup>876</sup> Das Vorwort zur 1. Auflage nennt zwar Sanitätsrat Dr. Methner, Oberarzt am Krankenhaus Bethanien in Breslau, Dr. Eschenbach, Oberarzt am St. Hedwigskrankenhaus in Berlin und Dr. Ernst Pagenstecher, Oberarzt am Paulinenstift in Wiesbaden als Teilnehmer der Konferenz vom 28. November 1907, was allerdings durch das Sitzungsprotokoll nicht gedeckt wird. Vgl. Berlin, GStA, PK, I. HA, Rep. 76, Kultusministerium, VIII B, Nr. 1580, Die Herausgabe eines Krankenpflege-Lehrbuchs, Bd. 1, November 1907-Dezember 1912. Aufzeichnung über die Besprechung vom 28. November 1907, betreffend die Vorbereitung eines Lehrbuches für den Unterricht in der Krankenpflege an staatlich anerkannten Krankenpflegesschulen im Sitzungssaale der Medizinalabteilung des Kultusministeriums, S. 1.

handlungen war die Vorbesprechung und Vereinbarung der Grundsätze, nach denen der zukünftige Verfasser des Buches zu verfahren hatte.

Die Grundkonzeption lautete, ein Lehrbuch herauszugeben, das männliche und weibliche Krankenpflegepersonen gleichermaßen verwenden könnten. Es sollte das Mindestmaß an Kenntnissen enthalten, die staatlich anerkannte Krankenpflegepersonen besitzen müßten.<sup>877</sup> Einigkeit bestand darin, dem Krankenpflegepersonal die Grenzen seiner Befugnisse deutlich zu machen. Unter keinen Umständen dürfe in die ärztliche Therapie eingegriffen werden, also "Kurpfuscherei" betrieben werden. Dies sollte auch bei den Ausführungen zu den Hilfeleistungen bei Notfällen thematisiert werden.

Der bereits 1904 aufgebrochene Grundsatzkonflikt über den Umfang der Krankenpflegeausbildung zwischen preußischem Kultusministerium und Kriegsministerium wurde auch bei der Erstellung des Lehrbuchs ausgetragen. Das Kultusministerium und Rudolf Salzwedel legten Wert darauf, die Anatomie und Physiologie breiter zu behandeln, um auch für später ein Nachschlagewerk zu schaffen.<sup>878</sup> Das Kriegsministerium verwandte sich dagegen für eine einfache und knappe Sprache, für eine einheitliche Gestaltung der Abschnitte und Unterabschnitte und gegen eine zu breite Darstellung von Bau und Verrichtungen des menschlichen Körpers wie auch der Beschreibung einzelner Krankheiten in Salzwedels Entwurf. Es forderte entsprechende Kürzungen.<sup>879</sup>

Das Lehrbuch war entsprechend den Vorgaben des Bundesrats aufgebaut. Abschnitt 1 umfaßte die anatomischen und physiologischen Grundlagen, Abschnitt 2 die allgemeine Krankheitslehre, die Abschnitte 3 bis 6 Einrichtungen im Krankenzimmer, Krankenwartung, Krankenernährung und Krankenbeobachtung. Es folgte Abschnitt 7 über die Arztassistenz, Abschnitt 8 über Hilfeleistungen, die Abschnitte 9 und 10 Pflege bei übertragbaren Krankheiten und von Sterbenden und Abschnitt 11 gesetzliche Bestimmungen, soweit sie für das Krankenpflegepersonal als wichtig erachtet wurden, Abschnitt 12 beinhaltete allgemeine Verhaltensregeln für das Krankenpflegepersonal und Abschnitt 13 Grundsätze der Säuglings- und Wochenpflege.

---

<sup>877</sup> Aufzeichnung über die Besprechung 28.11.1907, S. 2.

<sup>878</sup> Aufzeichnung über die Besprechung 28.11.1907, S. 2f.

<sup>879</sup> Aufzeichnung über die Besprechung 28.11.1907, S. 3, Berlin, GStA, PK, I. HA, Rep. 76, Kultusministerium, VIII B, Nr. 1580, Schreiben von Schultzen an das Kultusministerium vom 14.12.1908.

Die strikte Unterordnung unter den Arzt und die Warnung vor eigenständigen therapeutischen Handlungen, also "Kurpfuscherei", die bereits im Reichsgesundheitsrat thematisiert worden war, findet sich erneut als Anweisung für das Krankenpflegepersonal.<sup>880</sup>

Der Kompromißcharakter, der den gesamten preußischen Erlaß von 1907 durchzog, spiegelte sich auch in dem Krankenpflegelehrbuch wider. Bereits bei der Ausarbeitung der ersten Auflage des Krankenpflegelehrbuchs war Kritik laut geworden, die Ausbildungszeit von einem Jahr sei zu gering. Der im Lehrbuch dargebotene Stoff sei zu umfangreich, um ihn innerhalb eines Jahres zu lernen. Dies gelte insbesondere für Schwesternschülerinnen aus einfachen Verhältnissen.

Themen, die Anstoß bei den Mutterhäusern hätten erregen können, wurden nicht aufgenommen.<sup>881</sup> Die Beschreibung der Gebärmutter in der Schwangerschaft fehlte. Die männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane wurden weggelassen, obwohl Krankheiten wie Syphilis und Gonorrhoe weit verbreitet waren. Diese beiden Krankheiten wurden auch nicht in das Kapitel "Besonderheiten in der Pflege bei einzelnen ansteckenden und anderen wichtigen Krankheiten" aufgenommen. Lediglich im Abschnitt über die Augen im Kapitel "Hilfeleistung bei Krankheitserscheinungen verschiedener Art" wurden Geschlechtskrankheiten erwähnt. Es findet sich ein Hinweis auf die Infektiosität des Ausflusses bei Geschlechtskrankheiten, die daraus resultierende Gefahr für die Augen und die Notwendigkeit der Bereitstellung zweier Handtücher für den Patienten, eines für die Hände und eines für das Gesicht.<sup>882</sup>

Zudem war der Stoff nach der Reihenfolge der Prüfungsvorschriften des Bundesrats angeordnet und damit Forderungen der Didaktik der Funktion als Prüfungsbuch untergeordnet. Fieber als Krankheitszeichen wurde also mehrfach an unterschiedlichen Stellen abgehandelt: die Definition bei der allgemeinen Krankheitslehre,<sup>883</sup> die Technik des Fiebermessens

---

<sup>880</sup> Krankenpflegelehrbuch, 4. Auflage (1914), S. 323.

<sup>881</sup> Diese Schlußfolgerung hatte bereits der Oberarzt am Paulinenkrankenhaus in Wiesbaden gezogen, als er 1908 seine Stellungnahme zum Salzwedelschen Entwurf an das Kultusministerium gesandt hatte, wobei er die Wünsche von Diakonissenhausärzten mit einbezogen hatte. Berlin, GStA, PK, I. HA, Rep. 76 Kultusministerium, VIII B Nr. 1581: Die Herausgabe eines Krankenpflege-Lehrbuchs. Bd. I. vom November 1907 bis Dezember 1912. Schreiben von M. Pagenstecher an das Kultusministerium vom 03.12.1908.

<sup>882</sup> Krankenpflegelehrbuch, 1. Auflage (1909), S. 226, 4. Auflage (1914), S. 225.

<sup>883</sup> Krankenpflegelehrbuch, 4. Auflage (1914), S. 25.

bei der Krankenbeobachtung,<sup>884</sup> und der Hinweis darauf, daß unruhige hochfieberhafte Kranke unter keinen Umständen alleingelassen werden dürfen, bei den gefährdrohenden Krankheitserscheinungen.<sup>885</sup>

Nachdem die Redaktionskommission, bestehend aus Salzwedel, Dietrich und Körting, den endgültigen Text festgelegt hatte, wurde er in einer Auflage von 12.000 Stück für einen Preis von 2,50 Mark<sup>886</sup> beim Verlag August Hirschwald gedruckt. Per Erlaß wurde die Verwendung bei den Prüfungen vorgeschrieben. Der niedrige Preis und die Funktion als Prüfungsbuch sicherten dem amtlichen Lehrbuch eine dominante Stellung unter den auf dem Markt befindlichen Krankenpflegelehrbüchern. Die Auflage von 12.000 Stück war schnell vergriffen, und so entstand 1910 eine zweite und 1913 eine dritte jeweils überarbeitete Auflage, der 1914 eine unveränderte vierte Auflage folgte.

Die Rezension in der Berliner Klinischen Wochenschrift war eine überaus positive:

"In dem vornehm ausgestatteten Buch, welches durch geschickte Wahl des Papiers bei einem Umfang von 357 Seiten nur einen geringen äusseren Raum aufweist, ist sowohl für alle in der Krankenpflege Unterrichtende als auch für das Pflegepersonal ein Werk geschaffen, welches zurzeit von kaum einem anderen übertroffen werden dürfte, ganz besonders auch durch den niedrig gestellten Preis, der seine Anschaffung leicht ermöglicht. Möge die Riesenarbeit, die hier bewältigt ist, reichen Segen dadurch tragen, dass die in dem Werke gegebenen **Lehren** zum Segen der Kranken überall Anwendung finden."<sup>887</sup>

---

<sup>884</sup> Krankenpflegelehrbuch, 4. Auflage (1914), S. 95-98.

<sup>885</sup> Krankenpflegelehrbuch, 4. Auflage (1914), S. 219f.

<sup>886</sup> Berlin, GStA, PK, I. HA, Rep. 76 VIII B, Nr. 1580, Die Herausgabe eines Krankenpflege-Lehrbuchs, Bd. 1, Vertrag vom 18.03.1908, handschriftliche Randbemerkungen zu späteren Vereinbarungen.

<sup>887</sup> MEYER (1909), Krankenpflege-Lehrbuch [Rezension], S. 1028f.

### *II.9.8. Folgen der Einführung der Krankenpflegeprüfung bis zum Vorabend des 1. Weltkriegs*

Bis 1914 wurden in Preußen insgesamt 201 Prüfungsstationen bei 204 Prüfungskommissionen eingerichtet. Die Prüfungsstationen waren vor allem an konfessionellen und städtischen Krankenhäusern angesiedelt. Auch Kreis-, Gemeinde-, Land- und Knappschaftskrankenhäuser, Krankenhäuser des Roten Kreuzes, Universitätskliniken und einige weitere Anstalten waren beteiligt.<sup>888</sup>

Die großzügigen Übergangsregelungen für die staatliche Anerkennung führten dazu, daß bei der Zählung von 1909 bereits ein großer Teil des konfessionellen Krankenpflegepersonals und des Roten Kreuzes staatlich anerkannt war. Der Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter zollte 1911 der konfessionellen Krankenpflege widerwillige Anerkennung und bemerkte, daß die Ausbildung der Schwestern durch Selbsthilfe in Mutterhäusern einige Besserung erfahren habe.<sup>889</sup>

Ein Teil der Länder setzte wie Preußen den Bundesratsbeschluß ebenfalls vor dem 1. Weltkrieg um.<sup>890</sup> Ausnahmen bildeten allerdings Bayern und Baden, wo die Schwesternverbände besonders stark waren, in Bayern die katholischen Orden, in Baden die Schwesternschaften des Roten Kreuzes. Die Umsetzung der Krankenpflegeprüfung in Preußen war aus ärztlicher Sicht so erfolgreich, daß auch in Bayern die Ärzte darauf drängten, die staatliche Prüfung des Krankenpflegepersonals einzuführen. Die Erfahrungen in Preußen und anderen Bundesstaaten hätten gelehrt, daß gerade die gediegene Schulung des Personals, der enge Anschluß an den Ärztestand, auf den die Krankenpflegepersonen angewiesen seien, ein Pfuscherproletariat nicht hätten aufkommen lassen.<sup>891</sup> Im selben Jahr wurde auf dem oberbayerischen Ärztetag die Einführung einer staatlichen Prüfung mit positiver Tendenz beraten. Sachkundige preußische Medizinalbeamte hätten sich dahin ausgesprochen, daß diese staatliche Prüfung sich

---

<sup>888</sup> Vgl. Verzeichnis der Prüfungskommissionen (18.02.1914), S. 92-112.

<sup>889</sup> VERBAND DER GEMEINDE- UND STAATSARBEITER (1911), Protokoll der Verhandlungen der 2. Konferenz des Krankenpflege-, Massage- u. Badepersonals Deutschlands, S. 43.

<sup>890</sup> Vgl. die Zusammenstellung von Verordnungen der einzelnen Länder bei der Umsetzung des Bundesratsbeschlusses von 1906 zwischen 1906 und 1910: Berlin, BArch, R 1501, 111844, Bl. 154a-155a., Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen sind eingeführt worden von [es folgen die Namen der Länder].

<sup>891</sup> München, Archiv des Erzbischofs von München und Freising, Kasten 15 (ohne Datum, wohl gegen Ende 1911). HENKEL: Schaffung eines staatlich anerkannten Krankenpflegepersonals durch Einführung einer staatlichen Prüfung.

segensreich für die Entwicklung der Krankenpflege erwiesen habe und auch die konfessionellen Verbände und Genossenschaften sich ohne Widerstreben eingefügt hätten.<sup>892</sup> Ein Umdenken der bayerischen Regierung setzte bereits vor dem 1. Weltkrieg ein, doch umgesetzt wurden die Pläne für die Einführung der staatlichen Prüfung erst 1920. Auch in Baden wurde die staatliche Prüfung erst 1919 eingeführt.<sup>893</sup>

Im Hinblick auf das preußische Medizinalwesen entsprach die Einführung der staatlichen Prüfung dem Ersatz des Heilgehilfen durch das Krankenpflegepersonal. Ein großer Teil der Hilfstätigkeit der geprüften Heilgehilfen und Masseure wurde vom staatlich anerkannten Krankenpflegepersonal geleistet. Ihre Ausbildung schloß den überwiegenden Teil der Fertigkeiten der staatlich geprüften Heilgehilfen ein.<sup>894</sup> Die Zahl der Heilgehilfen wiederum ging drastisch zurück. Während sie 1909 einschließlich der Masseure noch 8.291 betrug,<sup>895</sup> war sie bis 1911 auf rund 4.150 gesunken.<sup>896</sup> Der Heilgehilfenstand wurde konsequenterweise 1911 abgeschafft, zumal "Kurpfuscherei" seitens der Heilgehilfen statt Hilfstätigkeiten für den Arzt ärztlicherseits unerwünscht war.

Von flächendeckender Ausbildung oder der Gründung von Krankenpflegeschulen speziell für das Wartepersonal konnte allerdings keine Rede sein. Im Rückblick charakterisierte die Reichssektion Gesundheitswesen die Zeit vor 1921 wie folgt:

"Bis zu dieser Zeit war dem männlichen Pflegepersonal keine Möglichkeit planmäßiger Ausbildung gegeben. Die Krankenpflegeschulen waren nur auf die Schwesternausbildung eingestellt. Ein großer Teil des weiblichen Pflegepersonals kam ebenfalls ohne jede Vorkenntnisse in den Beruf. In den Irrenanstalten wurde fast ausschließlich unausgebildetes Pflegepersonal beschäftigt."<sup>897</sup>

Aufgrund der Entstehungsgeschichte des preußischen Erlasses von 1907 gab es keine Vorgaben, wie der Unterricht im Ausbildungsjahr tatsächlich

---

<sup>892</sup> Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Oberbayern, 6.11.1911, S. 2700f.

<sup>893</sup> Vgl. LUTZER (2002), Der Badische Frauenverein, S. 422-473, zur Einführung der staatlichen Prüfung S. 455.

<sup>894</sup> Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates im Jahre 1911, S. 523.

<sup>895</sup> Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates im Jahre 1909, S. 458.

<sup>896</sup> Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates im Jahre 1911, S. 523.

<sup>897</sup> FRIEDRICH-SCHULZ (1928), Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 43. Vergleichbare Kritik an fehlenden Ausbildungsmöglichkeiten kam von Seiten des Deutschen Verbands der Krankenpfleger und -Pflegerinnen. Vgl. Deutscher Verband der Krankenpfleger und -Pflegerinnen (1913), Bericht über die Verhandlungen des IV. Delegiertentages am 4. Mai 1913, S. 19f.

auszusehen hatte. Von Seiten der Krankenhausträger fehlte oftmals die Bereitschaft, Ressourcen für die Krankenpflegeausbildung einzusetzen. So kritisierte B.O.K.D.-Vorstandsmitglied Charlotte von Caemmerer, daß sowohl Theorie als auch Praxis der Krankenpflegeausbildung gravierende Mängel aufwiesen. Als Beispiele nannte sie das Abhandeln des umfangreichen Lehrstoffs in zwei Stunden pro Woche in den Abendstunden wie auch Unterricht durch angestrengt arbeitende Anstaltsärzte in der Regel ohne Honorar meistens ohne die Beteiligung weiblicher Lehrkräfte. Die Krankenhausverwaltung sehe in der Schülerin in erster Linie eine billige Arbeitskraft. Man verlange eine zehn- bis zwölfstündige Arbeitszeit und überbürde die jungen Mädchen mit verantwortungsvoller Pflegetätigkeit. Durch die hohe Patientenzahl pro Pflegekraft fehle den Stationsschwestern und Oberschwestern Zeit und Kraft, die Schülerinnen genügend anzulernen. Ein regelmäßiger Wechsel auf verschiedenen Stationen sei nicht vorgeschrieben, was eine einseitige praktische Ausbildung zur Folge haben könne, und die Ausbildung in Wochenpflege und auf Stationen für Augen-, Ohren- und Nervenranke stehe nicht im Lehrplan.<sup>898</sup>

Für die B.O.K.D. war das 1907 Erreichte nur ein erster Schritt auf einem langen Weg. Marie Cauer zeigte sich von der Einführung der staatlichen Prüfung bitter enttäuscht. Sie hatte gegen eine obligatorische Prüfung gekämpft, um die staatliche Anerkennung einer zunächst kleinen Elite unter dem Krankenpflegepersonal vorzubehalten. In Unkenntnis der politischen Entscheidungsprozesse kommentierte sie rückblickend:

"Ganz erschlagen war ich daher, als dann – übrigens in kürzerer Zeit als ich für möglich gehalten – der Staat sich der Sache annahm und alles verpfuscht wurde. Einjährige Ausbildung und dies für alle. Die Entwicklung der Verhältnisse seither hat meine Befürchtungen bestätigt ..." <sup>899</sup>

Für die Weiterbildung sah Agnes Karll die Kommunen in der Pflicht:

"Für die berufliche Krankenpflege bilden die staedtischen Krankenhäuser die Hauptausbildungsstätte u. es läge nahe von ihnen zu fordern, daß sie auch eine Bildungsstätte für die zukünftigen Leiterinnen würden. Für die praktische Schulung kann auch nur ein mustergültiges Hospital den rechten Boden geben, also hoffen wir, daß sich unsere Kommunen allmählich darauf besinnen, daß die Schaffung einer staatlichen Krankenpflegeprüfung weitere Consequenzen mit sich bringt, daß es nun auch eines

---

<sup>898</sup> CAEMMERER (1915), Berufskampf der Krankenpflegerin, S. 29-31.

<sup>899</sup> Eschborn, jetzt Berlin, Agnes-Karll-Archiv des DBfK, Mappe 46, Rep II MC II 1: Marie Cauer, Briefwechsel mit Agnes Karll 1902-1927, Schreiben von Marie Cauer an Agnes Karll vom 09.09.1925, S. 1f.



Seminars für die Lehrkräfte bedarf, um eine wirklich gute Ausbildung in der Krankenpflege u. eine gesunde Entwicklung dieses wichtigen Frauenberufs zu erlangen. Da aber die Krankenpflege so stark überwiegend Frauenberuf ist, dürfen wir uns keine Illusionen machen. Weder Staat noch Kommune wird in absehbarer Zeit Geld für Oberenschulen haben und Deutschland hat nur eine Aussicht zur Erlangung von etwas Derartigem in der Leipziger Frauenhochschule, für welche sich hoffentlich als praktische Ergänzung wenigstens ein Krankenhaus finden lassen wird."<sup>900</sup>

Ohne rechtlichen Schutz blieb die soziale Lage des Pflegepersonals prekär. Auf Seiten der "freien" Krankenpflege gingen die Reformbemühungen weiter. Hier bestand die Hoffnung, über die Mobilisierung der Öffentlichkeit Reformen bewirken zu können. Angesichts der bereits erwähnten Debatten über die in weiten Kreisen als unzulänglich empfundenen gesetzgeberischen Maßnahmen muß offenbleiben, inwieweit sie ohne den Ausbruch des 1. Weltkriegs letztendlich zu einer sozialen Reform der Krankenpflegewesens geführt hätten.

Als *Fazit* läßt sich feststellen, daß es sich bei dem Krankenpflegeexamen von 1907 um eine gesetzgeberische Minimallösung handelte. Nicht einmal eine reichsweit verbindliche Vereinbarung kam zustande. Bayern, wo aufgrund der starken Präsenz katholischer Orden noch kein Handlungsdruck bestand, enthielt sich im Bundesrat der Stimme und war nicht verpflichtet, den Bundesratsbeschluß umzusetzen.

Handlungsleitend auf Seiten des Kaiserlichen Gesundheitsamts war, die "freie" Krankenpflege staatlich zu kontrollieren. Hoffnungen der B.O.K.D. auf die Schaffung eines "bürgerlichen Frauenberufs" und das Herausheben einer Elite unter dem Krankenpflegepersonal wurden enttäuscht. Vielmehr wurden Mindeststandards für Absolventen der Volksschule gesetzt. In Richtung auf eine Qualitätssicherung war das Examen lediglich ein erster Schritt. Es gab keine Vorschriften, auf welchen Stationen die Schülerinnen und Schüler eingesetzt werden müssen, um praktische Erfahrung zu erhalten. Eine Mindeststundenzahl an theoretischem Unterricht wurde 1907 noch nicht verbindlich vorgeschrieben. Finanzielle Mittel für die Einrichtung von Wärterschulen waren nicht durchsetzbar.

Zwischen 1900 und 1906 konnten die Pflegenden so gut wie keinen Einfluß auf die Entscheidungsprozesse geltend machen. Erst bei der Umsetzung des Bundesratsbeschlusses auf Landesebene wurden die von der preußischen Regierung anerkannten Schwesternverbände beteiligt,

---

<sup>900</sup> Eschborn, jetzt Berlin, Agnes-Karll-Archiv des DBfK, Mappe 72, Rep. V FL 1,2 Frauenhochschule Leipzig 1913-1915, [Karll, Agnes]: Hochschulkurse für Krankenpflegerinnen [handschriftliches Manuskript].

während die Gewerkschaften ausgegrenzt wurden. Hingegen saßen Ärzte an den entscheidenden Schaltstellen: in der Medizinalabteilung des preußischen Kultusministeriums, in der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums, im Kaiserlichen Gesundheitsamt, als Medizinalbeamte der Länder im Reichsgesundheitsrat und als Sachverständige bei der Erarbeitung des preußischen Entwurfs von 1903 wie auch bei der Herausgabe des Krankenpflegelehrbuchs von 1909.

Gezeigt werden konnte die große Bedeutung des Kaiserlichen Gesundheitsamts, das bei der Vorbereitung des Bundesratsentwurfs federführend war, wie auch die des Reichsgesundheitsrats, da dort die entscheidenden fachlichen Grundsätze über Umfang und Niveau des Krankenpflegeexamens festgelegt wurden.

Typische aus dem 19. Jahrhundert bekannte Handlungsmuster kamen wieder zum Vorschein. Die Krankenpflege wurde erneut im preußischen Kultusministerium so nachrangig behandelt, daß die Berichte aus den Bezirken von 1897 erst nach Antricks Angriffen im Jahr 1900 ausgewertet wurden. Das preußische Kultusministerium war wiederum gegenüber dem Kriegsministerium und dem Finanzministerium in einer schwachen Position. Erneut setzte sich das Finanzministerium mit seiner Weigerung durch, finanzielle Mittel für die Krankenpflege bereitzustellen. Damit war ein erheblicher Niveauverlust verbunden, und eine über ein Jahr hinausgehende Ausbildungsdauer wurde verhindert. Weitere Niveauverluste mußten im Reichsgesundheitsrat hingenommen werden, wo die Massage und eine zweite Stationspflegerprüfung wegfielen. Auch bei der Umsetzung auf Landesebene folgte aus dem Kompromiß des preußischen Kultusministeriums mit dem preußischen Episkopat, daß die Krankenpflegeprüfung als reine Ergebniskontrolle vorgenommen wurde und auf Eingriffe in die Strukturen der Mutterhäuser verzichtet wurde. Hier zeigte sich die sehr viel schwächere Position des Präsidiums der Kaiserswerther Generalkonferenz gegenüber dem preußischen Episkopat. Die Mutterhausdiakonie konnte die Vereinbarungen zwischen preußischem Kultusministerium und preußischem Episkopat lediglich übernehmen. Das Examen schwächte die Mutterhausdiakonie, da die Gültigkeit des Krankenpflegeexamens nach dem Austritt aus dem Mutterhaus fortbestand.

### **III. Ergebnisse**

#### **III.1. Die Krankenpflege: Stiefkind des preußischen Medizinalwesens**

Für die Analyse, wie sich die Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit entwickelte, erwies es sich als fruchtbar, die rechtliche Stellung der Krankenpflege im preußischen Medizinalwesen und ihre politische Bedeutung zu Beginn des 19. Jahrhunderts zu thematisieren. Hierbei zeigte sich die überragende Bedeutung struktureller Vorgaben des preußischen Medizinalwesens. Bereits die rechtliche Ausgangslage um 1800 war ungünstig für die Entwicklung hin zu einem qualifizierten Beruf. Die Krankenpflege gehörte nicht zu den traditionellen Heilberufen. Damit waren ihr rechtlich keine eigenen Kompetenzen zugeordnet, und es gab keine staatlichen Verpflichtungen, die geltend gemacht werden konnten. Es gab keine staatlich finanzierten Schulen und keine Mindeststandards einer nachzuweisenden Qualifikation. Die Tätigkeit ungebildeter Wärter und Wärterinnen war sozial verachtet. Hinzu traten über lange Zeit bestehende Wahrnehmungsmuster und Werte bei Ärzteschaft und Medizinalbürokratie – Konstanten geringer Wertschätzung der Wärterpflege und geringe Bereitschaft zu finanziellen Investitionen in die Krankenpflege einerseits, andererseits Streben nach ärztlicher Dominanz und Verhinderung bzw. Bekämpfung von Therapieangeboten von Seiten nichtlizensierter Heiler, was als "Kurpfuscherei" tituliert wurde.

Frappierend ist für den Untersuchungszeitraum die Diskrepanz zwischen der großen Bedeutung der Krankenpflege für den Patienten und ihrer marginalen politischen Bedeutung. Daran änderten auch die großen Triebkräfte zugunsten einer Reform von Seiten des Staates im 19. Jahrhundert, die Cholera, das Kriegswesen und der Kulturkampf, nichts. Die Armenkrankenpflege war Teil "unproduktiver" Ausgaben, die die Kommunen möglichst gering hielten. Die Krankenpflege hatte im preußischen Medizinalwesen den niedrigsten Rang. Entgegen Anna-Paula Kruse, die die Reichsgewerbeordnung zum Ausgangspunkt nahm und "den beginnenden Einfluß des Staates" auf die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert datierte,<sup>1</sup> läßt sich daher feststellen, daß der politisch-rechtliche Rahmen, innerhalb dessen sich die Krankenpflege entwickelte, durch das preußische

---

<sup>1</sup> KRUSE (1995), Krankenpflegeausbildung seit Mitte des 19. Jahrhunderts, S. 69-105.

Medizinalwesen bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts etabliert war und dann im frühen 20. Jahrhundert seine rechtlich bindende Form erhielt.

Die kirchlichen Mutterhausverbände errangen bis zum späten 19. Jahrhundert eine bereits zahlenmäßig große Bedeutung. Hierbei läßt sich die Beobachtung von Relinde Meiwes bestätigen, daß die kirchlichen Genossenschaften in eine "Lücke staatlichen Handelns"<sup>2</sup> hineinstießen und die Krankenpflege ein Gebiet darstellte, auf dem die staatliche Armenpflege nicht tätig werden wollte oder konnte.

Am Schicksal der Initiativen des Arztes Franz Anton Mai und an der Gründungsphase der Charité lassen sich grundlegende Haltungen und Handlungsmuster der deutschen Ärzteschaft und der preußischen Regierung zeigen. Das Unverständnis, das Franz Anton Mai entgegenschlug, steht daher beispielhaft für die Haltung vieler Teile der Ärzteschaft gegenüber der Krankenpflege und damit für die Probleme für Reformer aus dem Ärztestand mit ihren Kollegen. Für große Teile der Ärzteschaft war die Krankenpflege im Untersuchungszeitraum ein Gegenstand geringer Bedeutung oder geringer Wertschätzung, was von der Furcht vor "halbgebildeter" Konkurrenz durch "Kurpfuscher" überlagert wurde. Einzelne Ärzte hoben demgegenüber die große Bedeutung der Krankenpflege für den Heilverlauf heraus und setzten sich vehement für eine bessere Ausbildung und einen höheren Status, im Falle Mais auch für eine Akademisierung ein.

Symbolisch läßt sich der Beginn einer neuen Epoche in der preußischen Krankenpflege am Jahr 1800 festmachen. Dieses Jahr markiert den Beginn der 32 Jahre währenden Gründungsphase der Krankenpflegeschule an der Charité, als der erste Anlauf, an einer dem preußischen Staat unmittelbar unterstehenden Krankenanstalt die Krankenpflegeausbildung zu etablieren. Bereits die lange Anlaufphase ist ein Kennzeichen für die geringe Wertschätzung und die damit verbundene Nachrangigkeit, die die Krankenpflege im preußischen Medizinalwesen auszeichneten. Zudem wurde die Krankenpflege an der Charité über Jahrzehnte durch einen nicht dort beschäftigten Arzt gelehrt. Aus Sicht der preußischen Regierung war für die Krankenpflege nur eine geringe Qualifizierung notwendig. Bis 1907 blieb die Ausbildungsdauer an der Charité bei lediglich drei Monaten, während sie in England bis dahin auf zwei bis drei Jahre gestiegen war. Durch die Gründung der Krankenpflegeschule an der Charité im Jahr 1832 wurde gleichzeitig ein Modell geschaffen, das für eine spätere Normierung des Krankenpflegeberufs beispielgebend herangezogen werden konnte.

---

<sup>2</sup> MEIWES (2000), "Arbeiterinnen des Herrn", S. 314.

Hier entstanden Krankenpflegelehrbücher, die jeweils von den mit der Lehre befaßten Ärzten entsprechend neuen medizinischen Erkenntnissen überarbeitet wurden. Die Ärzte erwarben Kompetenzen auf dem Gebiet des Krankenpflegewesens, so daß die preußische Regierung sie als Sachverständige hinzuziehen konnte.

Die geringe Wertschätzung der Krankenpflege im preußischen Medizinalwesen wird auch durch die Bedeutungslosigkeit der Krankenpflege bei der Prüfungsreform von 1825 dokumentiert. Zu den grundlegenden Handlungsmustern auch der preußischen Regierung gehörte, "Kurpfuscherei" im Sinne eigenständiger Tätigkeit des Wartepersonals nicht zuzulassen. Der bereits von Franz Anton Mai formulierte Anspruch, daß der Staat für die Krankenpflege zuständig und für die Ausbildung von Krankenpflegepersonal verantwortlich sei, wurde von der preußischen Regierung nicht weiterverfolgt. Dies bedeutete, keine obligatorischen Vorgaben zu machen und statt dessen nur Empfehlungen auszusprechen, die für die Regierung keine bindenden Wirkungen nach sich zogen.

Mit dem Scheitern der Medizinalreform von 1848/1849 scheiterte auch die Reform der Armenkrankenpflege und damit der Versuch, die Ausbildung in der Krankenpflege landesweit zu institutionalisieren. Damit blieb die Krankenpflege den konfessionellen Mutterhausverbänden und dem Wärterstand überlassen.

In der Epoche zwischen Reichseinigung und 1. Weltkrieg lassen sich drei Phasen voneinander abgrenzen. Eine *erste Phase* dauerte von den deutschen Einigungskriegen bis zur Mitte der 1880er Jahre. Sie steht unter dem Zeichen der Erfolgsgeschichte der konfessionellen Mutterhauskrankenpflege, ihrer Unverzichtbarkeit in den deutschen Einigungskriegen und ihrer Vorbildfunktion, die sich bei der Gründung der Schwesternschaften des Roten Kreuzes zeigte. Das Wartepersonal war und blieb demgegenüber nicht konkurrenzfähig, und die Krankenpflege konnte sich kaum zu einer beruflichen Alternative für bürgerliche Frauen entwickeln.

Der Umgang des preußischen Kultusministeriums mit der Petition Lehfelts in den 1870er Jahren zeigte, daß die preußische Regierung seit Beginn des 19. Jahrhunderts so gut wie nichts getan hatte, um die Krankenpflege zu einem qualifizierten Beruf zu machen. Es gelang der preußischen Regierung nicht einmal in der doppelten Krisensituation in der Mitte der 1870er Jahre, als der Höhepunkt des Kulturkampfes mit einer verheerenden Choleraepidemie zusammenfiel, die Krankenpflege als Ausbildungsberuf zu etablieren. Sich nach der Initiative des Apothekers Lehfelt 1874 bis 1877 hinschleppende Bemühungen des preußischen Kultusministeriums,

die "weltliche" Krankenpflege als Alternative zur katholischen Ordenskrankenpflege zu etablieren, scheiterten an mangelnder Unterstützung auf allen Ebenen, vor allem aber an der Weigerung des Finanzministeriums, Mittel bereitzustellen. Die Krankenpflege gehörte nicht zu den Heilberufen, und so argumentierte das Finanzministerium 1876/1877, die Finanzierung der Krankenpflegeausbildung gehöre nicht zu den Aufgaben des Staates. Es lehnte in einer bis heute weiterwirkenden Grundsatzentscheidung eine dauernde Belastung der Staatskasse grundsätzlich ab. Im Umgang mit der Ordenskrankenpflege im Kulturkampf führte der Nutzen für den Staat, für Militärwesen und Seuchenbekämpfung, trotz weltanschaulicher Gegnerschaft zur Tolerierung. Der preußische Staat war nicht in der Lage, Ersatz für die katholische Ordenskrankenpflege zu schaffen. Die Berichte an das Kultusministerium in den 1870er Jahren zeigten, daß die Orientierung der gewerblichen an der christlichen Krankenpflege im Hinblick auf Lohn, Arbeitsbedingungen, soziale Absicherung und geforderte Charaktereigenschaften der Rekrutierung von geeignetem "freiem" Krankenpflegepersonal mangels Attraktivität bereits zahlenmäßig enge Grenzen setzen würde. Deutlich wird jedoch, daß dem Krankenpflegeberuf bei einer vereinzelter Etablierung auf Bezirksebene noch geringere Kompetenzen als dem 1851 geschaffenen Heilgehilfenstand zuerkannt wurden.

Die *zweite Phase* zwischen der Mitte der 1880er Jahre und 1900 war geprägt durch zunehmende fachliche Anforderungen aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse. Gleichzeitig stieg der Arbeitskräftebedarf in der Krankenpflege schnell, da das Gesundheitswesen expandierte. Die konfessionellen Verbände besaßen eine gewisse Kompensationsfunktion gegenüber staatlicher Untätigkeit auf dem Gebiet der Krankenpflege, eine Kompensation, die sie immer weniger ausfüllen konnten. Eine staatliche Regulierung fehlte. Der preußische Staat fiel bis zum Jahr 1900 als bestimmende Kontroll- und Lenkungsinstanz und damit auch als Faktor zugunsten einer Qualifizierung der Krankenpflege bis zur Jahrhundertwende aus. Eine kohärente Politik des preußischen Kultusministeriums zur Hebung des Krankenpflegewesens gab es bis 1900 nicht. Vielmehr handelte es sich um Einzelmaßnahmen und kurzfristige Reaktionen auf Krisen. Sobald die akute Krise vorbei war, verschwand die Krankenpflege wieder von der politischen Tagesordnung. Die Politik der "wohlwollenden Förderung" in den 1880er Jahren führte die Handlungsmuster der preußischen Regierung aus dem frühen 19. Jahrhundert weiter: keine eigene Verantwortung zu übernehmen und sich auf unterstützende Maßnahmen zu beschränken.

Nach dem Ende der Choleraepidemie der 1870er Jahre entstand erst wieder im Jahr 1900 politischer Druck auf die preußische Regierung. Die Dokumentation von Mißständen durch den Polizeipräsidenten Berlins führte 1897 lediglich zu einer Umfrage bei den Bezirken, die jedoch nicht weiter ausgewertet wurde, bis drei Jahre später den Anliegen des Wärterstands durch heftige Kritik des Sozialdemokraten Otto Antrick (1858-1924) am Krankenhaus- und Krankenpflegewesen im Reichstag eine Stimme verliehen wurde.

Die *dritte Phase* umfaßt die gleichzeitig mit Modernisierungsbestrebungen einhergehenden für die Krankenpflegeausbildung maßgeblichen Normierungs- und Zuweisungsprozesse zwischen 1900 und 1914. Die politischen Gesetzgebungsprozesse mündeten 1906 in einem Bundesratsbeschluß, der ein fakultatives staatliches Examen nach einem Jahr Ausbildung vorsah, und der Einführung dieses Examins in Preußen im Jahr 1907. Keine Chance bestand dagegen, eine soziale Komponente der Krankenpflegereform durchzusetzen. Damit war klar, daß von dieser Reform keine soziale Befriedung ausgehen konnte und sie für eine Qualitätssicherung durch Minimalstandards nur sehr unvollkommene Anfänge bot.

Für den Wärterstand war das 19. Jahrhundert ein verlorenes Jahrhundert. Bis zum Ende des Kaiserreichs wurde er von der Regierungspolitik ausgegrenzt. Dort, wo die Mißstände besonders groß waren, ließ sich der preußische Staat nicht in die Pflicht nehmen, weder, was seine Qualifizierung, noch was Lohn, Arbeitsbedingungen und soziale Absicherung betraf. Sozialen Forderungen zur Besserstellung des Wartepersonals von sozialdemokratischer und gewerkschaftlicher Seite durch gesetzgeberische Maßnahmen nachzukommen, verweigerte er sich bis zum Zusammenbruch des Kaiserreichs 1918 erfolgreich. Ausgehend von der, wie sich zeigen sollte, utopischen Hoffnung, die Krankenpflege über Verbände kontrollieren und ohne den Wärterstand auskommen zu können, wurde dieser sowohl berufspolitisch als auch sozialpolitisch von der preußischen Regierung ausgegrenzt und unterdrückt. Die Einflußlosigkeit der Sozialdemokraten im preußischen Landtag, das gewählte Gesetzgebungsverfahren zur Einführung der staatlichen Prüfung unter Umgehung des Reichstags, die Ausnahmeregelungen bei der Novellierung der Reichsgewerbeordnung im Jahr 1908 und die daraufhin folgende Verzögerungstaktik der Reichsregierung trugen dazu bei, daß sich sozialdemokratische und gewerkschaftliche Interessen nicht durchsetzen konnten. Der Deutsche Krankenpfleger-Bund, die B.O.K.D. und die christliche Gewerkschaft

waren dabei als Hilfstruppen willkommen, um die freigewerkschaftliche Organisation zu schwächen.

Das politische Gewicht der gewerkschaftlichen Interessenverbände wiederum war im Kaiserreich zu gering, als daß die preußische Regierung ihre Forderungen hätte ernst nehmen müssen. Erst nach dem Zusammenbruch des Kaiserreichs konnten sie ihre Forderungen in den politischen Entscheidungsprozeß einbringen. Zu dieser Zeit waren die entscheidenden rechtlichen Festlegungen bereits getroffen, und ein Reichsgesetz zur Regelung der Krankenpflege ließ sich in der Weimarer Republik ebensowenig durchsetzen wie die Sozialisierung des Gesundheitswesens.

### **III.2. Kein Übergang zum Krankenpflegeberuf als "bürgerlichem Frauenberuf"**

In der 1. Hälfte des 19. Jahrhunderts waren Bemühungen zur Hebung des Wärterstandes gescheitert oder gar nicht erst in Angriff genommen worden. In der zweiten Jahrhunderthälfte wandten sich interessierte Kreise, Militärs, Adelige, Ärzte, Geistliche und Kommunen, einer neuen Zielgruppe zu: bürgerlichen Frauen, die nicht bereits aufgrund religiöser Berufung den Eintritt in einen konfessionellen Mutterhausverband gewählt hatten. Bei dem Ziel, diese an die Krankenpflege heranzuführen, dienten die Dienstethik der konfessionellen Schwesternschaften und häufig auch das Mutterhaussystem als Vorbild. In Preußen stellte die Etablierung der nichtkonfessionellen Mutterhausverbände durch das Rote Kreuz eine wichtige Weichenstellung dar: Sie diente als Vorbild für spätere Pläne des preußischen Kultusministeriums. Rudolf Virchows Vorstoß hingegen, in Konkurrenz zu den Mutterhausverbänden bürgerliche Krankenpflege auf einer humanistischen Ethik zu gründen, scheiterte. Beide Initiativen übernahmen sehr selektiv Elemente der englischen, mit dem Namen von Florence Nightingale verknüpften Bewegung zur Reform der Krankenpflege. Weltanschaulich von Interesse war für Rudolf Virchow die "bürgerliche" Organisation der Krankenpflegeausbildung in England, wobei er die christliche Prägung der Krankenpflege, die Florence Nightingale forderte, übergang.

Krankenpflege im Roten Kreuz bedeutete, daß "christliche Liebestätigkeit" als Konzept auf die nichtkonfessionelle Krankenpflege übertragen wurde. Die Konzeption der Krankenpflege im Roten Kreuz entstand in enger Anlehnung an die Vorbilder von Orden und Mutterhausdiakonie.



Gleichzeitig formten militärische Interessen die Ausgestaltung eines in der Zivilgesellschaft ausgeübten Berufs. Die Rot-Kreuz-Krankenpflege wurde als ärztlicher Hilfsberuf mit einem Schwerpunkt auf praktischen Fertigkeiten und einer begrenzten theoretischen Qualifikation mit hauswirtschaftlicher Kompetenz definiert. Die Verfügbarkeit für militärische Zwecke sollten sittlich-religiöse Erziehung mit der Folge einer Haltung eines christlichen Dienstes am Vaterland, die Unterwerfung unter eine strikte Disziplin sowie die Kasernierung, Unselbständigkeit und Verfügbarkeit im Mutterhaus gewährleisten. Die Rot-Kreuz-Bewegung trug zwar dazu bei, bürgerlichen Frauen eine Grundausbildung in der Krankenpflege zu vermitteln und das Ansehen der Krankenpflege zu heben. Die Beschränkung auf die Zielgruppe bürgerlicher Frauen und die Reglementierungen des Mutterhaussystems einerseits, die fehlende Finanzierungsverantwortung durch den Staat andererseits führten jedoch dazu, daß von vornherein nur eine begrenzte Expansion möglich war und die Schwesternzahlen weit hinter den Wünschen des Militärs zurückblieben. Das Rote Kreuz trug dazu bei, daß die Krankenpflege im 19. Jahrhundert noch kein "freier" Frauenberuf wurde, da er durch die Eingliederung bürgerlicher Frauen in das Mutterhaussystem das emanzipatorische Potential des Bürgertums schmälerte. An die Stelle der Abhängigkeit von einer kirchlichen Organisation traten Verpflichtungen gegenüber dem Militär. Dessen Interessen wiederum hatten Vorrang vor den Anliegen der Krankenpflegepersonen. Dies zeigte sich vor dem 1. Weltkrieg, als Ärzte des Kriegsministeriums wesentlich dazu beitrugen, die Krankenpflege als eine mit geringer Vorbildung erlernbare, niedrig qualifizierte und vorwiegend praktisch ausgerichtete Tätigkeit festzuschreiben.

Auch die Auswertung der reichsweiten Statistiken zeigte, daß im Kaiserreich kein Übergang von der Krankenpflege als "christlicher Liebestätigkeit" zu einem bürgerlichen Frauenberuf stattfand. In absoluten Zahlen expandierten die konfessionellen Pflegekräfte noch bis zum Ende des Kaiserreichs. Sowohl die preußische Statistik von 1885 als auch die Schätzung Alfred von Lindheims 1905 belegen zudem eine massive Untererfassung von Wärterinnen und Wärtern. Somit müssen die auf Eva-Cornelia Hummel und Jutta Helmerichs beruhenden Angaben<sup>3</sup> zur zahlenmäßigen

---

<sup>3</sup> Zu den Statistiken vgl. HUMMEL (1986), Krankenpflege im Umbruch, S. 7f., S. 33-38. Jutta Helmerichs hält die Statistiken von 1876, 1887, 1898 und 1909 für genauer und objektiver, als die Zahlen, die sich durch die Angaben der einzelnen

Entwicklung des Krankenpflegepersonals wie auch ihre Schlußfolgerungen zum Anteil des konfessionellen Personals,<sup>4</sup> die auch in die neueste Auflage des Krankenpflegelehrbuchs von Eduard Seidler und Karl-Heinz Leven übernommen wurden,<sup>5</sup> als widerlegt gelten. Dasselbe gilt für die Angabe von Dorothe Falkenstein,<sup>6</sup> in der allgemeinen Krankenpflege seien am Ende des 19. Jahrhunderts etwa 80 Prozent aller Pflegepersonen konfessionell gebunden gewesen. Angesichts der Untererfassung des Wärterstandes waren die Qualifikationslücke wie auch die soziale Problematik noch viel gravierender, als bisher in der historischen Pflegeforschung dargestellt. Dementsprechend wäre auch der Kraftakt, der mit dem von Wärterseite und Agnes Karll geforderten obligatorischen Krankenpflegeexamen und einer nachfolgenden Ausbildungspflicht einhergegangen wäre, erheblich größer gewesen als bisher angenommen.

Infolgedessen ist auch die Vorstellung, es habe einen "Wandel" von "christlicher Liebestätigkeit" zum "Frauenberuf" im Kaiserreich gegeben, wenig aussagekräftig. Wie Susanne Kreutzer gezeigt hat,<sup>7</sup> könnte man noch für die 1950er Jahre mit ebenso gutem Recht einen solchen Übergang postulieren. Vielmehr sollte man von einem Mehrsäulenmodell ausgehen. Das späte 19. und frühe 20. Jahrhundert stellte eine Expansionsphase dar, in der der Bedarf an geschultem Pflegepersonal rapide zunahm. Ursachen waren einerseits das starke Bevölkerungswachstum, die Ausweitung des Krankenhauswesens und der Anspruch, dem Land als bisher unterversorgtes Gebiet pflegerische Leistungen zu kommen zu lassen, andererseits höhere Ansprüche an das Pflegepersonal im Zuge neuer Erkenntnisse über Bakteriologie und Hygiene sowie der Einführung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren. In dieser Phase trat neben die beiden Säulen der konfessionellen Krankenpflege und des Wartepersonals allmählich und mit Übergängen als dritte Säule der Patientenversorgung die kleine Minderheit

---

Krankenpflegevereine und -verbände zusammenstellen lassen. Vgl. HELMERICHS (1992), Krankenpflege im Wandel, S. 234f., S. 238f.

<sup>4</sup> Jutta Helmerichs schlußfolgerte, daß um 1900 die Krankenpflege im Krankenhaus nach wie vor fast ausschließlich von mutterhausgebundenen Pflegekräften geleistet worden sei. Vgl. HELMERICHS (1992), Krankenpflege im Wandel, S. 53.

<sup>5</sup> Eduard Seidler und Karl-Heinz Leven zufolge waren zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch etwa 75% der in der Krankenpflege Tätigen kirchlich oder in Mutterhäusern gebunden. Vgl. SEIDLER/LEVEN (2003), Geschichte der Medizin und Krankenpflege, S. 240.

<sup>6</sup> FALKENSTEIN (2006), Die Rolle des Irrenpflegepersonals an europäischen Heilanstalten im 19. und frühen 20. Jahrhundert, S. 99.

<sup>7</sup> Vgl. KREUTZER (2005), Vom "Liebesdienst" zum modernen Frauenberuf, S. 17-33.

der nicht an eine konfessionelle Mutterhausgemeinschaft gebundenen bürgerlichen Frauen.

Während die Medizin in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts Erfolgsgeschichte schrieb und das Gesundheitswesen expandierte, sah sich die Krankenpflege mit den Schattenseiten dieser Entwicklung konfrontiert. Die Krankenpflege war als Arbeitsgebiet so unattraktiv, daß außerhalb der konfessionellen Mutterhausverbände nur eine kleine Zahl bürgerlicher Frauen diese Tätigkeit wählte. Vielmehr war die Krankenpflege sehr viel stärker geprägt durch Angehörige des Dienstboten- und Arbeiterstandes. Dies hatte auch zur Folge, daß die Interessen der Führungselite der B.O.K.D., die einen qualifizierten bürgerlichen Beruf mit dreijähriger Ausbildung forderten, weit entfernt waren von der Interessenslage der überwiegenden Mehrheit der in der Krankenpflege "frei" Tätigen, für die, soweit sie organisiert waren, eine Verbesserung ihrer sozialen Lage im Vordergrund stand.

Die "freie" Krankenpflege wollte oder konnte, von wenigen Ausnahmen abgesehen, überhaupt keine qualifizierte Position mit Eigenständigkeit im Sinne der kleinen Führungselite anstreben. Daß die Pflege eine "sowohl weibliche als auch sachliche Selbständigkeit" verlangte,<sup>8</sup> trifft daher für den überwiegenden Teil des Pflegepersonals nicht zu.

Initiativen zu höherer Bildung, die über unmittelbar berufsbezogene Kenntnisse hinausgingen, sind in der Vermittlung von Allgemeinbildung und allgemeinen akademischen Fähigkeiten in den Lehrplänen der Oberinnenschule des Roten Kreuzes und der Hochschule für Frauen in Leipzig zu erkennen. Sie verdeutlichen die große Kluft zwischen einer kleinen Elite und der großen Masse des nicht Akademikerkreisen zugehörigen Pflegepersonals. Die Versuche einer Institutionalisierung der Weiterqualifikation zu Oberinnen durch die Oberinnenschule des Roten Kreuzes und einer Akademisierung des Krankenpflegeberufs auf Initiative der B.O.K.D. an der Leipziger Hochschule für Frauen waren Pionierleistungen. Die Schwäche lediglich privater und nicht staatlicher Trägerschaft, verbunden mit der Ungunst der deutschen Geschichte, der Niederlage im 1. Weltkrieg und der nachfolgenden Inflation, ließen diese Versuche scheitern.

---

<sup>8</sup> SEIDLER/LEVEN (2003), Geschichte der Medizin und Krankenpflege, S. 224.

### **III.3. Marginale berufspolitische Mitwirkungsmöglichkeiten des Pflegepersonals**

Zwischen dem Beginn des 19. Jahrhunderts und den 1880er Jahren war das Mutterhaussystem der katholischen Orden und der evangelischen Mutterhausdiakonie in der Lage, den Anforderungen in die Krankenpflege-tätigkeit gemäß dem Stand der ärztlichen Wissenschaften zu entsprechen. Dies zeigen nicht zuletzt die Einigungskriege und die Urteile Rudolf Virchows über die konfessionelle Krankenpflege zwischen 1869 und 1884.

Die bürgerliche Krankenpflege wurde seit den 1860er Jahren schrittweise gegenüber der konfessionellen konkurrenzfähig. Für eine Übertragung wesentlicher Elemente des englischen Modells fehlten in Deutschland jedoch vor der Jahrhundertwende die Voraussetzungen und die Führungspersönlichkeiten. In Deutschland gab es bis dahin keine von Kirche oder Militär unabhängige Bewegung aus der Krankenpflege selbst, die die eigenen Interessen hätte vertreten können. Was in England in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zur Etablierung der Krankenpflege als angesehenen bürgerlicher Beruf geleistet wurde, konnte in Deutschland nach der Jahrhundertwende nicht aufgeholt werden.

Die Schwesternschaften des Roten Kreuzes behielten einen interkonfessionell christlichen Anspruch und arbeiteten in der Kriegskrankenpflege mit Orden und Mutterhausdiakonie zusammen. Als bedrohlich wurde es dagegen von Seiten der christlichen Mutterhauskrankenpflege empfunden, als die neugegründeten, nicht mehr notwendigerweise auf christlichem Fundament stehenden, von bürgerlichen Frauen getragenen Schwesternorganisationen mit ihrer stärkeren Betonung fachlicher Ausbildung, mehr Freiheiten für die Lebensgestaltung des Krankenpflegepersonals und dem Anspruch, daß Krankenpflege Erwerbstätigkeit sein solle, eine ernstzunehmende Konkurrenz zu werden drohten. Die Vorstellungen, was Wesensgehalt der Krankenpflege sein solle, ob christlicher Liebedienst, bürgerlicher Frauenberuf oder Erwerbstätigkeit des proletarischen Wartepersonals, erwiesen sich als unvereinbar. Einzelne von der bürgerlichen Krankenpflege ausgehende Bestrebungen, die Krankenpflege zu einem angesehenen und qualifizierten Frauenberuf zu machen, wurden so stark von Konflikten zwischen verschiedenen Schwesternverbänden sowie zwischen Schwestern und Wärtern überlagert, daß sie die Position der Krankenpflege insgesamt schwächten und geradezu dazu einluden, die Verbände gegeneinander auszuspielen.

Die geringen berufspolitischen Gestaltungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten des Pflegepersonals beruhten nicht nur auf den politischen Strukturen und auf dem Verhalten der Ärzteschaft, sondern lagen auch in den Pflegeverbänden selbst begründet. Abgesehen von der B.O.K.D., vertraten sie politische Belange nicht selbst. Für die katholische Krankenpflege führte der preußische Episkopat die Verhandlungen mit dem preußischen Kultusministerium, für die Mutterhausdiakonie das Präsidium der Kaiserswerther Generalkonferenz. Das Rote Kreuz vertraten Ärzte des Kriegsministeriums. Im Evangelischen Diakonieverein war Friedrich Zimmer, ein Vertrauter des preußischen Medizinalbeamten Eduard Dietrich, die dominante Persönlichkeit. Die gewerkschaftlichen Wärterverbände wiederum waren zu schwach, um politisch eine Rolle spielen zu können.

Die Rolle von Agnes Karll und ihren Mitstreiterinnen von der B.O.K.D. für das Zustandekommen der staatlichen Prüfung war marginal. Der in der historischen Pflegeforschung häufig hervorgehobene Wiesbadener Antrag auf der Tagung des Bundes deutscher Frauenvereine 1902 war nur eine von vielen Stellungnahmen, die zwar zur Kenntnis genommen wurden, im politischen Entscheidungsprozeß aber keine Relevanz hatten. Die im Vergleich zu England und Amerika spätere Organisation "freier" Schwestern führte dazu, daß die Bewegung der "wissenschaftlichen Krankenpflege" die Pflegeplanung und Pflegeforschung bereits als ärztlichen Kompetenzbereich für sich reklamiert hatte, bevor Agnes Karll 1902 überhaupt die politische Bühne betrat, ohne daß Krankenschwestern selbst hierzu ein Gegengewicht gebildet hätten. Als die B.O.K.D. 1903 gegründet wurde, war mit dem Roten Kreuz und dem Evangelischen Diakonieverein bereits etablierte und eifersüchtige Konkurrenz im Feld, die ebenfalls bürgerliche Frauen als Zielgruppe hatten.

Nach der Jahrhundertwende dienten England und Amerika als Vorbilder für die Schwestern der B.O.K.D., die versuchten, dort etablierte Strukturen in Organisation und Ausbildung der Krankenpflege auf Deutschland zu übertragen. Marie Cauer kommt das Verdienst zu, 1902 durch ihre Eingabe an die Reichsregierung einen Impuls für eine Stellungnahme des Kaiserlichen Gesundheitsamts gegeben zu haben. Allerdings war die nicht beabsichtigte Folge von Marie Cauers Eingabe, daß der aufgrund ihrer Eingabe von Regierungsseite gesehene Handlungsbedarf statt ihres Anliegens, den Krankenpflegestand zu heben, den Gesichtspunkt verstärkter Kontrolle beinhaltete. In der Auseinandersetzung um das staatliche Examen war von Seiten des Staates die Kontrolle der "freien" Krankenpflege ein Hauptmotiv für die Einführung eines Befähigungszeugnisses.

Die Leistungen und Erfolge der englischen Krankenpflegestandes, die dieser innerhalb von 40 Jahren, zwischen 1860 und 1900 erreicht hatte, ließen sich nicht auf Preußen übertragen. Das von Florence Nightingale begründete, in England und Amerika weiterentwickelte, von liberaler Seite als Vorbild genannte und von der B.O.K.D. um Agnes Karll favorisierte Modell der Krankenpflege als eines qualifizierten bürgerlichen Frauenberufes hatte in Preußen im Untersuchungszeitraum nie eine Chance. Florence Nightingales Brillanz – ihre Zugehörigkeit zu den führenden Kreisen Englands, ihr Organisationstalent, ihre schriftstellerische Begabung, ihr eiserner Wille und Arbeitsethos, ihre Zusammenarbeit mit Ärzten und ihre Fähigkeit zur Durchsetzung ihrer Vorstellungen bei hohen Regierungsvertretern – aber auch die Reaktion der englischen Bevölkerung – die Erhebung zur Nationalheldin, reichliche Spenden für den "Nightingale Fund", Legendenbildung, Vorbildfunktion, Rezeption ihrer "Notes on Nursing" in breiten Schichten der Bevölkerung – waren nur einige von vielen Faktoren, die in England zusammenwirkten und zur Anerkennung der Krankenpflege als Beruf für bürgerliche Frauen führten. Diese bedeutenden Entwicklungen hatten in Deutschland zunächst keine äquivalenten Professionalisierungsprozesse zur Folge. Ebenso fehlte in Deutschland die nächste Generation qualifizierter Krankenschwestern in England, die im späten 19. Jahrhundert mit dem Anspruch auftraten, den Krankenpflegeberuf selbst weiterzuentwickeln.

### **III.4. Die Bedeutung der Ärzteschaft für die Normierung der Krankenpflege**

Die Haltung der organisierten Ärzteschaft wurde durch die Bewegung der "wissenschaftlichen Krankenpflege" in den 1890er Jahren und die Standesinteressen in einer als berufspolitisch schwierig empfundenen Lage geprägt. Florence Nightingales in den "Notes on Nursing" dargelegte Auffassung über das Selbstverständnis der Krankenpflege und die Kompetenzen des Krankenpflegestandes fand in Preußen keinen Widerhall. Im Gegenteil – die Untersuchung der ärztlichen "Hypurgie-Bewegung" oder auch Bewegung der "wissenschaftlichen Krankenpflege" zeigte, daß diese die Weiterentwicklung der Pflege als ärztliches Spezialgebiet reklamierten und ihr in der Tradition des preußischen Medizinalwesens eine reine Hilfstätigkeit zuwiesen. Im preußischen Medizinalwesen bereits angelegte Denkmuster wurden hier mit wissenschaftlichem Anspruch untermauert.

Als Schlüsseldokument zur Rolle der Pflege nach dem Verständnis führender Vertreter der Ärzteschaft erwies sich hierbei Mendelsohns Ratgeber "Der Comfort des Kranken" für angehende Ärzte, der für die pflegerischen Tätigkeiten eine ärztliche, bis auf die Antike zurückgehende Tradition erfand. Ratschläge im Hinblick auf Pflegeplanung und Umgang mit dem Patienten aus Florence Nightingales "Notes on Nursing" wurden ohne ihre Namensnennung angehenden Ärzten nahegelegt. Es handelt sich hier um einen nicht eingestandenen und bisher unbekanntem Rezeptionsstrang der "Notes on Nursing", mit dem Mendelsohn diese für seine Zwecke instrumentalisierte. Die in den 1890er Jahren bestehenden Auffassungsunterschiede in Deutschland und England, welche Kompetenzen Krankenpflegepersonen besitzen sollten, macht Mendelsohns Schrift in prägnanter Weise deutlich.

Allerdings gab es neben den machtpolitischen auch sachliche Gründe. Nur die Ärzteschaft besaß die Strukturen, Neuerungen in den medizinischen Wissenschaften in das Krankenhaus zu übertragen, während die Krankenpflege, bis auf wenige Ausnahmen nicht akademisiert, kein Netzwerk von Organisationen besaß, die sich mit der Umsetzung von Neuerungen aus der Forschung in die Praxis befaßten. Die Bedeutung der 1890er Jahre liegt darin, daß hier von ärztlicher Seite ideologisch vorbereitet wurde, was nach der Jahrhundertwende in den berufspolitischen Entscheidungen zwischen 1900 und 1907 vollzogen wurde. In diesem Jahrzehnt war den Ärzten in Deutschland die Krankenpflege als Feld wissenschaftlicher Weiterentwicklung allein überlassen, und so war es naheliegend, daß die Abgrenzung zwischen ärztlichen und pflegerischen Kompetenzen zu Ungunsten der Krankenpflege als unselbständiger Hilfsberuf konzipiert wurde.

Die Ärzte waren als zuständige Referenten in der Medizinalabteilung des preußischen Kultusministeriums, im Kaiserlichen Gesundheitsamt und im Reichsgesundheitsrat, also in den Entscheidungsgremien, in denen die Beschlußvorlage für den Bundesrat ausgehandelt wurde, weitgehend unter sich. Fachlich ging es um einen Kompromiß zwischen verschiedenen ärztlichen Positionen. "Kurpfuscherei" von Krankenpflegepersonal, also Übergriffe des Krankenpflegepersonals in die Therapie außerhalb der ihm von Seiten der Ärzte zugewiesenen Grenzen auf keinen Fall zuzulassen, gehörte angesichts der als schwierig empfundenen berufspolitischen Situation zum breiten Konsens innerhalb der Ärzteschaft. Den in eine Vielzahl von Organisationen mit unterschiedlicher Weltanschauung und Zielen zersplitterten Krankenpflegeorganisationen stand ein weitgehend

homogener, im Ärztevereinsbund und seit 1900 im Leipziger Verband in zunehmendem Maße schlagkräftig organisierter Ärztestand gegenüber, der auf Verbündete im preußischen Kultusministerium zählen konnte. Wenn der Leipziger Verband auch seine größte Öffentlichkeitswirksamkeit im Kampf gegen die Krankenkassen erreichte, so spielte er nichtsdestoweniger auch als Interessenvertreter gegenüber den Krankenhausträgern eine bedeutende Rolle.

Die Durchsetzung ärztlicher Kompetenzen im Krankenhaus wurde begrenzt durch die Interessen der Kirchen. Insbesondere der Zusammenschluß katholischer Krankenhäuser diente einer effektiven Bündelung der Interessen der betroffenen Krankenhausträger, die im katholischen Episkopat einen Rückhalt hatte. Die Einführung des Krankenpflegeexamens war Teil ärztlicher Standespolitik, zu der das Ziel gehörte, die Leitungsfunktion im Krankenhaus zu übernehmen. Dies bedeutete, daß die Machtfrage zwischen ärztlicher und geistlicher Autorität in konfessionellen Krankenhäusern gestellt war. Dies endete für die Ärzte mit einem Teilerfolg. Durch staatliche Erlasse wurde die Chefarztposition im Krankenhaus festgeschrieben, während aufgrund des Einspruchs des preußischen Episkopats die durch Ärzte vorgegebene Strukturierung der Abläufe im Krankenhaus ihre Grenzen dort fand, wo die innere Organisation der Orden beeinträchtigt worden wäre.

Es handelte sich also im Gegensatz zu der Auffassung von Jutta Helmerichs nicht um eine Kooperation zwischen Ärzten und Mutterhausverbänden, sondern um eine harte Auseinandersetzung zwischen Leipziger Verband und preußischem Episkopat bzw. Mutterhausdiakonie, in der sich bis Kriegsbeginn eine fragile Kompromißlinie abgezeichnet hatte. Selbstverständnis, Interessenlage und Machtposition der relevanten gesellschaftlichen Gruppen mit Blick auf die Krankenpflege im Jahr 1900 machen deutlich, daß Hoffnungen auf eine zunehmende Befreiung aus den geschlechtsspezifischen Zwängen des 19. Jahrhunderts nicht berechtigt waren, auch wenn die Göttinger Lokalstudie von Traudel Weber-Reich einen anderen Eindruck erwecken mag. Bei der Einführung des Chefarztsystems in Krankenhäusern im Jahr 1908 handelte es sich nicht um eine skandalöse Aktion, sondern um die konsequente Weiterführung einer Standespolitik, die sich auf Bestimmungen berufen konnte, die in den 1890er Jahren in der Psychiatrie eingeführt worden waren. Das ärztliche Vorgehen beruhte auf Denkmustern, die im ganzen 19. Jahrhundert wirkungsmächtig waren. Weber-Reichs Schlußfolgerung, ein "Machtstreben um jeden Preis zerstörte die gleichberechtigte Partnerschaft zwi-



schen Ärzten und Krankenschwestern"<sup>9</sup>, zeigt eine Rückprojektion von Denkmustern des späten 20. Jahrhunderts in das Kaiserreich. Dieser Zeit war eine "gleichberechtigte Partnerschaft" zwischen Ärzten und Pflegepersonal im Hinblick auf das Selbstverständnis der Berufsgruppen völlig fremd.

Der preußische Medizinalbeamte Eduard Dietrich steht exemplarisch für die Perspektive, aus der heraus das Krankenpflegeexamen konzipiert wurde. Eduard Dietrich vertrat gemeinsam mit Friedrich Zimmer das Verbandsmodell der Krankenpflege, das er dem Arbeitnehmermodell der Sozialdemokratie entgegenstellte. Seine 1900 formulierten Grundlinien für die Krankenpflegereform gründeten sich auf zwei Fehleinschätzungen: Zum einen überschätzte er trotz der Warnungen von Mathilde Weber die Fähigkeit der Mutterhausverbände und Krankenpflegevereine, den zunehmenden Bedarf abzudecken. Sein Ziel war, den dem staatlichen Examen inhärenten Gewinn an Unabhängigkeit für Pflegende durch die Ausbreitung von Genossenschaftsstrukturen auf das "freie" Krankenpflegepersonal so weit wie möglich zu kompensieren. Es gelang zudem nicht, den Säkularisierungsprozeß auf gesetzlichem Wege aufzuhalten. Undurchführbar war, wie im Entwurf von 1903 vorgesehen, nur Angehörige anerkannter Glaubensgemeinschaften zum Krankenpflegeexamen zuzulassen.

Eduard Dietrich ist gleichzeitig ein prägnantes Beispiel für den begrenzten Handlungsspielraum einzelner in institutionellen Entscheidungsprozessen. Als Arzt in seinen Bemühungen um eine bessere pflegerische Versorgung der Bevölkerung mußte er erhebliche Abstriche machen. Aus fachlichen Gründen war er 1896 zu dem Schluß gekommen, daß möglichst alle Krankenpflegepersonen eines Befähigungsnachweises bedurften. Im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens verringerte sich gegen seinen Willen der Wert der Prüfung als solcher beträchtlich. Ein obligatorisches Krankenpflegeexamen hatte jedoch aufgrund des Widerstands des preußischen Finanzministeriums nie eine Chance. Eine Ausbildungsdauer von mehr als einem Jahr und eine Strukturierung der Ausbildungszeit wurden im Laufe des Entscheidungsprozesses geopfert. Für das Ziel einer Qualitätssicherung konnte also vor dem 1. Weltkrieg nur ein erster unvollkommener Schritt auf den Weg gebracht werden. Keinen Erfolg hatte Dietrichs Bestreben, eine soziale Komponente zu bewahren, nämlich für staatlich anerkanntes Krankenpflegepersonal eine bessere Position im Krankenhaus und bessere soziale Bedingungen zu erreichen. Eine soziale Befriedung konnte damit von der Reform, die lediglich ein Krankenpflegeexamen

---

<sup>9</sup> WEBER-REICH (2003), "Wir sind die Pionierinnen der Pflege ...", S. 310.

beinhaltete, nicht ausgehen, wie die Debatten zwischen 1912 und 1914 im Reichstag zeigen. Die soziale Befriedung brachte dann zunächst der 1. Weltkrieg, der angesichts der bestehenden Mißstände und des bis dahin aufgebauten öffentlichen Drucks als weiterer wesentlicher Faktor zu Ungunsten der Krankenpflege zu werten ist.

### **III.5. Die Abwehr eines säkularen und ungebundenen Berufsstands**

Die weltanschauliche Komponente machte im 19. und frühen 20. Jahrhundert eine Besonderheit der Krankenpflege gegenüber anderen Gesundheitsberufen aus. Die christliche Caritas als Triebkraft bei der Linderung von Armut und Not, aber auch der Kampf um den Erhalt bzw. die Ausbreitung der "wahren" Weltanschauung in der konfessionellen Konkurrenz machen die Krankenpflege zu einem prädestinierten Feld für die Anregung von Carsten Kretschmann und Henning Pahl, Religion und Konfession als lebensprägende Kraft und Faktoren gesellschaftlichen Wandels in die geschichtliche Betrachtung einzubeziehen.<sup>10</sup> Dabei zeigt gerade die Pflegegeschichte Bruchlinien besonderer Art. Rudolf Virchows Gegenentwurf eines Krankenpflegeberufs war ein in einem liberalen Weltbild gründender und von dieser Grundsatzposition ausgehender Angriff auf das konfessionelle Fundament der Krankenpflege. Er zeigte, daß ein säkulares Dienstideal ohne die Kraft der religiösen Überzeugung nicht konkurrenzfähig war, daß vielmehr ohne die Kompensation durch andere Anreize im Hinblick auf Status, Lohn und Arbeitsbedingungen sein Vertrauen in ein Humanitätsideal nicht gerechtfertigt war. Im Kulturkampf ging es lediglich um die katholische Kirche, deren Wahrheitsanspruch in diametralem Gegensatz zu dem des liberalen Staates stand, während die Diakonie außerhalb des Blickfeldes blieb. Die im Kulturkampf begonnene Institutionalisierung von Krankenpflegeausbildung und Krankenpflegeprüfung in einzelnen Bezirken läßt sich durchaus als gewollte Säkularisierung mit dem Ziel einer Schwächung der katholischen Ordenspflege interpretieren. Das preußische Krankenpflege-Examen von 1907 steht vordergründig in dieser Tradition, da hierdurch von den Bezirken zu einer landesweiten Etablierung fortgeschritten wurde. Allerdings trat nun das preußische Kultusministerium nicht als Anwalt der Säkularisierung und auch nicht als Vermittler in einem Kompromiß zwischen Verfechtern "christlicher Liebestätigkeit" und

---

<sup>10</sup> KRETSCHMANN/PAHL (2003), Ein "Zweites Konfessionelles Zeitalter"? S. 392.

eines "weltlichen Frauenberufs" auf.<sup>11</sup> Es zielte vielmehr als Partei zugunsten der christlichen Krankenpflege darauf ab, die dem Examen inhärente Säkularisierung so weit wie möglich zu begrenzen. Hierbei spielten die Erfahrung, daß die konfessionelle Krankenpflege "freien" Kräften in der Breite überlegen waren, das Bedürfnis, die "freie" Krankenpflege zu kontrollieren, und die übergeordnete Machtpolitik gegen die Sozialdemokratie zusammen. Daß für den Ausbau der Genossenschafts-Krankenpflege zur alleinigen Organisationsform des Pflegepersonals die personellen wie auch die materiellen Ressourcen fehlten und die Kluft zwischen Wunsch und Wirklichkeit zwischen dem späten 19. Jahrhundert und dem 1. Weltkrieg immer größer wurde, steht auf einem anderen Blatt.

Auf Seiten des preußischen Kultusministeriums ist damit gegenüber dem Kulturkampf ein Wandel von Zielsetzungen und Deutung festzustellen. Die Frontstellung gegen den Katholizismus war trotz weiterer Überwachung der Orden bis zum Ende der Monarchie zurückgetreten gegenüber dem Interesse, den Einfluß von Sozialismus und Sozialdemokratie auf dem Gebiet des Krankenhaus- und Krankenpflegewesens möglichst gering zu halten. Machtpolitisch bildeten die konfessionellen Pflegekräfte nämlich in der Krankenpflege ein Bollwerk gegen Sozialdemokratie und freie Gewerkschaften, das in anderen Berufszweigen so nicht bestand. Unter dieser Prämisse konnte eine Einigung der preußischen Regierung mit den großen Konfessionen in ihrem Abwehrkampf gegen konkurrierende Geistesströmungen herbeigeführt werden.

Im Austausch für staatliche Zugeständnisse, die ihr ureigenstes Kompetenzgebiet betrafen, waren die Verhandlungsführer auf katholischer und evangelischer Seite auf anderen Feldern zu Zugeständnissen bereit. Daß von Seiten der Medizinalbürokratie, Ärzteschaft und Krankenhausträger das Christentum für die eigenen Interessen instrumentalisiert worden sei, greift jedoch zu kurz. Vielmehr dürften vielfach ehrliche Überzeugung und Rollenstereotyp zusammengefallen und eigene Erfahrungen mit eingeflossen sein. Dies läßt sich für die Überlegenheit der christlichen Genos-

---

<sup>11</sup> Die Frontlinien um das staatliche Examen verliefen somit nicht zwischen Befürwortern, die in der Krankenpflege einen "Beruf wie andere Berufe auch" und Gegnern, die Krankenpflege als "caritatives Tun" ansahen, wie KRUSE (1995), Krankenpflegeausbildung seit Mitte des 19. Jahrhunderts, S. 104f, behauptet. Astrid Hahne erkennt, daß es Eduard Dietrich eben nicht darum ging, die Krankenpflege gegen Entgelt zu einem anerkannten Beruf zu machen. Vgl. HAHNE (2002), Der Einfluss des Berliner Arztes und preußischen Medizinalbeamten Eduard Dietrich, S. 21.

senschaftskrankenpflege gegenüber der Wärterpflege – ebenso wie für die Überlegenheit weiblicher Pflege gegenüber männlicher – konstatieren.

Die interne Auseinandersetzung auf katholischer Seite als dem politisch stärkeren konfessionellen Lager macht deutlich, daß auch dort im Spannungsfeld zwischen der Anpassung an die moderne Welt und der Abgrenzung wie auch der Betonung der Andersartigkeit um Lösungen gerungen wurde. Hierbei hatten die Modernisierungsbewegung von Geistlichen und Ärzten in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Caritasverband und die Positionierung von preußischem Episkopat und katholischer Ärzteschaft bereits den Boden für den 1907 erzielten Kompromiß bereitet. Zudem konnte auf eine bereits erzielte beispielgebende Übereinkunft zwischen katholischer Kirche und preußischem Staat über das Oberlehrerinnenexamen für Ordensangehörige zurückgegriffen werden. Zu betonen ist hierbei die Schlüsselrolle katholischer Ärzte, die einerseits als Katholiken die Ordenskrankenpflege bejahten und auf dortige Mißstände aufmerksam machten, andererseits als Ärzte völlig konform mit der ärztlichen Standespolitik gingen und für die leitende Stellung des Chefarztes in konfessionellen Krankenhäusern eintraten. Gegenüber der diesbezüglich harmonisierenden Geschichtsschreibung von Erwin Gatz<sup>12</sup> muß an dieser Stelle explizit auf die Konflikte zwischen dem Leipziger Verband und den katholischen Krankenhausträgern hingewiesen werden, die zu deren Zusammenschluß und dann auch zur Kooperation mit anderen Mutterhausverbänden führten, um erfolgreich ein Gegengewicht zur organisierten Ärzteschaft bilden zu können. Hierbei zeigt sich die Kontinuität ärztlicher Standespolitik im ersten Jahrzehnt nach der Jahrhundertwende zu der im weiteren Verlauf des 20. Jahrhunderts, wie Hans-Walter Schmuhl für die Zeit von 1908 bis 1957 gezeigt hat.

Die Frage der Anerkennung des staatlichen Examens von Seiten der konfessionellen Mutterhausverbände war Teil einer Auseinandersetzung zwischen ärztlicher und geistlicher Autorität, die sich auch in konfessionellen Krankenhäusern abspielte. Um eine Professionalisierung der Krankenpflege ging es dabei keinem der Kontrahenten, und die Krankenpflege selbst war auch nur mittelbar beteiligt, denn die Verhandlungen führten das preußische Kultusministerium, Ärzte und der preußische Episkopat bzw. das Präsidium der Kaiserswerther Generalkonferenz. Aus Sicht des preußischen Episkopats ging es darum, angesichts des schnellen

---

<sup>12</sup> GATZ (1997), Krankenfürsorge, S. 128, konstatiert lediglich: "Auch die Zusammenarbeit der Ärzte mit den Krankenhausträgern und mit der Pflege- und der hauswirtschaftlichen Leitung wurde nun definitiv normiert."

Wandels der modernen Medizin Werkzeuge zu finden, um in der Konkurrenz mit weltanschaulich anders ausgerichteten Pflegeverbänden bestehen zu können. Als geeignetes Instrument sah er hierfür ein Krankenpflegelehrbuch an, das als Meßlatte für interne Institutionalisierungsprozesse der Orden dienen konnte. Schließlich akzeptierte er auch die modernere Organisationsform katholischer Krankenpflegevereine.

Auf evangelischer Seite zeigt sich deutlich die politische Schwäche der Kaiserswerther Generalkonferenz. Im Gegensatz zur katholischen Seite war sie über die politischen Entwicklungen zwischen 1900 und 1906 nicht informiert und sah sich gezwungen, die bereits beschlossenen Kompromisse zwischen preußischem Kultusministerium und preußischem Episkopat zu übernehmen, zumal auch sie von ärztlicher Seite unter Druck geriet. Das von Anna-Paula Kruse als zustimmende Resolution der Kaiserswerther Generalkonferenz gewertete Dokument<sup>13</sup> stammt in Wirklichkeit von evangelischen Ärzten, die entsprechend der Ziele ärztlicher Standespolitik die Umsetzung des Krankenpflegeexamens in der Mutterhausdiakonie einforderten.

Gemeinsame weltanschauliche wie politische Interessen von preußischem Episkopat und preußischer Regierung bildeten so die Grundlage für eine Einigung. Der Kompromiß zwischen Kultusministerium und preußischem Episkopat sowie nachfolgend dem Präsidium der Kaiserswerther Generalkonferenz führte dazu, daß der preußische Staat sich darauf beschränkte, bereits bestehende vorwiegend kirchliche und kommunale Ausbildungsstätten anzuerkennen und das Ergebnis der Ausbildung durch eine staatliche Prüfung zu kontrollieren. Diese reine Ergebniskontrolle der Krankenpflegeausbildung trug dem Hauptanliegen der konfessionellen Krankenpflegegenossenschaften Rechnung, ihre Autonomie zu bewahren und für ihre Schwestern Säkularisierungstendenzen so weit wie möglich abzuwehren, also die Krankenpflege als "christliche Liebestätigkeit" zu bewahren. Fachlicher Unterricht ließ sich durch weltanschaulich genehme Ärzte gewährleisten, wodurch die Gefahr unerwünschter weltanschaulicher Einflüsse minimiert wurde. Aus katholischer Sicht war eine Übereinkunft zustande gekommen, die viele Züge eines Minimalkompromisses mit der säkularen Welt trug, wobei die erhaltenen staatsfernen Strukturen zusammen mit der Unverzichtbarkeit der katholischen Krankenpflege ihre Widerstandsfähigkeit in den Stürmen des Nationalsozialismus beweisen sollten.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> KRUSE (1995), Krankenpflegeausbildung seit Mitte des 19. Jahrhunderts, S. 76f.

<sup>14</sup> Vgl. WOLLASCH (2001), Caritas im Umbruch, S. 26f.

Andererseits führte der weitgehende Verzicht auf Mindeststandards in der Ausbildung wie Vorschriften, bestimmte Zeiten auf bestimmten Teilgebieten der Krankenpflege auszubilden, dazu, daß, abhängig von den örtlichen Gegebenheiten, Lernschwestern im wesentlichen als billige Arbeitskräfte eingesetzt werden konnten. Gegenüber dem nicht weiterverfolgten Entwurf des Kultusministeriums von 1903 bedeutete es gleichzeitig einen deutlichen Niveauverlust, daß keine Rotation auf inneren und chirurgischen bzw. geburtshilflichen Abteilungen vorgeschrieben wurde. Auch das amtliche Krankenpflegelehrbuch von 1909 trägt die Handschrift einer Übereinkunft mit der konfessionellen Krankenpflege: Fachliche Erfordernisse wie die Darstellung von Geschlechtsorganen und sexuell übertragbarer Krankheiten wurden der Akzeptanz durch die Mutterhausverbände untergeordnet.

### **III.6. Charakteristika von Entscheidungsprozeß und Umsetzung des Krankenpflegeexamens**

Die besondere historische Konstellation für die Entscheidungsprozesse vor dem 1. Weltkrieg ergab sich dadurch, daß weder die Schwesternschaften selbst noch die bürgerliche Frauenbewegung, Gewerkschaften oder Sozialdemokratie Zutritt zu den inneren Zirkeln der Macht hatten. Sie konnten daher nur marginalen Einfluß geltend machen, während Ärzte als Beamte im Dienst der Exekutive bei der Ausgestaltung der fachlichen Anforderungen an das Krankenpflegepersonal unter sich waren.

Wie für die Sozialpolitik im allgemeinen, so findet sich auch im Krankenpflegewesen der Kampf gegen sozialdemokratischen und freigewerkschaftlichen Einfluß als Leitmotiv der preußischen Regierung wieder, mit der Konsequenz negativer Auswirkungen auf die Attraktivität des Krankenpflegeberufs. Das politische Vorgehen bei der Behandlung der Krankenpflege ist ein weiteres Beispiel für die große Bedeutung, welche die Ära Posadowsky zwischen 1897 und 1907 für die Sozialpolitik hatte und die ganz im Zeichen der Eindämmung der Sozialdemokratie stand.<sup>15</sup> Der Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen für den Wärterstand und der Qualität der Patientenversorgung spielte politisch keine Rolle.

Die Einführung des staatlichen Krankenpflegeexamens erwies sich mehrfach als Kompromiß auf Kosten der nicht Beteiligten: Bis 1906 waren

---

<sup>15</sup> MOMMSEN (2002), Sozialpolitik im Deutschen Reich, S. 63.

die Pflegenden vom Entscheidungsprozeß ausgeschlossen, während die Eigeninteressen der Ärzteschaft und die von Vertretern staatlicher Gremien ausschlaggebend waren. Das preußische Kultusministerium erwies sich dabei als schwacher Akteur, der massive Abstriche gegenüber Kriegs- und Finanzministerium hinnehmen mußte. Auch die Verhandlungen auf Reichsebene hatten ihren Preis. Der preußische Entwurf für eine Krankenpflegeprüfung von 1903 läßt vermuten, daß ohne die Verhandlungen im Reichsgesundheitsrat auch eine Stationspflegerprüfung eingeführt worden wäre und höhere Anforderungen an das Examen gestellt worden wären.

Ab 1906 traten die Vertreter der konfessionellen Krankenpflege in den politischen Verhandlungsprozeß ein. Nach der Übereinkunft zwischen Kultusministerium und preußischem Episkopat 1907 konnte sich die Mutterhausdiakonie dem staatlichen Examen nicht mehr entziehen. Die Schwesternverbände wurden in die Vorbereitung des Erlasses vom 10. Mai 1907 einbezogen, während die Interessen der Gewerkschaften keine Rolle spielten und der Wärterstand zunächst kaum von der Möglichkeit, ein solches Examen abzulegen, profitierte. Das Krankenpflegeexamen führte dazu, daß dort, wo die Verbände bereits für zuverlässiges Personal einstanden und auf Verbandsebene Strukturen an die Vorgaben für das staatliche Examen angepaßt werden konnten, sich Krankenpflegeschulen etablieren ließen. Überspitzt gesagt, erfuhr die Spitze eine weitere Qualifizierung, während die Breite, der Wärterstand, bei dem der Bedarf am größten war, abseits stand. Statt von einer "Feminisierung der Krankenpflege" im 19. Jahrhundert<sup>16</sup> sollte man eher von einer Feminisierung der qualifizierten Krankenpflege durch die Pflegeverbände sprechen, die durch die unmittelbaren Auswirkungen des staatlichen Examens noch akzentuiert wurde.

Während die Reichsregierung auf dem Gebiet der Sozialpolitik bereits im Kaiserreich ein eigenes Gewicht, ja das Übergewicht über Preußen und die übrigen Bundesstaaten erlangte,<sup>17</sup> wurde in der Krankenpflege mit dem Bundesratsbeschluß von 1906 lediglich ein erster Schritt in Richtung auf eine stärkere Kompetenz des Reiches unternommen. Mit dem Bundesratsbeschluß wurden reichsweite Minimalstandards für eine staatliche Anerkennung von Krankenpflegepersonen gesetzt, wobei den Ländern jedoch freigestellt war, ob sie das Krankenpflegeexamen überhaupt einführten. Preußen konnte zudem 1921 einseitig die Ausbildungsdauer auf zwei Jahre erhöhen, und erst die Nationalsozialisten schufen mit dem "Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege" 1938 ein Reichsgesetz.

---

<sup>16</sup> HELMERICHS (1992), Krankenpflege im Wandel, S. 130.

<sup>17</sup> BORN (1957), Staat und Sozialpolitik seit Bismarcks Sturz, S. 183.

Im gesamten Untersuchungszeitraum hatte die Krankenpflege als Teil des preußischen Medizinalwesens nie die Chance, sich nach dem Vorbild der angloamerikanischen Krankenpflege zu professionalisieren. Insbesondere das staatliche Krankenpflegeexamen von 1907 war kein Schritt in diese Richtung. Dessen Bestimmungen dienten dazu, die Kontrolle des Ärztestands festzuschreiben und Eigenständigkeit zu verhindern. Es erfolgte eine Normierung der Krankenpflege auf sehr niedrigem Niveau, als überwiegend praktisch zu erlernende Tätigkeit, der die theoretische Fundierung weitestgehend entzogen war. Das Diplom als bürgerliches Bildungspatent wurde der Krankenpflege vorenthalten. Es handelt sich also nicht, wie Jutta Helmerichs behauptet, um den ersten entscheidenden Schritt zur Subordination der Pflege unter die Medizin, sondern lediglich um die rechtliche Fixierung eines im preußischen Medizinalwesen bereits seit langem angelegten Abhängigkeitsverhältnisses, wobei die Details auszuhandeln waren.

Die formelle Kompetenz für die Weiterentwicklung des Berufsstands lag in fremder Hand, denn das, was eine ausgebildete Krankenpflegeperson wissen und können mußte, wurde von der mit Ärzten besetzten Medizinalabteilung und weiteren zugezogenen Ärzten über die jeweils neueste Auflage des amtlichen Krankenpflegelehrbuchs bestimmt. Es gab auch nach Verabschiedung des Erlasses von 1907 keine Lizenz für die Ausübung der Krankenpflege und damit keine Hürden für den Eintritt in den Krankenpflegeberuf. Erreicht worden war ein Minimalziel, eine staatlich sanktionierte Unterscheidung zwischen Personal mit einer nachgewiesenen Mindestqualifikation und ohne eine solche. Mit geringen schulischen Anforderungen, dem Absolvieren der Volksschule oder gleichwertigen Kenntnissen erfolgte die Zulassung zum Examen, womit die Hoffnungen auf einen bürgerlichen Frauenberuf zerschlagen waren. Die großzügigen Übergangsbestimmungen minderten zudem anfangs den Wert der staatlichen Anerkennung.

Der Erlaß von 1907 zeichnet sich dadurch aus, daß er die Festschreibung verbindlicher Standards in der Ausbildung vermied. Bereits bei der Umsetzung des Erlasses von 1907 waren sich die Regierungsvertreter dessen bewußt, daß die einjährige Ausbildung hinter dem fachlich Gebotenen zurückgeblieben war. Es fehlte eine Festlegung der Mindeststundenzahl für den theoretischen Unterricht und die Festschreibung einer Mindestzahl an Krankenhausbetten für die Anerkennung einer Krankenpflegeschule. Zutreffend ist, daß das staatliche Examen von Agnes Karll begrüßt wurde, weil es ihren Interessen insofern entgegenkam, als



überhaupt eine staatlich sanktionierte Scheidelinie zwischen dem von ihr vertretenen qualifizierten und dem unqualifizierten Krankenpflegepersonal eingeführt wurde.

Im Vergleich zu England setzten Bestrebungen, die Krankenpflege wie dort zu einem qualifizierten und angesehenen Frauenberuf zu machen, spät ein, und sie waren nur gering ausgeprägt. Der Krankenpflege stand bei überwiegender eigener Passivität, fehlender berufspolitischer Kompetenz, organisatorischer Zersplitterung, sehr begrenzten eigenen Ressourcen und geringem politischem Gewicht ein erdrückendes Übergewicht gegenüber: Die Strukturen des preußischen Medizinalwesens, die politische Gesamtkonstellation zu Beginn des 20. Jahrhunderts, das Zusammenspiel von Reichs- und Landesebene sowie die Interessen aller relevanten gesellschaftlichen Gruppen, die an den politischen Entscheidungen zwischen Jahrhundertwende und 1. Weltkrieg beteiligt waren, trafen zusammen. Überspitzt formuliert, wollte im Kaiserreich, einige führende Persönlichkeiten um Agnes Karll und die bürgerliche Frauenbewegung ausgenommen, niemand eine professionalisierte Krankenpflege mit Eigenständigkeit nach angloamerikanischem Vorbild, so daß Ärzte, Staat und beteiligte kirchliche Gremien zu Ungunsten des Krankenpflegeberufs zusammenwirkten.

## IV. Ausblick<sup>1</sup>

Der Ausbruch des 1. Weltkriegs erwies sich als schwerer Schlag für die Krankenpflege. Der bis 1914 in Reichstag und Öffentlichkeit aufgebaute Druck auf den Gesetzgeber schwand, und die Konflikte, die sich bis 1914 angestaut hatten, blieben ungelöst. Eine verlängerte Ausbildung wie die Regelung der Arbeitsbedingungen verschwanden für die Dauer des Krieges von der politischen Tagesordnung.

Die Kluft zwischen Mutterhausverbänden und "freier" Krankenpflege bei gleichzeitiger Privilegierung des Roten Kreuzes durch die Regierung blieb bestehen. Das Rote Kreuz setzte seinen Kampf gegen die B.O.K.D. fort, deren Schwestern in Deutschland nicht zum Sanitätsdienst zugelassen wurden. Der Einsatz von Frauen durch das Rote Kreuz nach nur wenigen Monaten Schulung anstatt ausgebildeter Schwestern ihres Verbands rief heftige Kritik von Seiten der B.O.K.D. hervor. Die Ausweichstrategie der B.O.K.D. lautete, Schwestern nach Österreich zu schicken, um sie in dortigen Lazaretten dienen zu lassen. Das Rote Kreuz profitierte zudem von einer Ausnahmeregelung, die auf Antrag von Vereinen vom Roten Kreuz oder Vaterländischen Frauenvereinen die staatliche Anerkennung nach einer Ausbildung von 6 Monaten und einer Notprüfung vorsah.<sup>2</sup> Ein am 3. August 1915 eingeführtes Notexamen<sup>3</sup> machte zwischen 1915 und 1916 eine staatliche Anerkennung nach bereits sechs Monaten möglich. Dies zeigt, daß die bis 1914 etablierten Mindeststandards während des 1. Weltkriegs zunächst durch Ausnahmeregelungen gefährdet wurden. Dann aber schrieb das preußische Innenministerium einen Mindeststandard auch für den theoretischen Unterricht fest, und zwar mindestens 200 Unterrichtsstunden als Zulassungsvoraussetzung ab 1. Oktober 1916.<sup>4</sup>

Der Ärztemangel im Krieg führte zu Ausnahmegenehmigungen im Unterricht. 1917 wurde für die Dauer des Krieges gestattet, gewisse Teilabschnitte des amtlichen Lehrbuchs sowie gegebenenfalls Wiederholungs-

---

<sup>1</sup> Vgl. auch meine Überblicksdarstellungen zur Geschichte der Pflege im 19. und 20. Jahrhundert: SCHWEIKARDT (2008), Ärzteschaft und Pflege im Spannungsfeld der Gesundheitspolitik; SCHWEIKARDT (2008), Berufliche Entwicklung der Krankenpflege in Deutschland, Österreich und der Schweiz im 19. und 20. Jahrhundert.

<sup>2</sup> Erlaß betr. Bestimmungen über Ausbildung, Verwendung und Gehühnisse sowie Dienstracht der Helferinnen, Hilfsschwestern und Schwestern vom Roten Kreuz, vom 27. März 1915, S. 127.

<sup>3</sup> SCHMIDBAUR (2002), Vom "Lazaruskreuz" zu "Pflege aktuell", S. 99.

<sup>4</sup> Düsseldorf-Kaiserswerth, Flieger-Archiv, 2-1 DA 36, Schreiben des preußischen Innenministeriums an die Oberpräsidenten vom 14.04.1916 (Abschrift).

stunden von besonders geeigneten Schwestern nach genauer Anweisung vom Anstaltsarzt und unter dessen voller Verantwortung abhalten zu lassen.<sup>5</sup> Dieses Zugeständnis an die Krankenpflege wurde nach Kriegsende nicht aufrechterhalten. In der Novelle der Prüfungsvorschriften von 1921 war von Unterricht durch Krankenpflegepersonen nicht mehr die Rede.

Staatliches Engagement für die Weiterqualifizierung des Krankenpflegepersonals mündete erst 1918 in Pläne, eine Kaiser Wilhelm-Schule für deutsche Krankenpflegerinnen zu errichten. Das typische Vorgehen, die preußische Regierung einzubeziehen, zur Finanzierung Mittel des Herrscherhauses heranzuziehen und als Träger das Rote Kreuz vorzusehen, wurde auch in der Kaiser Wilhelm-Schule deutscher Krankenpflegerinnen vom Vaterländischen Frauenverein verwirklicht. Zu den Aufnahmebedingungen gehörten ein Alter von 25-40 Jahren, das staatliche Krankenpflegeexamen und fünfjährige Anstaltspraxis. Die Schule stand Schwestern jeder Organisation offen. Zur Fortbildung angeboten wurden theoretische und praktische Kurse in Röntgendienst, Operationsdienst, Frauen-, Kinderpflege, Geburtshilfe, Gemeindedienst und sozialer Arbeit. Es gab Informationskurse über Fortschritte in der Medizin und deren Konsequenzen für die praktische Pflegearbeit, Fortbildungskurse für Fachschwestern und Ausbildungskurse für Schwestern in leitender Stellung.<sup>6</sup>

Der neue preußische Erlass vom 19. Juli 1921, der eine zweijährige Ausbildung vorsah, blieb in der Tradition von 1907 bei einem fakultativen Examen.<sup>7</sup> Er empfahl dringend für das schon geprüfte Krankenpflegepersonal die Abhaltung regelmäßiger Fortbildungslehrgänge für die Dauer von 2-3 Wochen in Zeitabständen von etwa 5 Jahren.<sup>8</sup> Was fachlich geboten war, wurde also lediglich "empfohlen" und damit nicht rechtsverbindlich umgesetzt.

Das Erstarken der gewerkschaftlichen Verbände in der Weimarer Republik führte dazu, daß sie bei der Neufassung der Bestimmungen für das preußische Krankenpflegeexamen von 1921 die Anerkennung ihres langjährig tätigen Krankenpflegepersonals ohne Prüfung bzw. durch Teil-

---

<sup>5</sup> Düsseldorf-Kaiserswerth, Flidner-Archiv, 2-1 DA 36, Schreiben des preußischen Innenministeriums an die Regierungspräsidenten vom 30.11.1917.

<sup>6</sup> GAEBEL (1923), Die Frau in der Krankenpflege, S. 8f. RIESENBERGER (2002), Das Deutsche Rote Kreuz, S. 222.

<sup>7</sup> SEIDLER/LEVEN (2003), Geschichte der Medizin und Krankenpflege, S. 240, sind hier zu korrigieren.

<sup>8</sup> GAEBEL (1923), Die Frau in der Krankenpflege, S. 8f.

nahme an verkürzten Lehrgängen erreichen konnten.<sup>9</sup> In Großstädten wie Berlin, Hamburg und München konnte die freigewerkschaftliche "Reichssektion Gesundheitswesen" die Ausbildung ihres Personals durchsetzen.<sup>10</sup> Zunehmend wurden Tarifverträge abgeschlossen, die Lohn- und Arbeitsbedingungen für ihre Mitglieder regelten.<sup>11</sup>

Die Definition dessen, was staatlich anerkannt zu Tätigkeiten in der Krankenpflege zählte, blieb ebenso von der preußischen Medizinalbürokratie abhängig wie auch die Anforderung, aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse neue Auflagen des Lehrbuchs herauszugeben. Dies erwies sich als problematisch: Eingaben in der Mitte der 1920er Jahre an das preußische Kultusministerium beklagten, daß das Buch nicht mehr auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand sei. Zudem sei es vergriffen, womit die Organisation der Prüfungsvorbereitung in Mitleidenschaft gezogen werde. Es sollte jedoch bis 1928 dauern, bis eine wirklich überarbeitete Auflage und nicht nur ein Nachdruck auf den Markt kam. Während und nach dem Krieg erschienene Auflagen waren ohne wesentliche Änderungen des alten Texts erfolgt.<sup>12</sup> In der 10. Auflage in vollständig neuer Fassung wurde der Kritik dann Rechnung getragen. Der Abschnitt über Bau und Verrichtungen des menschlichen Körpers wurde wesentlich erweitert, ebenso der über die ansteckenden Krankheiten.<sup>13</sup> Ein ausführlicher Abschnitt über Grundlagen der Ernährung und über Krankenkost war eingefügt worden.<sup>14</sup> Auch die Geschlechtsorgane<sup>15</sup> und Geschlechtskrankheiten<sup>16</sup> wurden in das Krankenpflegelehrbuch aufgenommen.

Die Aufstiegsmöglichkeiten zur Oberschwester oder Oberin waren der Beobachtung von Käthe Gaebel zufolge insbesondere in den städtischen Schwesternschaften angesichts einer verhältnismäßig geringen Zahl an entsprechenden Stellen bis in die Weimarer Zeit hinein nicht günstig.

---

<sup>9</sup> Vgl. FRIEDRICH-SCHULZ (1928), Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 44.

<sup>10</sup> Vgl. FRIEDRICH-SCHULZ (1928), Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 44.

<sup>11</sup> Vgl. FRIEDRICH-SCHULZ (1928), Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 55f.

<sup>12</sup> Krankenpflegelehrbuch, 10. Auflage (1928), S. III.

<sup>13</sup> Krankenpflegelehrbuch, 10. Auflage (1928), S. III.

<sup>14</sup> Krankenpflegelehrbuch, 10. Auflage (1928), S. 140-183.

<sup>15</sup> Krankenpflegelehrbuch, 10. Auflage (1928), S. 58-61.

<sup>16</sup> Krankenpflegelehrbuch, 10. Auflage (1928), S. 127-129.

Besser waren sie dagegen in den karitativen Mutterhäusern.<sup>17</sup> Außerhalb der karitativen Verbände bot sich die Krankenpflege daher als Durchgangsbberuf für die Sozialarbeit an. Für das Ablegen des staatlichen Wohlfahrts-pflegerinnenexamens war der jeweils halbjährige Besuch einer staatlich anerkannten Krankenpflegeschule und einer Säuglingspflegeschule Voraussetzung.<sup>18</sup>

Auf Reichsebene bildete sich eine "Pattsituation" zwischen der stärker gewordenen gewerkschaftlichen Krankenpflege auf der einen Seite, Schwesternverbänden, Arbeitgebern und Ärzten auf der anderen, heraus, so daß in der Weimarer Republik kein Reichsgesetz zur Regelung der Krankenpflege zustandekam. Es wurde lediglich 1924 eine reichsweite Regelung über die Arbeitszeit eingeführt.<sup>19</sup> Die Verordnung der Volksbeauftragten vom 23. November 1918 gab auch dem Krankenpflegepersonal Anspruch auf den Achtsturentag, doch als es um die Durchsetzung dieses Anspruchs ging, erwiesen sich Anstaltsleiter, Ärzte, Direktoren und Schwesternverbände gegenüber der Reichssektion Gesundheitswesen als stärker. Der Erlaß der "Verordnung über die Arbeitszeit im Gesundheitswesen" setzte 1924 ein Höchstmaß von 10 Stunden Arbeitszeit pro Tag, also 60 Stunden pro Woche, fest.<sup>20</sup>

Das "Dritte Reich"<sup>21</sup> zeigte eine Verstärkung mehrerer bereits im Kaiserreich angelegter Tendenzen. Die Ideologie von Führer und Gefolgschaft ließ sich bruchlos auf die Ärzte als "Gesundheitsführer" und die Krankenpflege als Gefolgschaft übertragen. Die Reichsregierung zog erneut Kompetenzen der Länder an sich. Mit dem "Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege" wurde 1938 die Krankenpflegeausbildung erstmals reichsweit geregelt. Die Zusammenfassung des Krankenpflegepersonals in Krankenpflegeverbände griff den Kontrollgedanken wieder auf und verstärkte ihn. Beim Aufbau der NS-Schwesternschaft wurden Strukturen katholischer Orden übernommen. Der 1936 gegründete "Reichsbund der Freien Schwestern und Pflegerinnen" stand unter nationalsozialistischer Führung. Die Gewerkschaften wurden zerschlagen, das Rote Kreuz wurde auf den "Führer" vereidigt, die B.O.K.D. mußte sich auflösen. Unter dem Aspekt

---

<sup>17</sup> GAEBEL (1923), Die Frau in der Krankenpflege, S. 9.

<sup>18</sup> GAEBEL (1923), Die Frau in der Krankenpflege, S. 9.

<sup>19</sup> Zur Vorgeschichte der Regelung über die Arbeitszeit von 1924 siehe STÖHR (2007), Die Arbeitszeitdiskussion in der Pflege zur Zeit der Weimarer Republik, S. 41-62.

<sup>20</sup> Vgl. FRIEDRICH-SCHULZ (1928), Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen, S. 52-55.

<sup>21</sup> Zur Pflege im "Dritten Reich" vgl. SCHWEIKARDT (2008), Krankenpflege im Nationalsozialismus.

der Kriegsführung, möglichst schnell möglichst viele Schwestern auszubilden, ist die Regelung zu sehen, bis zum staatlichen Examen nur eineinhalb Jahre Ausbildung mit anschließendem einjährigem Krankenhauspraktikum vorzusehen. Gegenüber der seit 1921 von Preußen geforderten zweijährigen Ausbildung läßt sich dies als Tendenz zur Absenkung eines einmal erreichten Niveaus werten, auch wenn vor der freiberuflichen Tätigkeit ein weiteres Jahr im Krankenhausdienst gefordert wurde. 1942 wurde dann reichsweit eine zweijährige Ausbildung eingeführt, und das Krankenhauspraktikum entfiel.

Der ideologische Kampf um die Krankenpflege setzte sich fort. Die Nationalsozialisten hatten früh erkannt, daß die Krankenpflege für die Verbreitung ihrer Weltanschauung ein sehr wichtiger Bereich war, der zudem noch weitgehend von dem Nationalsozialismus fernstehenden Kräften besetzt war. Es galt also, in der Ausbildung der Krankenschwestern die nationalsozialistische Weltanschauung zu verankern. Daß 1907 eine reine "Ergebniskontrolle" der Ausbildung durch den Staat zustande gekommen war, erwies sich aus dessen Sicht nun als Hindernis. In staatlichen und kommunalen Krankenpflegesschulen konnte nationalsozialistischer Einfluß sehr viel leichter durchgesetzt werden als in Ausbildungsstätten der Orden und der Diakonie. So wurde die Möglichkeit genutzt, über die Neuherausgabe des staatlichen Lehrbuchs weltanschauliche Vorgaben für die Krankenpflegeausbildung machen. Mit den Kapiteln "Erb- und Rasselehre", "Gesetzeskunde" und "Berufskunde" ließ sich das nationalsozialistische Gedankengut in die Ausbildung einbringen und anschließend abprüfen. Wiederum waren es der Pragmatismus der Kriegsvorbereitungspolitik und die Unverzichtbarkeit der Arbeitsleistung der konfessionellen Pflegekräfte, die die nationalsozialistische Regierung dazu brachte, die endgültige Abrechnung mit den konfessionellen Krankenpflegeverbänden bis auf die Zeit nach dem "Endsieg" zu verschieben.<sup>22</sup>

Nach dem 2. Weltkrieg galt das "Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege" von 1938 in der Bundesrepublik mit Ausnahme der rassistischen und antisemitischen Passagen zunächst fort. Das Krankenpflegegesetz von 1957 führte eine dreijährige Ausbildung ein, stellte aber ebensowenig eine entscheidende Neuerung dar wie die Folgegesetze von 1965 und 1985. Das neue Krankenpflegegesetz, das am 1. Januar 2004 in Kraft trat, definiert erstmals eigenverantwortlich durchzuführende Aufgaben als pflegerische Kernkompetenzen, während eine von führenden Vertreterinnen des Pflege-

---

<sup>22</sup> Vgl. BREIDING (1998), Die Braunen Schwestern. Ideologie, Struktur, Funktion einer nationalsozialistischen Elite, S. 193f.

berufs geforderte Akademisierung im Gesetz nicht vorgesehen ist. Bis heute ist lediglich die Berufsbezeichnung, nicht aber die Ausübung der Tätigkeit gesetzlich geschützt. Krankenpflegeschulen sind zudem bis heute in der Regel keine staatlichen Schulen. Sie sind mit Krankenhäusern verbunden, bilden für das staatliche Examen aus und werden über eine Umlage von den Krankenhauspatienten – und damit von den Sozialversicherungen – finanziert.<sup>23</sup> Erst in den letzten beiden Jahrzehnten haben sich zunehmend Krankenpflege-Studiengänge an Fachhochschulen und Universitäten und damit an staatlichen Institutionen etabliert.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Die Ausbildungsfinanzierung ist in § 17a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in der Fassung des Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetzes (2.FPÄndG) vom 15.12.2004 geregelt.

<sup>24</sup> Zur heutigen Situation in der Pflege vgl. ENQUÊTE-KOMMISSION "SITUATION UND ZUKUNFT DER PFLEGE IN NRW" (2005), Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen, im Internet abrufbar unter <http://www.landtag.nrw.de>, Suche: Kommission Pflege.

## V. Nachwort

Während der Forschungen für das Habilitationsprojekt wie auch in der Folgezeit im Zuge der Sammlung von Quellen zur Geschichte der Krankenpflege für den Unterricht wurde immer wieder deutlich, wie vielfältig die Pflegegeschichte mit anderen Disziplinen wie der Medizingeschichte, der Kirchen- und Religionsgeschichte, der Frauen- und Geschlechtergeschichte wie auch der Sozial- und Alltagsgeschichte verwoben ist, und wie wenig wir auf diesem Gebiet von der Vergangenheit wissen.

Für den Untersuchungszeitraum wie auch darüber hinaus bleibt trotz der Forschungen von Relinde Meiwes der katholische Beitrag zur Krankenpflege eines der größten Forschungsdesiderate.<sup>1</sup> Schon allein die Vielzahl der in der Krankenpflege tätigen Orden erfordert für eine Bewertung ihres Wirkens vor Ort eine Reihe von Einzelstudien.<sup>2</sup> Immer wieder frappierend ist die hohe Sterblichkeit in den katholischen Orden über Jahrzehnte hinweg, insbesondere der Tod vieler Schwestern an Tuberkulose. Während Cornet 1889 dem klösterlichen Leben als solches eine wesentliche Mitverantwortung für die hohe Sterblichkeit der Ordensschwestern an Tuberkulose absprach und sie der Überanstrengung in der Krankenpflege als solcher zuordnete,<sup>3</sup> deuten Quellen in dem von Sylvelyn Hähner-Rombach herausgegebenen Quellenband zur Geschichte der Pflege in die entgegengesetzte Richtung. Daran schließen sich verschiedene Fragen an: Wie sah es tatsächlich im Innenleben der einzelnen Klöster mit der Tuberkuloseanfälligkeit der Schwestern aus? Welche Rolle spielten Selbstverleugnung und Askese oder auch die Zielsetzung, trotz mangelnder Ressourcen die Präsenz der katholischen Kirche auszuweiten, und damit verbunden, Überarbeitung im Pflegedienst? Wie reagierten Ordensobere und Klerus auf Mahnungen, Mißständen abzuhelpen und die Anfälligkeit für Tuberkulose zu verringern?

---

<sup>1</sup> Wichtige Anknüpfungspunkte bietet hier das seit 2007 von Ralf Forsbach durchgeführte Forschungsprojekt "Gesundheit und Medizin im politischen, sozialen und intellektuellen Katholizismus des Deutschen Kaiserreichs (1871-1918)". Siehe Medizinhistorisches Institut der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Aktuelle Drittmittelprojekte. [http://www.mhi.uni-bonn.de/index.php?site=seiten/forschung/aktuelle\\_drittmittl.html](http://www.mhi.uni-bonn.de/index.php?site=seiten/forschung/aktuelle_drittmittl.html).

<sup>2</sup> Vgl. zu Köln SCHWEIKARDT (2006), Kölner Pflegegeschichte – ein vielversprechendes Forschungsfeld.

<sup>3</sup> Vgl. CORNET (1889), Die Sterblichkeitsverhältnisse in den Krankenpflegeorden, S. 93f.



Des Weiteren wäre es wünschenswert, das Zusammenspiel innerhalb der katholischen Kirche besser kennenzulernen. In der Politik wären insbesondere die Rolle und das Vorgehen von Zentrumspolitikern als Interessenverteter der katholischen Kirche in den Parlamenten und ihre Beziehungen zu Episkopat, katholischen Ärzten, Ordensoberen und Vatikan verstärkt in den Blick zu nehmen. Da die Krankenpflege als Tätigkeitsfeld katholischer Orden im Spannungsfeld zwischen preußischer Regierung und katholischer Kirche eine hochpolitische Angelegenheit war, wäre des weiteren ihre Rolle als politisches Faustpfand in der Verschränkung mit Forderungen zur Bewegungsfreiheit katholischer Institutionen näher zu untersuchen.

Vergleichsstudien mit der evangelischen Diakonie könnten die Frage aufgreifen, wo die evangelische und katholische Krankenpflege voneinander Impulse aufgenommen hatten, und wie sich Kooperation und Konkurrenz zwischen den Konfessionen entwickelten. Eine Untersuchung der Landkrankenpflegebewegung seit dem späten 19. Jahrhundert dürfte auch das Rote Kreuz als wichtigen Akteur mit einbeziehen.

Im Hinblick auf die bürgerliche Krankenpflege verdienen die Spannungen zwischen Agnes Karll und Marie Cauer eine detaillierte Untersuchung. Ihre verschiedenen Konzeptionen zur Zukunft der Krankenpflege, ihre lokale Verankerung – Agnes Karll in Berlin und Marie Cauer in Stuttgart – und die Folgen für die Berufspolitik der B.O.K.D. lassen sich ebenso thematisieren wie das bis in die Zeit des Nationalsozialismus hineinreichende Wirken Marie Cauers. Fruchtbar erscheint auch eine sozialgeschichtliche vergleichende Untersuchung von Krankenpflege- und Lehrerinnenberuf.

Bei den Wärtern und Wärterinnen ließe sich, entsprechende Quellenfunde vorausgesetzt, der Blick auf diese vielfach übersehene Gruppe des Pflegepersonals richten. Wie sah es auf dem Land aus, in den kleinen und mittelgroßen Städten Preußens? Gab es eine Patientenversorgung durch Männer mit anderen Berufsbezeichnungen als Wärter oder Krankenpfleger? Angesichts der Restriktionen, denen Ordensschwwestern und Diakonissen bei der Pflege von männlichen Patienten unterworfen waren, liegt die Vermutung nahe, daß mitunter Wärter in den Statistiken nicht aufgeführt wurden oder pflegerische Dienste an Männern von Hausdienern, Pförtnern oder anderem männlichen Personal geleistet wurden.

Bei den Recherchen für die vorliegende Arbeit entstand der Eindruck, daß Otto Antrick in der sozialdemokratischen Fraktion des Reichstags das alleinige Zugpferd war, dem die Verbesserung der Situation des Pflegepersonals ein Herzensanliegen war, so daß er die Abschaffung von

Mißständen, soweit es in seiner Macht stand, vorantrieb. Das Wechselspiel zwischen sozialdemokratischer Reichstagsfraktion, lokaler Vertretung der Sozialdemokraten im Berliner Stadtrat und den ihnen nahestehenden Krankenpflegeverbänden lohnt eine weiterführende Untersuchung. Eine Biographie Otto Antricks mit Würdigung seiner vielfältigen politischen Aktivitäten nicht nur für das Krankenpflegepersonal im Kontext der Zeit wäre ebenfalls außerordentlich interessant.

Auch auf dem Gebiet der internationalen Beziehungen in der Pflege eröffnen sich neue Perspektiven. Von Kanada aus wird seit einigen Jahren die Mammutaufgabe in Angriff genommen, möglichst das gesamte Schrifttum Florence Nightingales zu veröffentlichen und damit der Forschung zugänglich zu machen. Im Zuge der Herausgabe der Korrespondenz Florence Nightingales in den "Collected Works" werden ihre Beziehungen zu Deutschland, zu Fliedner und der Mutterhausdiakonie, zum deutschen Gesandten Christian Carl Josias von Bunsen (1791-1860),<sup>4</sup> zu Königs- und Adelshäusern, wie auch die Rezeption ihres Gedankenguts oder die Verwendung ihres Namens als Ikone für jeweils eigene verbands- oder berufspolitische Zwecke besser als je zuvor erforscht werden können. Angesichts ihrer weltweiten Wirkung wäre insbesondere ein Vergleich der Rezeption ihres Gedankenguts in verschiedenen Ländern spannend.

Den Geldströmen innerhalb des Gesundheitswesens, speziell im Krankenhauswesen, nachzuspüren und dabei dem Vorwurf des Abgeordneten Singer im Reichstag<sup>5</sup> nachzugehen, daß neue technische Errungenschaften Vorrang vor einer angemessenen Entlohnung des Pflegepersonals hatten, bietet ebenfalls vielfache Anknüpfungspunkte. Wie stand es um die Ressourcen der Städte, Krankenhäuser zu unterhalten und sie an medizinischen Neuerungen teilhaben zu lassen, und wie stand es dabei um die Prioritäten des jeweiligen Stadtrats vor dem Hintergrund seiner politischen Zusammensetzung?

Im Hinblick auf die Krankenpflege war Preußen außerordentlich vielgestaltig. Zwischen dem katholischen Rheinland, dem gemischtkonfessionellen Schlesien und dem evangelischen Ostpreußen gab es riesige Unterschiede, die einer genaueren Untersuchung harren. Gleichzeitig sollte die Dominanz Preußens nicht davon abhalten, regionale Traditionen in der Krankenpflege in den anderen deutschen Ländern zu untersuchen, bis hin

---

<sup>4</sup> Zum Forschungsstand zu den Beziehungen zwischen Bunsen und Nightingale siehe FOERSTER (2001), Christian Carl Josias Bunsen, S. 168, Anm. 190. Vgl. WITTNEBEN (2008), Bunsen, Frances Helen von, S. 62-66.

<sup>5</sup> Stenographische Berichte, Reichstag, Sitzung vom 01.02.1901, S. 1078A.

zu den Verbindungen von Krankenpflegeorganisationen zu den lokal führenden Familien. Auch besondere Entwicklungen in Spezialgebieten wie in der psychiatrischen Krankenpflege in Sachsen sind noch ein weithin unbearbeitetes Forschungsfeld.

"Die Pflegegeschichte ist im Kommen" – so brachte es Sylvelyn Hähner-Rombach in ihrem Vorwort des Kommentarbandes zu den Quellen zur Geschichte der Krankenpflege für den Unterricht auf den Punkt.<sup>6</sup> In den letzten Jahren befindet sich die deutschsprachige historische Pflegeforschung, nicht zuletzt dank der großzügigen Förderung durch die Robert Bosch Stiftung, im Aufschwung.<sup>7</sup> Beim letzten Arbeitstreffen des Projekts der Sammlung von Quellen zur Geschichte der Pflege für den Unterricht am 30. November 2007 wurde ein Netzwerk zur Geschichte der Pflege gegründet. Dessen Koordination liegt in den Händen von Sylvelyn Hähner-Rombach vom Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart.<sup>8</sup> Im Zuge der Akademisierung der Pflege ist der historischen Pflegeforschung verstärkte Aufmerksamkeit innerhalb wie außerhalb des Pflegeberufs zu wünschen.

---

<sup>6</sup> HÄHNER-ROMBACH (2008), Einführung in die kommentierte Quellensammlung, S. 11.

<sup>7</sup> HÄHNER-ROMBACH (2008), Einführung in die kommentierte Quellensammlung, S. 11. Siehe auch HÄHNER-ROMBACH/SCHWEIKARDT (2008), Nursing History in Germany.

<sup>8</sup> Dr. Sylvelyn Hähner-Rombach, Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Straussweg 17, D-70184 Stuttgart, Homepage: [www.igm-bosch.de](http://www.igm-bosch.de).

## **VI. Quellen- und Literaturverzeichnis**

### **VI.1. Ungedruckte Quellen**

#### **Berlin, Bundesarchiv, Standort Finckensteinallee (BArch)**

R 1501, Reichsministerium des Innern

- 111826: Das Krankenpflege- und Krankenhauswesen, April 1897-März 1902.  
111827: Das Krankenpflege- und Krankenhauswesen, 24. Januar 1902-31. Dezember 1903.  
111828: Das Krankenpflege- und Krankenhauswesen März 1904-31. Dezember 1912.  
111829: Das Krankenpflege- und Krankenhauswesen, März 1913-Januar 1921.  
111842: Die Reform des Krankenpflegewesens, Bd. 1, 24. Februar 1902-31. Dezember 1904.  
111843: Die Reform des Krankenpflegewesens, Bd. 2, 1. Januar 1905-Juli 1908.  
111844: Die Reform des Krankenpflegewesens, Bd. 3, 1. Juli 1908-31. Dezember 1910.  
111845: Die Reform des Krankenpflegewesens, Bd. 4, März 1911-31. Dezember 1919.  
111846: Die Reform des Krankenpflegewesens, Bd. 5, 1. Januar 1920-Aug. 1922.  
111847: Die Reform des Krankenpflegewesens, Bd. 6, 1922-1927.

#### **Berlin, Geheimes Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz (GStA)**

##### **a) Kultusministerium**

GStA, PK, I. HA, Rep. 76 VIII A, Nr. 650-652  
Die Ausbildung von Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen, sowie die Einrichtung besonderer Schulen zu diesem Zweck.  
Nr. 650: Bd. 1, März 1874-August 1882.  
Nr. 651: Bd. 2, Oktober 1882-Dez. 1899.  
Nr. 652: Bd. 3, Januar 1900 bis November 1904.

GStA, PK, I. HA, Rep. 76 VIII B, Nr. 1550-1553  
Die Krankenpfleger und -Pflegerinnen (Ausbildung und Gewerbe).  
Nr. 1550: Februar 1876-März 1905.  
Nr. 1551: 1905-1907.  
Nr. 1552: Juli 1907-September 1910.  
Nr. 1553: Oktober 1910-September 1915.

GStA, PK, I. HA, Rep. 76 VIII B, Nr. 1581  
Die Herausgabe eines Krankenpflege-Lehrbuchs.  
Bd. 1: vom November 1907-Dezember 1912.  
Bd. 2: Januar 1913 [endet Juni 1934].

## **b) Finanzministerium**

GStA, PK, I. HA, Rep. 151 IC, Nr. 8938-8940  
Krankenpflege und Gesundheitspflege  
Nr. 8938: Bd. 1 1876-1902.  
Nr. 8939: Bd. 2 1902-1911.  
Nr. 8940: Bd. 3 1912-1928.

### **Berlin, Historische Bibliothek der evangelischen Diakonie (Bibliothek der Inneren Mission)**

Die Ausbildung der Probeschwestern in der Krankenpflege. [wohl 1898], Nr. [16]. In: I 3434. Weibliche Diakonie. Flugschriften. o.O. o.J.

### **Berlin-Zehlendorf, Archiv des Evangelischen Diakonievereins**

W 2570 A, Schreiben von Friedrich Zimmer an Anna van Delden vom 19.11.1895, Anlage (Abschrift, Original im Tresor).

### **Düsseldorf, Hauptstaatsarchiv**

Regierung Düsseldorf, Nr. 8089: Ausbildung von Krankenpflege-Personal, Band I, 1876-1907.

### **Düsseldorf-Kaiserswerth, Fliedner-Archiv**

2-1 DA [Diakonissenanstalt] 33: Staatliche Anerkennung der Diakonissen als Krankenpflegerinnen 1906-1909 (früher AKD 1019).  
2-1 DA 35: Krankenpflegeschule Kaiserswerth 1907-1913 (früher AKD 1021).  
2-1 DA 36: Krankenpflegeschule Kaiserswerth 1914-1922 (früher AKD 1022).

### **Düsseldorf-Kaiserswerth, Fachbücherei für Frauendiakonie**

MKG IIb 83, Sardemann: Die Stellung der Diakonissen-Mutterhäuser zu dem Beschluß des Bundesrats über Vorbildung und Examen von Krankenpflegepersonen [undat., wohl 1907].

### **Eschborn, jetzt Berlin, Agnes-Karll-Archiv des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe**

Mappe 46, Rep. II MC II 1: Marie Cauer, Briefwechsel mit Agnes Karll 1902-1927.

Mappe 60, Rep. III HB 1-4: Helene Blunck: Lebenslauf, Zeugnisse, Kollegienbuch, Fotos, Erinnerungen.  
Mappe 72, Rep V FL 1,2: Frauenhochschule Leipzig.

### **Freiburg, Archiv des Deutschen Caritasverbands (ADCV)**

080 Nachlaß Lorenz Werthmann, 080/39 Korrespondenz, alphabetisch, Ka-Ki, Kinn, Matthias, Rektor; Arenberg.  
CA XIII 73, Kath. Krankenschwestern.  
CA XIIIa, 3B, Katholische Krankenfürsorge.

### **Hamburg, Staatsarchiv**

352-3 Medizinalkollegium I F 7a, Band 1, Krankenpflegeschwester in den staatlichen Krankenhäusern, welche nicht dem Medizinalkollegium unterstehen (1894-1911).

### **Köln, Historisches Archiv des Erzbistums Köln (HAEK)**

CR I 18.41 Krankenpflege-Schulen.

### **Köln, Erzbischöfliche Diözesan- und Dombibliothek**

Anlagen zum Protokoll der Fuldaer Bischofskonferenz 1904.

### **München, Archiv des Erzbistums von München und Freising**

Archiv der Erzbischöfe 1821-1917, Kasten 15, Ärzte-Adresse an den hochwürdigsten deutschen Episkopat, Hebung der krankenpflegenden Orden betr. Frühjahr 1904.

### **München, Archiv der Bayerischen Schwesternschaft vom Roten Kreuz**

Ordner Clementine von Wallmenich.

### **München, Bayerisches Hauptstaatsarchiv (BayHStA)**

MA 93268a, Krankenpflegewesen 1901-1918.

## Neuendettelsau, Diakonie-Archiv

Akt Krankenpflegeprüfung: Verhandlungen I 1909-1924, Krankenpflegesschulen 1921-1924.

## VI.2. Gedruckte Quellen

1. Erlaß vom 12. Oktober 1908, betreffend Grundsätze für die ärztliche Leitung der Krankenanstalten. In: Ministerial-Blatt für Medizinal- und medizinische Unterrichts-Angelegenheiten 8 (1908), S. 391f.

XIX. Jahresbericht der B.O.K.D. In: Unterm Lazaruskreuz 17 (1922), S. 25-29.

Adam, C.: Zum 75-jährigen Jubiläum der Berliner Medizinischen Gesellschaft. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 61 (1935), S. 1963-1967.

Aktenstück No. 174 B. In: Anlagen zu den Stenographischen Berichten über die Verhandlungen des Hauses der Abgeordneten während der 2. Session der 12. Legislatur-Periode. 1875, Bd. 2. No. 101-257. S. 841-1636. Berlin: W. Moeser, 1875, S. 1369-1371.

Aktenstück Nr. 1050. In: Verhandlungen des Reichstags. XII. Legislaturperiode. I. Session. Band 250. Anlagen zu den Stenographischen Berichten. Nr. 1035 (II. Teil) bis 1081. S. 5831-6048. Berlin: Julius Sittenfeld, 1909, S. 5961.

Alexander, Carl: Die Bedeutung des neuen Kurpfuschereibekämpfungsgesetzesentwurfs. In: Berliner Klinische Wochenschrift 45 (1908), S. 623f., S. 674-677.

Anlagen zu den Stenographischen Berichten über die Verhandlungen des Hauses der Abgeordneten während der 2. Session der 12. Legislatur-Periode. 1875. 2. Band. No. 101-257. S. 841-1636. Berlin: W. Moeser, 1875. Aktenstück No. 174 B, S. 1369-1371.

Aretaeus von Kappadokien: Editio altera lucis ope expressa nonnullis locis correcta indicibus nominum verborumque et addendis et corrigendis aucta. Ed. Carolvs Hvde. 2. ed. ... nonnullis locis correcta indicibus nominum verborumque et addendis et corrigendis aucta. Berlin: Akad.-Verl., 1958. (Corpus medicorum Graecorum; 2).

Ausstellung für Krankenpflege zu Berlin 1899 20. Mai bis 18. Juni. In: Zeitschrift für Krankenpflege 21 (1899), S. 86-88.

Bachem, Karl: Vorgeschichte, Geschichte und Politik der deutschen Zentrumspartei. Zugleich ein Beitrag zur Geschichte der katholischen Bewegung, sowie zur allgemeinen Geschichte des neueren und neuesten Deutschland 1815-1914. Bd. 3. Köln: J. P. Bachem, 1927.

Baginsky, Adolf: Die Kinderpflegerinnen-Schule im Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinderkrankenhause in Berlin. In: Die Krankenpflege 2 (1902/1903), S. 81-87.

Becher, Wolf: Geschichte des ärztlichen Standes. In: Puschmann, Theodor (Begründer); Neuberger, Max; Pagel, Julius (Hrsg.): Handbuch der Geschichte der Medizin, Bd. 3:

- Die neuere Zeit, 2. Teil. Hildesheim: Olms, 1971 (reprografischer Nachdruck der Ausgabe Jena: Gustav Fischer, 1905), S. 1001-1022.
- Behla, Robert: Die Arbeits- usw. Verhältnisse der in Heilanstalten des preussischen Staates im Krankenpflegedienste beschäftigten Personen nach dem Stande vom 15. August 1910. In: Medizinalstatistische Nachrichten 3 (1911/1912), S. 601-628.
- Bergeat: 42. Deutscher Ärztetag. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 68 (1921), S. 1235-1237, S. 1266f.
- Bergeat: Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen. 8. Ordentliche Hauptversammlung zu Danzig, am 25. Juni 1908, vormittags 10 Uhr. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 55 (1908), S. 1564-1566.
- Bericht über den II. Delegiertentag unseres Verbandes. In: Der Krankenpfleger 6 (1909), S. 29-31, S. 35-37, S. 47-49.
- Billroth, Theodor: Die Krankenpflege im Hause und im Hospitale. Ein Handbuch für Familien und Krankenpflegerinnen. 2., unveränderte Auflage. Wien: Carl Gerold's Sohn, 1881.
- Bloch, Iwan: Spezial-Katalog der Gesamtlitteratur über Krankenpflege ... nebst einem Aufsatz: Zur Geschichte der wissenschaftlichen Krankenpflege (Hypurgie). Berlin: Oswald Seehagen's Verlag (Martin Hoefer), 1899.
- Blum; Brandts, M.; Kinn, M.; Klee, J. B.; Linz; Neu; Schramm: Die ländliche Krankenpflege, ihre Mängel und deren Hebung durch freiwillige Hilfspflegerinnen. In: Charitas 4 (1899), S. 169-176.
- Bosse, Bruno: Der Unterricht in der Kranken- und Wochenpflege. In: Die Krankenpflege 1 (1901/1902), S. 282-288.
- Brandes, H. J.: Mädchenopfer. Die Schwesternpflege an Männern. Eine Anklageschrift und ein Mahnwort an Eltern und Erzieher. Berlin: Hermann Walther, 1902.
- Brinkmann, Wilhelm: Die freiwillige Krankenpflege im Kriege. Mit besonderer Berücksichtigung ihrer Leistungen im Jahre 1866. Nach amtlichen Quellen und in offiziellem Auftrage bearbeitet von Dr. Wilh. Brinkmann, pract. Arzte zu Berlin. Berlin: Enslin, 1867.
- Bundesrat Nr. 101, Session 1905, Schreiben von Graf von Posadowsky an den Bundesrat vom 27.06.1905. In: Drucksachen in den Verhandlungen des Bundesrates des Deutschen Reichs. Jahrgang 1905. Band II. Von Nr. 101 bis 160. Berlin: Gedruckt in der Reichsdruckerei. o.J., S. 1f.
- Caemmerer, Charlotte von: Berufskampf der Krankenpflegerin in Krieg und Frieden. München: Duncker und Humblot, 1915.
- Cauer, Marie: Der Beruf der Krankenpflegerin in Deutschland. Gedanken über eine notwendige Reform. In: Die Krankenpflege 1 (1901/1902), S. 745-756.
- Cauer, Marie: Über die Anstellung "Städtischer Pflegerinnen" in den Städtischen Krankenanstalten. In: Die Krankenpflege 2 (1902/1903), S. 947-953.



Chuchul, [Paul]: Der Verband Deutscher Krankenpflegeanstalten vom Roten Kreuz. In: Kimmle, Ludwig: Das Deutsche Rote Kreuz. Entstehung, Entwicklung und Leistungen der Vereinsorganisation seit Abschluß der Genfer Convention i. J. 1864. Bd. 3: Kranken- und Mutterhäuser vom Roten Kreuz. Berlin: Boll und Pickardt, 1910, S. 43-52.

Cohn, Emanuel: Ueber den technischen Unterricht der Schwestern vom Rothen Kreuz. Nach einem Bericht, erstattet auf der Jahresversammlung des Verbandes Deutscher Krankenpflegeanstalten vom Rothen Kreuz am 30. September 1899 in Wiesbaden. In: Zeitschrift für Krankenpflege 22 (1900), S. 28-33.

Cook, Edward: The Life of Florence Nightingale. 2 Bde. Bd. 1: 1820-1861. Bd. 2: 1862-1910. London: Macmillan, 1913.

Cornet, Georg: Die Sterblichkeitsverhältnisse in den Krankenpflegeorden. In: Zeitschrift für Hygiene 6 (1889), S. 65-96.

Cyprian: Wohlthätigkeits-Statistik. In: Charitas 1 (1896), S. 6-9.

Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates im Jahre 1909. Im Auftrage seiner Exzellenz des Herrn Ministers des Innern bearbeitet in der Medizinal-Abteilung des Ministeriums. Berlin: Richard Schoetz, 1911.

Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates im Jahre 1911. Im Auftrage seiner Exzellenz des Herrn Ministers des Innern bearbeitet in der Medizinal-Abteilung des Ministeriums. Berlin: Richard Schoetz, 1912.

Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates in den Jahren 1919/1920. Im Auftrage des Herrn Ministers für Volkswohlfahrt bearbeitet in der Abteilung für Volkswohlfahrt des Ministeriums. Berlin: Richard Schoetz, 1922.

Deegen: Schwestern vom Roten Kreuz im Unterschied von anderen Pflegerinnen. In: Das Rothe Kreuz 25 (1907), S. 628f.

Deutscher Verband der Krankenpfleger und -Pflegerinnen: Bericht über die Verhandlungen des IV. Delegiertentages am 4. Mai 1913 in Nürnberg. Mit einem Vortrage des Herrn Reichstagsabgeordneten Georg Schwarz-Schweinfurt. Im Anhang: Berichte über die Konferenzen des bayerischen und württembergischen Pflegepersonals. Herausgegeben vom Hauptvorstande. Berlin: Verlag von Georg Streiter, o.J.

Die Aerzte und das medizinische Hülfspersonal, die Apotheken und die Heilanstalten, sowie die wissenschaftlichen medizinischen und pharmazeutischen Vereine im Deutschen Reiche nach dem Bestande vom 1. April 1876. In: Kaiserliches Statistisches Amt (Hrsg.): Monatshefte zur Statistik des Deutschen Reichs für das Jahr 1877. September-Heft (Bd. 25, Heft 9 der Statistik des Deutschen Reichs), S. 1-43.

Die Entwicklung der Krankenpflege in England in den letzten 60 Jahren. Nach dem Englischen des British Medical Journal vom 19. Juni 1897, der Jubiläums-Nummer aus Anlass der 60jährigen Regierungsfeier Ihrer Majestät der Königin. In: Zeitschrift für Krankenpflege 19 (1897), S. 189-197.

Die Heilanstalten im preussischen Staate während des Jahres 1909. In: Medizinalstatistische Nachrichten 3 (1911/1912), S. 1-98.

Die Verbreitung des Heilpersonals, der pharmazeutischen Anstalten und des pharmazeutischen Personals im Deutschen Reiche nach der statistischen Aufnahme vom 1. Mai 1909. In: Medizinal-statistische Mitteilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte (Beihefte zu den Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts). Bd. 15. Berlin: Julius Springer, 1912, S. 1-92, Tabellen S. 1\*-543\*.

Die Verbreitung des Heilpersonals im Deutschen Reiche 1898. In: Medizinal-statistische Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte (Beihefte zu den Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes). Bd. 6, Heft 2. Berlin: Julius Springer, 1901, S. 50-76, Tabellen S. 1\*-103\*.

Dieffenbach, J[ohann] F[riedrich]: Anleitung zur Krankenwartung. Berlin: Hirschwald, 1832.

Dienstanweisungen für die leitenden Aerzte und für das Krankenpflegepersonal in Krankenanstalten, sowie Anweisung über die Anfertigung einiger Desinfektionsmittel. Verfügung des Königlichen Regierungspräsidenten in Cöln vom 30. November 1903 an sämtliche Herren Landräte, Oberbürgermeister und Kreisärzte des Bezirks. In: Zeitschrift für Medizinal-Beamte 17 (1904), S. 143-150.

Dietrich, [Eduard]: Die Entwicklung der Krankenpflege und die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen. In: Blätter aus dem Evangelischen Diakonieverein 7 (1907), S. 34-39.

[Dietrich, Eduard]: Eduard Dietrich. In: Blätter für Volksgesundheitspflege 25 (1925), S. 198-201.

Dietrich, Eduard: Geschichte der Krankenpflege. In: Liebe, Georg; Jacobsohn, Paul; Meyer, George (Hrsg.): Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege. 3 Bde. Berlin: Hirschwald, 1899-1903. Bd. 1, S. 1-182.

Dietrich, Eduard: Staat und Krankenpflege. In: Zeitschrift für Krankenpflege 18 (1896), S. 17-20, S. 39-41, S. 57-66, S. 87-89, S. 114-116, S. 135-140, S. 157-163, S. 182-185.

Dreesmann, [Heinrich]: Ausbildung und Organisation katholischer weltlicher Berufs-Krankenpflegerinnen. In: Charitas 10 (1904/1905), S. 62-69.

Entwurf von Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen, Ausweis für staatlich anerkannte Krankenpflegepersonen, Plan für die Ausbildung in der Krankenpflege. In: Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes 30 (1906), S. 492-495.

Erlaß betr. Bestimmungen über Ausbildung, Verwendung und Gebühren sowie Diensttracht der Helferinnen, Hilfsschwestern und Schwestern vom Roten Kreuz, vom 27. März 1915. In: Ministerial-Blatt für Medizinalangelegenheiten 15 (1915), S. 127.

Erlaß des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten, betreffend die Verhältnisse des Pflegepersonals in den Krankenanstalten, vom 11. Juli 1902. In: Ministerial-Blatt für Medizinal- und medizinische Unterrichts-Angelegenheiten 2 (1902), S. 247f.

Erlaß des Ministers der Medizinal-Angelegenheiten, betreffend die Regelung des Betriebes, der Leitung und Beaufsichtigung der öffentlichen und Privat-Krankenanstalten, vom 8. Mai 1901. In: Ministerial-Blatt für Medizinal- und medizinische Unterrichts-Angelegenheiten 1 (1901), S. 162f.

Erlaß vom 22. November 1905, betreffend ärztliche Behandlung in Krankenanstalten. In: Ministerial-Blatt für Medizinal- und medizinische Unterrichts-Angelegenheiten 6 (1906), S. 490f.

Erlaß vom 10. Mai 1907, betreffend Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen [mit 3 Anlagen: Anlage 1: Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen. Anlage 2: Ausführungs-Anweisung zu den Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen vom 10. Mai 1907. Anlage 3: Verzeichnis der Prüfungskommissionen gemäß § 2 der Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen vom 10. Mai 1907.]. In: Ministerial-Blatt für Medizinal- und medizinische Unterrichts-Angelegenheiten 7 (1907), S. 185-200.

Erlaß vom 10. April 1909, betreffend das amtliche Krankenpflege-Lehrbuch. In: Ministerial-Blatt für Medizinal- und medizinische Unterrichts-Angelegenheiten 9 (1909), S. 193.

Esse, C[arl] H.: Die Krankenhäuser ihre Einrichtung und Verwaltung. Mit einem Atlas von 30 Tafeln. 2. umgearbeitete Auflage. Berlin: Verlag von Th. Chr. F. Enslin, 1868.

Extra-Beilage zum 33. Stück des Amtsblattes der Königlichen Regierung zu Düsseldorf. Ausbildung von geprüften Kranken-Pflegern und Pflegerinnen im Regierungs-Bezirk Düsseldorf. In: Amtsblatt der Regierung Düsseldorf 1875, S. 337-339.

Fielitz: Das Institut der geprüften Heildiener vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus. In: Preussischer Medicinalbeamten Verein. Jahres-Versammlung zu Berlin 1884. In: Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen N.F. 42 (1885), S. 208-214.

Fränkel, B.: Die Geschichte der Gesellschaft während der ersten 25 Jahre ihres Bestehens. Zur Festsitzung der Berliner Medizinischen Gesellschaft zur Erinnerung an die erste Sitzung am 31. Oktober 1860, abgehalten am 28. October 1885.

Fragekasten. Verband oder Anstalt für Krankenpflegerinnen. In: Charitas 5 (1900), S. 120, S. 144.

Friedheim: Die Gemeindekrankenpflege. In: Kimmle, Ludwig (Hrsg.): Das Deutsche Rote Kreuz. Bd. 2: Frauen-Hilfs- und Pflege-Vereine unter dem Roten Kreuz. Berlin: Boll und Pickardt, 1910, S. 429-441.

Friedlaender, P.: Zum Gesetzentwurf gegen die Kurpfuscher. In: Berliner Klinische Wochenschrift 45 (1908), S. 576f.

Friedrich-Schulz, Marie: Werden und Wirken der Reichssektion Gesundheitswesen im Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter. Berlin: Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter, [1928] (Schriften zur Aufklärung und Weiterbildung; 40).

Gaebel, Käthe: Die Frau in der Krankenpflege. Bearbeitet im Frauenberufsamt des Bundes deutscher Frauenvereine von Dr. Käthe Gaebel unter Mitwirkung von Else Sander. Mannheim: J. Bensheimer, 1923 (Schriften des Berufskundlichen Ausschusses bei der Reichsarbeitsverwaltung Heft 2).

Gatz, Erwin (Bearbeiter): Akten der Fuldaer Bischofskonferenz III. 1900-1919. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, 1985 (Veröffentlichungen der Kommission für Zeitgeschichte: Reihe A, Quellen; Bd. 39).

Gedicke [sic], Carl Emil: Handbuch der Krankenwartung. 3. gänzlich umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit einem Nachwort von Dr. phil. Dr. med. Manfred Stürzbecher. Lindau: Antiqua-Verlag, 1979. Faksimile-Druck nach dem Original Berlin: Hirschwald, 1854.

Gedike, C[arl] E[mil]: Anleitung zur Krankenwartung. Zum Gebrauch für die Krankenwart-Schule der Berliner Charité-Heilanstalt, sowie zum Selbstunterricht. Berlin: Hirschwald, 1837.

Gedike, C[arl] E[mil]: Handbuch der Krankenwartung. Zum Gebrauch für die Krankenwart-Schule der K. Berliner Charité-Heilanstalt, sowie zum Selbstunterricht. 3. gänzlich umgearbeitete und vermehrte Auflage. Berlin: Hirschwald, 1854.

Gottstein, A.: Die Krankenhausversorgung der Bevölkerung in den Großstädten. In: Ergebnisse und Fortschritte des Krankenhauswesens 2 (1913), S. 176-191.

Gottstein, A.: Die Persönlichkeit und das Wirken von Eduard Dietrich. In: Veröffentlichungen des Kaiserin Auguste-Victoria-Hauses. Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter, N.F. 1 (1925/1926), S. 401-411.

Grotjahn, A[lfred]: Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung im Lichte der Sozialen Hygiene. Leipzig: Vogel, 1908.

Guttstadt, Albert: Die freie Liebeshätigkeit auf dem Gebiete der Krankenpflege und die Ausbildung des Krankenpflegepersonals in Preussen. Sonderabdruck aus dem Krankenhaus-Lexikon für das Königreich Preussen, Theil II, Abschnitt IV und V. Berlin: Verlag des Königlichen statistischen Bureaus, 1886.

Guttstadt, Albert: Krankenhaus-Lexikon für das Deutsche Reich. Die Anstaltsfürsorge für Kranke und Gebrechliche und die hygienischen Einrichtungen der Städte im Deutschen Reich am Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts. Berlin: Reimer, 1900.

Guttstadt, Albert: Krankenhaus-Lexikon für das Königreich Preussen. Die Anstalten für Kranke und Gebrechliche und das Krankenhaus-, Irren-, Blinden- und Taubstummenwesen im Jahre 1885. Herausgegeben vom Königlichen statistischen Bureau. 2 Teile. Berlin: Verlag des Königlichen statistischen Bureaus, 1885-1886.

Halle, Ernst von: Sozialpolitische Aufgaben gegenüber dem Krankenpflegerinnenstande. In: Der Krankenpfleger 2 (1905), S. 33-35, S. 37-39.

Hauk, Georg Gustav Philipp: Lehrbuch der Geburtshülfe zum Unterricht für die Hebammen in den Königl. Preußischen Landen. Berlin 1815.

- Hebammen-Lehrbuch, hrsg. im Auftr. des Königl. Preußischen Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten. Berlin: Springer, 1905.
- Hecker, H.: Die Ueberbürdung der Krankenpflegerin. Vortrag gehalten auf dem IV. Kongreß des "Weltbundes der Krankenpflegerinnen" in Köln am Rh. am 6. August 1912. In: Die Ueberbürdung der Krankenpflegerin. Vier Referate gehalten auf dem Kongreß des "Weltbundes der Krankenpflegerinnen", I.C.N., zu Köln a. Rh. am 6. August 1912. Berlin: Deutscher Verlag, o.J., S. 1-65.
- Henius: Der Centralkrankenpflegenachweis für Berlin und Umgebung. In: Deutsche Medicinische Wochenschrift 29 (1909), S. 37f.
- Hochhaus, Heinrich: Die ersten zehn Jahre der Kölner Akademie für praktische Medizin. In: Festschrift zur Feier des zehnjährigen Bestehens der Akademie für praktische Medizin in Cöln. Bonn: A. Marcus und E. Webers Verlag, 1915, S. 1-43.
- Höinghaus, Richard: Gewerbe-Ordnung für den Norddeutschen Bund fuer den praktischen Gebrauch ausfuehrlich ergaenzt und erlaeutert durch die amtlichen Motive, die Erklarungen der Bundes-Kommissare und die Verhandlungen des Reichstages. 1869.
- Horn, Wilhelm: Das preussische Medicinalwesen. Aus amtlichen Quellen dargestellt. Erster (allgemeiner) Theil. Berlin: August Hirschwald, 1857. Zweiter (specieller) Theil. Berlin: August Hirschwald, 1858.
- Hundhausen: Diaconissen. In: Hergenröther, Joseph; Kaulen, Franz: Wetzler und Welte's Kirchenlexikon oder Encyklopädie der katholischen Theologie und ihrer Hilfswissenschaften. 2. Auflage, in neuer Bearbeitung, unter Mitwirkung vieler katholischen Gelehrten. 2. Band. Censur bis Duguet. Freiburg i. Br.: Herder'sche Verlagsbuchhandlung, 1884, Sp.1675-1692.
- Irrenpflege. Die staatlichen Reformbestrebungen zur Besserung der Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten. In: Charitas 1 (1896), S. 55-59.
- Israel, Eugen: Die Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen. In: Deutsche Krankenpflege-Zeitung 10 (1907), S. 141-153, S. 157-162.
- Jacobsohn, Paul: Beschaffung von Pflegepersonal in dringenden Erkrankungsfällen. In: Alexander, S[ally]; Meyer, George (Hrsg.): Die soziale Bedeutung des Rettungswesens. Berlin: August Hirschwald, 1906, S. 152-175.
- Jacobsohn, Paul: Diskussionsbeitrag zum Vortrag von Rudolf Salzwedel: Ueber die Bedeutung der Krankenpflege für die Therapie. In: Berliner medizinische Gesellschaft. (Offizielles Protokoll.) Sitzung vom 16. März 1910. In: Berliner Klinische Wochenschrift 47 (1910), S. 860-863.
- Jacobsohn, Paul: Fortschritte der Krankenpflegetechnik. I. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 30 (1904), S. 1212-1215.
- Jacobsohn, Paul: Fortschritte der Krankenpflegetechnik. II. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 30 (1904), S. 1577-1580.
- Jacobsohn, Paul: Fortschritte der Krankenpflegetechnik. III. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 31 (1905), S. 227-229, S. 267-269.

Jacobsohn, Paul: Fortschritte der Krankenpflegetechnik. IV. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 31 (1905), S. 306-308, S. 350-352.

Jacobsohn, Paul: Fortschritte der Krankenpflegetechnik. I. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 33 (1907), S. 1638f., S. 1688f.

Jacobsohn, Paul: Fortschritte der Krankenpflegetechnik. II. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 33 (1907), S. 2141f., S. 2185-2187.

Jacobsohn, Paul: Fortschritte der Krankenpflegetechnik. III. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 34 (1908), S. 242f., S. 286f.

Jacobsohn, Paul: Geistliche und weltliche Krankenpflege vom ärztlich-therapeutischen Standpunkt. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 26 (1900), S. 714f., S. 730f.

Jacobsohn, Paul: Ueber Specialkrankenpflege. In: Berliner Klinische Wochenschrift 1898, S. 630f., S. 653-655.

Jacobsohn, P[aul]: Zur Organisation des Krankenpflegepersonals. In: Deutsche Krankenpflege-Zeitung 6 (1903), S. 230f.

Joerger, Kuno: Caritashandbuch. Ein Leitfaden für die Caritasarbeit. Auf Beschluß des Zentralrates des Deutschen Caritasverbandes und unter Mitarbeit zahlreicher Caritasfachleute herausgegeben von Kuno Joerger, Zentralsekretär des Deutschen Caritasverbandes. Freiburg i. Br.: Caritas-Verlag, 1920.

Kaiserliches Statistisches Amt (Hrsg.): Berufsstatistik nach der allgemeinen Berufszählung vom 5. Juni 1882. 1. Berufsstatistik des Reichs und der kleineren Verwaltungsbezirke. Berlin: Puttkammer und Mühlbrecht, 1884 (Statistik des Deutschen Reichs, Neue Folge, Bd. 2).

Kaiserliches Statistisches Amt (Hrsg.): Berufsstatistik. Berufs- und Betriebszählung vom 12. Juni 1907. Abteilung I. Einführung. Die Reichsbevölkerung nach Haupt- und Nebenberuf. Berlin: Puttkammer und Mühlbrecht, 1909 (Statistik des Deutschen Reichs, Bd. 202).

Kandzia, Emil: Eine wichtige Frage. In: Der Krankenpfleger 6 (1909), S. 66.

Kaplan, Leopold: Der Unterricht des Pflegepersonals für Geisteskranke. Nach den von Geheimrat Professor Dr. Moeli an der Anstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg geübten Grundsätzen. In: Die Krankenpflege 1 (1901/1902), S. 463-469.

Karll, Agnes: [Diskussionsbeitrag]. In: Israel, Eugen: Die Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen. In: Deutsche Krankenpflege-Zeitung 10 (1907), S. 141-162, Diskussionsbeitrag auf S. 146-150.

Karll, Agnes: Geschichte der fünf ersten Jahre unseres Verbandes. Sonderabdruck aus dem Vereinsblatt der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands "Unterm Lazaruskreuz" vom 15. Januar bis 15. August 1908. Herausgegeben von M. Winter: Unsere Berufsorganisation. Die ersten 5 Jahre der BO 1903-1908. Bericht von Agnes Karll. Berlin 1990 (Quellen zur Geschichte der Krankenpflege, Heft 1).

Keudell, Elsbeth von: Oberin Clementine von Wallmenich. In: Oberinnen-Vereinigung vom Roten Kreuz: Werden und Wirken. Berlin: Oberinnen-Vereinigung vom Roten Kreuz, 1930, S. 271-278.

Kimmle, Ludwig: Das Centralkomitee der Deutschen Vereine vom Roten Kreuz, seine Entstehung und seine Tätigkeit. In: Kimmle, Ludwig (Hrsg.): Das Deutsche Rote Kreuz. Entstehung, Entwicklung und Leistungen der Vereinsorganisation seit Abschluß der Genfer Convention i. J. 1864. Bd. 1: Centralkomitee der Deutschen Vereine vom Roten Kreuz, Landesvereine vom Roten Kreuz. Berlin: Boll und Pickardt, 1910, S. 1-351.

Kimmle, Ludwig (Hrsg.): Das Deutsche Rote Kreuz. Entstehung, Entwicklung und Leistungen der Vereinsorganisation seit Abschluß der Genfer Convention i. J. 1864. Bd. 1: Centralkomitee der Deutschen Vereine vom Roten Kreuz, Landesvereine vom Roten Kreuz. Bd. 2: Frauen-Hilfs- und Pflege-Vereine unter dem Roten Kreuz. Bd. 3: Kranken- und Mutterhäuser vom Roten Kreuz. Berlin: Boll und Pickardt, 1910.

Kimmle, Ludwig: Der Preußische Landesverein vom Roten Kreuz. In: Kimmle, Ludwig: Das Deutsche Rote Kreuz : Entstehung, Entwicklung und Leistungen der Vereinsorganisation seit Abschluß der Genfer Convention i. J. 1864 1910. Bd. 1: Centralkomitee der Deutschen Vereine vom Roten Kreuz, Landesvereine vom Roten Kreuz. Berlin: Boll und Pickardt, 1910, S. 777-849.

Kinn, [Matthias]: Sterblichkeit in unseren charitativen Congregationen. In: Charitas 2 (1897), S. 107-109, S. 131-134.

Kinn, Matthias: Ueber Fortschritte in der Krankenpflege. In: Charitas 2 (1897), S. 69-71

Kleine Mitteilungen [Zentral-Krankenpflege-Nachweis für Berlin und Umgebung: Generalversammlung vom 30.03.1914]. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 40 (1914), S. 863f.

Kißling, Johannes B.: Geschichte des Kulturkampfes im Deutschen Reiche. Im Auftrag des Zentralkomitees für die Generalversammlungen der Katholiken Deutschlands. Bd. 3: Der Kampf gegen den passiven Widerstand. Die Friedensverhandlungen. Freiburg i. Br.: Herder, 1916.

Kocher, Th[eodor]: Chirurgische Operationslehre. Fünfte vielfach umgearbeitete Auflage. Jena: Gustav Fischer, 1907.

Körting, Georg: Kriegsvorbereitung im Vaterländischen Frauenverein. In: Kimmle, Ludwig (Hrsg.): Das Deutsche Rote Kreuz. Entstehung, Entwicklung und Leistungen der Vereinsorganisation seit Abschluß der Genfer Convention i. J. 1864. Bd. 2: Frauen-Hilfs- und Pflege-Vereine unter dem Roten Kreuz. Berlin: Boll und Pickardt, 1910, S. 403-428.

Krankenpflegelehrbuch. Im Auftrag des Königlichen Preußischen Ministeriums der geistlichen ... Angelegenheiten herausgegeben von der Medizinal-Abteilung des Ministeriums. Berlin: Hirschwald, 1909.

Krankenpflegelehrbuch. Herausgegeben von der Medizinalabteilung des Königlich Preußischen Ministeriums des Innern. 4. [gegenüber der 3.] unveränderte Auflage. Berlin: Hirschwald, 1914.

Krankenpflegelehrbuch. Herausgegeben im Auftrag des Preußischen Ministeriums für Volkswohlfahrt von Hermann Ostermann. 10. Auflage in vollständig neuer Fassung. Berlin: Springer, 1928.

Krünitz, J. G.: Ökonomisch-technologische Enzyklopädie oder allgemeines System der Staats-, Stadt-, Haus- und Landwirtschaft und der Kunstgeschichte. Bd. 47. Berlin: Joachim Pauli, 1789. Beitrag Krankenhaus, S. 120-587. Beitrag Kranken-Wärter, S. 597-629.

Lembcke, W.: S. [Sodom] und G. [Gomorrha] Zustände in Hamburgischen Krankenhäusern; kritische Beleuchtung der vom Senator Dr. Schröder, Vors. des Krankenhaus-Kollegiums in Hamburg, am 21. Dezember 1901 gehaltenen Rede. Berlin: Verlag von Thormann & Goetsch, 1902.

Leyden, Ernst von (Autor); Lohde-Boetticher, Clarissa (Hrsg.): Ernst von Leyden. Lebenserinnerungen. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt, 1910.

Liese, Wilh[elm]: Lorenz Werthmann und der deutsche Caritasverband. Freiburg i. Br.: Caritasverlag, 1929.

Lindheim, Alfred von: Saluti aegrorum. Aufgabe und Bedeutung der Krankenpflege im modernen Staat. Eine sozial-statistische Untersuchung. Leipzig: Franz Deuticke, 1905.

[Litzmann, Carl Conrad Theodor]: Lehrbuch der Geburtshülfe für die preußischen Hebammen. Hrsg. im Auftr. des Ministers der Geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten. Berlin: Hirschwald, 1878.

Lüdicke, Reinhard: Die Preußischen Kultusminister und ihre Beamten im ersten Jahrhundert des Ministeriums 1817-1917. Im amtlichen Auftrage bearbeitet von Dr. Reinhard Lüdicke Archivar am Geheimen Staatsarchiv. Stuttgart: J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger, 1918.

Mai, [Franz Anton]: Die Kunst die verlorene Gesundheit durch zweckmäßige Krankenpflege wieder herstellen zu helfen. Eine Anleitung zu Vorlesungen über vernünftige Krankenpflege. II. Theil. Mannheim: Verlag der katholischen Bürgerhospitals-Buchdruckerei, 1811.

[Mai, Franz Anton]: Stolpertus der Polizei-Arzt im Gerichtshof der medizinischen Polizeigesetzgebung von einem patriotischen Pfälzer. Vierter Theil. Mannheim: bei Schwan und Götz, 1802.

Marcuse, Julian: Die Ausstellung für Krankenpflege in Frankfurt a. Main. In: Berliner Klinische Wochenschrift 37 (1900), S. 311f.

Marx, [Ferdinand]: Die Ausstellung für Krankenpflege in Berlin. In: Charitas 4 (1899), S. 165f.

Marx, Ferdinand: Unterrichtsbuch für angehende Krankenpflegerinnen. Paderborn: Ferdinand Schöningh, 1888.

Marx, Ferdinand: Unterrichtsbuch für angehende Krankenpflegerinnen. 2. Auflage. Paderborn: Schöningh, 1889.



- Marx, [Ferdinand]: Handbüchlein der Krankenpflege zu Hause und im Hospitale, zugleich ein Unterrichtsbuch für angehende Krankenpflegerinnen. 3., verb. Aufl. d. "Unterrichtsb. f. angeh. Krankenpflegerinnen". Paderborn: Schöningh, 1893.
- Marx, Ferdinand (Autor); Marx, Friedrich (Bearbeiter): Handbüchlein der Krankenpflege zu Hause u. im Hospitale. 6. Auflage. Bearbeitet von Friedrich Marx. Paderborn: Schöningh, 1909.
- Matern, A.: Wegweiser durch das Gebiet der christlichen Charitas. 2., gänzlich umgearbeitete Auflage. Braunsberg: Hans Grimme, 1908.
- Mendel, E.: Zur Reform der Irrenpflege in Preussen. In: Berliner Klinische Wochenschrift 33 (1896), S. 17-19.
- Mendelsohn, Martin: Der Comfort des Kranken. 2. Auflage. Berlin: August Hirschwald, 1892.
- Mendelsohn, Martin: Die Krankenpflege (Hypurgie). In: Eulenburg, A[ilbert]; Samuel, [Simon] (Hrsg.): Lehrbuch der allgemeinen Therapie und der therapeutischen Methodik. Bd. 1. Wien: Urban und Schwarzenberg, 1898, S. 239-424.
- Mendelsohn, Martin: Die Stellung der Krankenpflege in der wissenschaftlichen Therapie. In: Verhandlungen der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, 70. Versammlung in Düsseldorf 1898. Leipzig: Vogel, 1898.
- Mendelsohn, M[artin]: Krankenwartung und Krankenpflege. In: Zeitschrift für Krankenpflege 21 (1899), S. 116f.
- Mendelsohn, Martin: Über die Hypurgie und ihre therapeutische Leistung. (Vortrag, gehalten am 11. Juni 1898 im Greifswalder medicinischen Verein). In: Zeitschrift für Krankenpflege 20 (1898), S. 273-281, S. 303-312.
- Meyer, George: Die Ausstellung für Krankenpflege 1899. In: Berliner Klinische Wochenschrift 36 (1899), S. 607f.
- Meyer, George: Krankenpflege-Lehrbuch [Rezension]. In: Berliner Klinische Wochenschrift 1909, S. 1028f.
- Meyer, Helene: Die Ueberarbeitung der Krankenpflegerin in Deutschland. In: Die Ueberbürdung der Krankenpflegerin. Vier Referate gehalten auf dem Kongreß des "Weltbundes der Krankenpflegerinnen", I.C.N., zu Köln a. Rh. am 6. August 1912. Berlin: Deutscher Verlag, o.J., S. 66-71.
- Ministerium für Volkswohlfahrt (Bearbeiter): Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates in den Jahren 1919/1920. Berlin: Richard Schroetz, 1922.
- Mitglieder des Gerichtshofs und der Reichsanwaltschaft (Hrsg.): Entscheidungen des Reichsgerichts. Entscheidungen in Strafsachen. Bd. 31. Leipzig: Veit und Comp., 1899.
- Motive zum Entwurf eines Gesetzes, betreffend die geistlichen Orden und ordensähnlichen Kongregationen der katholischen Kirche. In: Anlagen zu den Stenographischen Berichten über die Verhandlungen des Hauses der Abgeordneten während der 2. Session der 12. Legislatur-Periode. 1875. Dritter Band. No. 258-458. Berlin: W. Moeser, Hofbuchdruckerei, 1875, S. 1836-1840.

- Mugdan, Otto; Meyer, Georg: Die Ausbildung und Organisation des Krankenpflegepersonals. In: Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege 37 (1905), S. 137-158, Diskussion S. 158-170.
- Nightingale, Florence: [Notes on nursing] Florence Nightingale's Notes on Nursing. Edited with an Introduction, Notes, and Guide to Identification by Victor Skretkowitz. Revised, with additions. London: Bailliere Tindall, 1996.
- Nutting, M. Adelaide; Dock, Lavinia L.: A History of Nursing. With an Introduction by Lori Williamson. Reproduktion und Faksimile der Ausgabe New York: G.P. Putnam's sons, 1907-1912. 4 Bde. Bristol: Thoemmes Press; Tokio: Ed. Synapse, 2000.
- Nutting, M. Adelaide; Dock, Lavinia L.: Geschichte der Krankenpflege. Bd. 1 u. 2: Die Entwicklung der Krankenpflege-Systeme von Urzeiten bis zur Gründung der ersten englischen und amerikanischen Pflegerinnenschulen. Bd. 3: Von Urzeiten bis jetzt mit besonderer Berücksichtigung der Arbeit der letzten dreissig Jahre. Übersetzt von Schwester Agnes Karll. Berlin: Dietrich Reimer, 1910-1913.
- Pagel, J[ulius]: Zum 50-jährigen Jubiläum der Berliner medizinischen Gesellschaft. Deutsche Medizinische Wochenschrift 36 (1910), S. 1963-1967.
- Petition der Berliner medicinischen Gesellschaft, die Gewerbe-Ordnung betreffend. In: Berliner Klinische Wochenschrift 6 (1869), Beilage zu No. 15 (unpag.).
- Posner, [Carl]: 70. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte. Düsseldorf, 18.-24. September 1898. In: Berliner Klinische Wochenschrift 35 (1898), S. 894f.
- Posner, [Carl]: Martin Mendelsohn: Die Krankenpflege (Hypurgie). In: Berliner Klinische Wochenschrift 35 (1898), S. 128f.
- Preußen. Erlaß, betr. Vorschriften über die Prüfung und Beaufsichtigung der Heilgehülfen, Masseure, Krankenwärter etc. Vom 8. März 1902. In: Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts 26 (1902), S. 891f.
- Preußen. Erlaß des Ministers des Innern, betr. Aufhebung der staatlichen Prüfungen für Heilgehülfen und Masseure. Vom 4. Dezember 1911. In: Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts 36 (1912), S. 55.
- Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Oberbayern, 6.11.1911. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 58 (1911) (Beilage zu No. 50, Die Verhandlungen der bayerischen Aerztekammern vom Jahre 1911), S. 2697-2701.
- Rapmund, [Otto]: Die Entwicklung des Preussischen Medizinal- und Gesundheitswesens während der Jahre 1883-1908 unter besonderer Berücksichtigung der Dienstobliegenheiten und amtlichen Stellung der Kreis-Medizinalbeamten. In: Rapmund, [Otto] (Hrsg.): Das Preussische Medizinal- und Gesundheitswesen in den Jahren 1883-1908. Festschrift zur Feier des 25jährigen Bestehens des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins. Berlin: Fischer, 1908, S. 44-86.
- Ravoth, [Friedrich]: Dr. C. E. Gedike's Handbuch der Krankenwartung. Zum Gebrauch für die Krankenwart-Schule der K. Berliner Charité-Heilanstalt sowie zum

Selbstunterricht. Fünfte verbesserte Auflage, neu bearbeitet von Dr. Ravoth. Berlin: August Hirschwald, 1874.

Rendtorff: Das Anschar-Schwestern- und Krankenhaus in Kiel. In: Kimmle, Ludwig: Das Deutsche Rote Kreuz. Entstehung, Entwicklung und Leistungen der Vereinsorganisation seit Abschluß der Genfer Convention i. J. 1864. Bd. 3: Kranken- und Mutterhäuser vom Roten Kreuz. Berlin: Boll und Pickardt, 1910, S. 423-436.

Resolution Dr. van Calker zum Etat für das Reichsamt des Innern für 1914. In: Verhandlungen des Reichstags. XIII. Legislaturperiode. I. Session. Band 296. Sachregister zu den Stenographischen Berichten und den Anlagen. Berlin: Druck und Verlag der Norddeutschen Buchdruckerei und Verlags-Anstalt, 1914, S. 9431.

Riebel, Oskar: Leitfaden der Krankenwartung. Zum Gebrauch für die Krankenwarschule des Königlichen Charité-Krankenhauses. Berlin: August Hirschwald, 1889.

Ruegenberg, Bardenheuer, Beaucamp, Dreesmann, Heigel, Krabbel, Lossen, Odenthal, Rincheval, Rotter, Schultze, Schwartz, Urban, Wesener, Wirsing, Wolff: Ärztliche Denkschrift vom 1. Februar 1904. In: Hainbuch, Friedrich: Die Gründung des "Katholischen Krankenfürsorgevereins" im Jahre 1906. Bonn: Borengässer, 1982 (Beiträge zur Geschichte der Medizin und ihrer Nebengebiete; 1), S. 42-69.

Rust, Johann Nepomuk: Die Medicinal-Verfassung Preussens, wie sie war und wie sie ist. Actenmäßig dargestellt und schriftlich beleuchtet. Berlin: Enslin, 1838.

Salzwedel, [Rudolf]: Die Bedeutung der Krankenpflege für die Therapie. (Vortrag, abgekürzt gehalten am 16. März 1910 in der Berliner medizinischen Gesellschaft.) In: Berliner Klinische Wochenschrift 47 (1910), S. 935-938.

Salzwedel, Rudolf: Handbuch der Krankenpflege. Zum Gebrauch für die Krankenwarschule des Kgl. Charité-Krankenhauses sowie zum Selbstunterricht. Bearbeitet von Prof. Dr. Salzwedel, Oberstabsarzt z. D. u. Lehrer an der Krankenwarschule des Kgl. Charité-Krankenhauses. 8. Auflage. Berlin: August Hirschwald, 1904.

Schäfer, Theodor: Geschichte der weiblichen Diakonie. 3. verbesserte und bis auf die Gegenwart fortgeführte Auflage. Potsdam: Stiftungsverlag, 1911.

Schlockow, [Isak] (Autor); Roth, E[manuel]; Leppmann, A[rthur] (Bearbeiter): Der Kreisarzt. (Neue Folge von: Der preussische Physikus.) Anleitung zur Kreisarztprüfung, zur Geschäftsführung der Medizinalbeamten und zur Sachverständigen-Thätigkeit der Aerzte. Unter Berücksichtigung der Reichs- und Landesgesetzgebung. Bd. 1: Medizinal- und Sanitätswesen. 5. vermehrte Auflage. Berlin: Verlag von Richard Schoetz, 1901.

Schmidt, Joseph Hermann: Die Reform der Medicinal-Verfassung Preussens. Berlin: Enslin, 1846.

Schmidt, Joseph Hermann: Lehrbuch der Geburtskunde für die Hebammen in den koenigl. preussischen Staaten. Berlin 1838.

- Schmidt, Joseph Hermann: Lehrbuch der Geburtskunde für die Hebammen in den koenigl. preussischen Staaten. 2. Auflage. Berlin: Schade, 1840.
- Schmidt, Joseph Hermann (Autor); Kanzow, C. (Bearbeiter): Lehrbuch der Geburtskunde für die Hebammen in den koenigl. preussischen Staaten. 3., verb. Ausg., bearb. von C. Kanzow. Berlin: Hirschwald, 1866.
- Schmittmann, [Benedikt]: Aufgaben und Organisation der Landkrankenpflege. Hamm (Westf.): Breer und Thiemann, 1913 (Frankfurter Zeitgemässe Broschüren, N.F., Bd. 33, H. 2.).
- Schneider, Pfeil: Die Frau als Krankenpflegerin. In: Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege 34 (1902), S. 649-659.
- Schwesternvater Chuchul. 40 3/4 Jahre unter dem Roten Kreuz laut Akten. In: Die Schwester vom Roten Kreuz. Amtliches Nachrichten-Blatt der Deutschen Landes-Frauen-Vereine vom Roten Kreuz, 1919, S. 417-419.
- Sechsendvierzigster Jahresbericht des Vorstandes des Anschar-Schwestern- und Krankenhauses in Kiel, Mitglied der Verbandes Deutscher Krankenpflege-Anstalten vom Roten Kreuz, staatlich anerkannte Krankenpflegeschule, für das Jahr 1918. Erstattet im Juni 1919.
- Sick, Paul: Die Krankenpflege in ihrer Begründung auf Gesundheitslehre. Mit besonderer Berücksichtigung der weiblichen Krankenpflege. 1. Auflage. Stuttgart: Steinkopf, 1884. 2. Auflage. Stuttgart: Steinkopf, 1887.
- Sick, Paul von (Autor); Sick, Paul (Bearbeiter); Sick, Konrad (Bearbeiter): Die Krankenpflege in ihrer Begründung auf der Gesundheitslehre mit besonderer Berücksichtigung der weiblichen Diakonie. 5., neu bearbeitete Auflage. Stuttgart: J. F. Steinkopf, 1922.
- Stangenberger, Johannes: Unter dem Deckmantel der Barmherzigkeit. Die Schwesternpflege in den Krankenhäusern. Ein Mahnwort an Eltern und Vormünder. Berlin: Hermann Walther, 1901.
- Stellung der Aerzte an den Irrenanstalten. In: Deutsche Medicinische Wochenschrift 23 (1897), S. 224.
- Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Preußischen Hauses der Abgeordneten. Berlin: 1855-1918.
- Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Preußischen Herrenhauses. Berlin: 1855-1918.
- Storp, Elisabeth: Zur Pflegerinnenfrage. In: Die Krankenpflege 2 (1902/1903), S. 270-276.
- Storp, Elisabeth: Zur Schwesternfrage. In: Die Krankenpflege 1 (1901/1902), S. 376-378.
- Streiter, Georg: Das Geschlechtsproblem in der Krankenpflege. Gautzsch b. Leipzig: Felix Dietrich, 1911.

Streiter, Georg: Die wirtschaftliche und soziale Lage der beruflichen Krankenpflege in Deutschland. 2., verbesserte und ergänzte Auflage. Jena: Gustav Fischer, 1924 (1. Auflage 1910).

Streiter, Georg: Die wirtschaftliche und soziale Lage des Krankenpflegepersonals in Deutschland. Jena: Gustav Fischer, 1910.

Summarische Uebersicht über den Stand der Cholera in Preussen. In: Berliner Klinische Wochenschrift 10 (1873), S. 483.

Thielemann, [Viktor]: Leipziger Ärzteverband und Krankenhäuser. Vortrag, gehalten auf der Generalversammlung des achtzehnten allgemeinen Caritastages zu Münster i. W. von Professor Dr. Thielemann, Superior der Barmherzigen Schwestern in Fulda. In: Caritas 19 (1913/1914), S. 71-79.

Thielemann, [Viktor]: Was veranlaßt uns zu einer Organisation der Krankenhausvorstände? In: Charitas 15 (1909/1910), S. 61-64.

Unterrichtsbuch für Sanitätsmannschaften. Berlin: Mittler, 1902.

Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter: Protokoll der Verhandlungen der 2. Konferenz des Krankenpflege-, Massage- u. Badepersonals Deutschlands. Abgehalten zu Berlin "Gewerkschaftshaus" am 21. und 22. August 1911. Berlin: Selbstverlag des Verbandes der Gemeinde- und Staatsarbeiter, 1911.

Verfügung des Regierungspräsidenten in Potsdam, betr. die Regelung des Tagesdienstes der Pflegeschwestern in Krankenhäusern, vom 17. Oktober 1910. In: Ministerial-Blatt für Medizinalangelegenheiten 11 (1911), S. 88f.

Verhandlungen des Reichstages. Stenographische Berichte. Berlin: Druck und Verlag der Norddeutschen Buchdruckerei und Verlags-Anstalt, 1871-1939.

Verhandlungen des Reichstags. XII. Legislaturperiode. I. Session. Band 250. Anlagen zu den Stenographischen Berichten. Nr. 1035 (II. Teil) bis 1081. S. 5831-6048. Berlin: Julius Sittenfeld, 1909.

Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts 1 (1877) - 42 (1918). Red. im Kaiserlichen Gesundheitsamte. Berlin: Springer, 1877-1918.

Verzeichnis der Prüfungskommissionen (18.02.1914). In: Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten 14 (1914), S. 92-112.

Virchow, Rudolf: Die berufsmässige Ausbildung zur Krankenpflege. In: Virchow, Rudolf: Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der öffentlichen Medicin und der Seuchenlehre. Bd. 2. Berlin: Hirschwald, 1879, S. 47-56. Anmerkungen zum vierten Abschnitte, S. 99-127.

Virchow, Rudolf: Ueber Hospitäler und Lazarette. Vortrag, gehalten im December 1866 im Saale des Berliner Handwerker-Vereins. In: Virchow, Rudolf: Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der öffentlichen Medicin und der Seuchenlehre. Bd. 2. Berlin: August Hirschwald, 1879, S. 6-22.

Weber, Mathilde: Warum fehlt es an Diakonissinnen und Pflegerinnen. Berlin: Oehmigke, 1894.

Wernich: Ueber Ausbildung und Lebenslage des niederen Heilpersonals. (Vierter (Schluss-)Vortrag aus dem Cyklus. Der Entwicklungsgang im preussischen Medizinalwesen.). In: Zeitschrift für Medizinalbeamte 4 (1891) [Anhang], S. 7-26.

Zimmer, Friedrich. Die Organisation der Krankenpflege. Denkschrift, auf Verlangen des Kgl. Preußisch. Ministeriums der geistlichen usw. Angelegenheiten geschrieben und diesem eingereicht. In: Blätter aus dem Evangelischen Diakonieverein 10 (1906), S. 2-11.

Zimmer, [Friedrich]: Staatsaufsicht über das Krankenpflegewesen. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 29 (1903), S. 73, S. 433f.

Zur Ausstellung für Krankenpflege in Frankfurt a. M., vom 8. bis 18. März 1900. In: Zeitschrift für Krankenpflege 22 (1900), S. 113-115.

### **VI.3. Fachliteratur**

Ackerknecht, Erwin H.: Beiträge zur Medizinalreform von 1848. In: Sudhoffs Archiv 25 (1932), S. 61-109, S. 113-183.

Ackerknecht, Erwin H.: Rudolf Virchow. Arzt, Politiker, Anthropologe. Stuttgart: Ferdinand Enke, 1957.

Albers, Ernst; Gatermann, Gesa; Illmer, Kathrin; Scheffel, Eva; Tost, Karin: Krankenpflege im Eppendorfer Krankenhaus. Die qualifizierte Pflege begann mit den Erikaschwestern. In: Weisser, Ursula (Hrsg.): 100 Jahre Universitätskrankenhaus Eppendorf. 1889-1989. Tübingen: Attempto, 1989, S. 405-437.

Albert, Martin: Krankenpflege auf dem Weg zur Professionalisierung. Eine qualitative Untersuchung mit Studierenden der berufsintegrierten Studiengänge "Pflegedienstleitung - Pflegemanagement" und "Pflegepädagogik" an der Katholischen Fachhochschule Freiburg. Freiburg, Pädagogische Hochschule: Diss., 1998.

Allen, Davina: The Nursing-Medical Boundary: A Negotiated Order? In: Sociology of Health and Illness 19 (1997), S. 498-520.

Anderson, M. Lavinia: Windthorst. A Political Biography. Oxford: Clarendon Press, 1981.

Andree, Christian: Rudolf Virchow. Leben und Ethos eines großen Arztes. München: Langen Müller, 2002.

Bär, Elfriede: Der Einfluß der Berliner Ärzte Jacobsohn und Salzwedel auf die Entwicklung der beruflichen Krankenpflege und der Pflegewissenschaft. HU Berlin: Diplomarbeit Pflegepädagogik, 1999.

Baly, Monica: Florence Nightingale and the Establishment of the First School at St. Thomas's – Myth v Reality. In: Bullough, Vern; Bullough, Bonnie; Stanton, Marietta P. (Hrsg.): Florence Nightingale and Her Era. A Collection of New Scholarship. New York: Garland, 1990, S. 3-22.

- Baly, Monica: Florence Nightingale and the Nursing Legacy. 2. Auflage. London: Whurr, 1997.
- Baly, Monica: The Nightingale Nurses: The Myth and the Reality. In: Maggs, Christopher (Hrsg.): Nursing History: The State of the Art. London: Croom Helm, 1987, S. 33-59.
- Bartholomeyczik, Sabine: Vorwort zur deutschen Ausgabe. Pflegeforschung: Entwicklung und Perspektiven in deutschsprachigen Ländern. In: Polit, Denise F.; Beck, Cheryl Tatano; Hungler, Bernadette P.: Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung. Aus dem Amerikanischen von Michael Herrmann.. Deutschsprachige Ausgabe bearbeitet und herausgegeben von Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik. Bern: Hans Huber, 2004, S. 25-34.
- Berridge, Virginia: Health and Medicine. In: Thompson, Francis Michael Longstreth (Hrsg.): The Cambridge Social History of Britain 1750-1950. Bd. 3: Social Agencies and Institutions. Cambridge: Cambridge University Press, 1990, S. 171-242.
- Bischoff, Claudia: Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. 3., durchgesehene Auflage, überarbeitete und erweiterte Neuausgabe. Frankfurt/M.: Campus, 1997.
- Blaschke, Olaf: Das 19. Jahrhundert: Ein Zweites Konfessionelles Zeitalter? In: Geschichte und Gesellschaft 26 (2000), S. 38-75.
- Bleker, Johanna; Schmiedebach, Heinz-Peter (Hrsg.): Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865-1985. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1987.
- Bolk, Reinhard: Das Krankenhaus Am Urban. Medizingeschichtliche Untersuchung eines Krankenhauses der Stadt Berlin von seiner Gründung (1887) bis zum Ende des 2. Weltkrieges (1945). Berlin: Westkreuz-Verlag, 1984.
- Born, Karl Erich: Staat und Sozialpolitik seit Bismarcks Sturz. Ein Beitrag zur Geschichte der innenpolitischen Entwicklung des Deutschen Reiches 1890-1914. Wiesbaden: Franz Steiner, 1957 (Historische Forschungen im Auftrag der Historischen Kommission der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Bd. 1).
- Boschung, Urs: Aufklärungsmedizin. In: Gerabek, Werner E.; Haage, Bernhard D.; Keil, Gundolf; Wegner, Wolfgang (Hrsg.): Enzyklopädie Medizingeschichte. Berlin: de Gruyter, 2005, S. 117-121.
- Botzenhart, Manfred: Deutsche Verfassungsgeschichte 1806-1949. Stuttgart: Kohlhammer, 1993.
- Brandt, Hartwig: Der lange Weg in die demokratische Moderne. Deutsche Verfassungsgeschichte von 1800 bis 1945. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1998.
- Braunschweig, Sabine (Hrsg.): Pflege – Räume, Macht und Alltag. Beiträge zur Geschichte der Pflege. Zürich: Chronos, 2006.
- Breiding, Birgit: Die Braunen Schwestern. Ideologie, Struktur, Funktion einer nationalsozialistischen Elite. Stuttgart: Franz Steiner, 1998 (Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialgeschichte; 85).

Bremer, J. J. C. B.: Die Geschichte des Krankenhauses in medizinisch-psychologischer Sicht. In: *Historia Hospitalium* 12 (1977/1978).

Brinkschulte, Eva: Weibliche Ärzte. Die Durchsetzung des Berufsbildes in Deutschland. Berlin: Ed. Hentrich, 1994.

Büschges, Günter: Professionalisierung. In: Fuchs-Heinritz, Werner; Lautmann, Rüdiger; Rammstedt, Otthein; Wienold, Hans (Hrsg.): *Lexikon zur Soziologie*. 4., grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2007, S. 514.

Burchardt, Lothar: Professionalisierung oder Berufskonstruktion? Das Beispiel des Chemikers im wilhelminischen Deutschland. In: *Geschichte und Gesellschaft* 6 (1980), S. 326-348.

Burnham, John C.: How the Idea of Profession Changed the Writing of Medical History. London: Wellcome Institute for the History of Medicine, 1998 (Medical History, Supplement No. 18).

Burnham, John C.: How The Concept of Profession Evolved in the Work of Historians of Medicine. In: *Bulletin of the History of Medicine* 70 (1996), S. 1-24.

Bynum, William F.: The Rise of Science in Medicine, 1850-1913. In: Bynum, William F.; Hardy, Anne; Jacyna, Stephen; Lawrence, Christopher; Tansey, E. M.: *The Western Medical Tradition. 1800 to 2000*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006, S. 111-239.

Conze, Werner; Kocka, Jürgen (Hrsg.): *Bildungsbürgertum im 19. Jahrhundert. Teil I: Bildungssystem und Professionalisierung in internationalen Vergleichen*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1985.

Daheim, Hansjürgen: Verberuflichung. In: Fuchs-Heinritz, Werner; Lautmann, Rüdiger; Rammstedt, Otthein; Wienold, Hans (Hrsg.): *Lexikon zur Soziologie*. 4., grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2007, S. 695.

De Bertier de Sauvigny, G.: Die Kirche im Zeitalter der Restauration. In: Rogier, L[udovicus] J.; Bertier de Sauvigny, G. de; Hajjar, J. (Bearbeiter): *Geschichte der Kirche*, Bd. 4: Die Kirche im Zeitalter der Aufklärung, Revolution und Restauration. Einsiedeln: Benziger, 1966, S. 175-344.

Diepgen, Paul: Die Revolution von 1848/1849 und der deutsche Ärztestand. In: *Klinische Wochenschrift* 12 (1933), S. 1577-1580.

Döhler, Marian: Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. Frankfurt/M.: Campus, 1997 (Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung, Köln; 30).

Dorffner, Gabriele: "... ein edler und hoher Beruf". Zur Professionalisierung der österreichischen Krankenpflege. Straßhof: Vier-Viertel-Verlag, 2000.

Dross, Fritz: Krankenhaus und lokale Politik 1770-1850. Das Beispiel Düsseldorf. Essen: Klartext, 2004 (Düsseldorfer Schriften zur Neueren Landesgeschichte und zur Geschichte Nordrhein-Westfalens, Band 67).



Dunajtschik, Anne: Wissenschaftliche Krankenpflege – die Hypurgie-Bewegung um die Jahrhundertwende. FH Frankfurt/M.: Diplomarbeit im Studiengang Pflege, 1997.

Dunant, J. Henry: Un souvenir de Solferino. Edité par le Comité international de la Croix-Rouge à l'occasion du Centenaire de la naissance de l'auteur. Genf: Comité international de la Croix-Rouge, 1928.

Ebstein, Erich: Die Geschichte der Krankenpflege. In: Oberinnen-Vereinigung vom Roten Kreuz: Werden und Wirken. Berlin: Oberinnen-Vereinigung vom Roten Kreuz, 1930, S. 7-20.

Eder, Manfred: "Helfen macht nicht ärmer". Von der kirchlichen Armenfürsorge zur modernen Caritas in Bayern. Altötting: Eder, 1997.

Elster, Ruth (Autor); Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.): Der Agnes-Karll-Verband und sein Einfluß auf die Entwicklung der Krankenpflege in Deutschland. Ein Beitrag zur Geschichte der Pflegeberufe und eines Berufsverbandes. Frankfurt/M.: Mabuse, 2000.

Enzelberger, Sabina: Sozialgeschichte des Lehrerberufs. Gesellschaftliche Stellung und Professionalisierung von Lehrerinnen und Lehrern von den Anfängen bis zur Gegenwart. Weinheim: Juventa, 2001 (Grundlagentexte Pädagogik).

Eulner, Hans-Heinz: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Stuttgart: Enke, 1970 (Studien zur Medizingeschichte des neunzehnten Jahrhunderts).

Falkenstein, Dorothe: Die Rolle des Irrenpflegepersonals an europäischen Heilanstalten im 19. und frühen 20. Jahrhundert aus der Sicht der zeitgenössischen Psychiater. In: Braunschweig, Sabine (Hrsg.): Pflege – Räume, Macht und Alltag. Beiträge zur Geschichte der Pflege. Zürich: Chronos, 2006, S. 95-106.

Finkenrath, Kurt: Die Medizinalreform. Die Geschichte der ersten deutschen ärztlichen Standesbewegung von 1800-1850 von Dr. med. Kurt Finkenrath Berlin. Leipzig: Johann Ambrosius Barth, 1929 (Studien zur Geschichte der Medizin, Heft 17).

Fischer, Alfons: Franz Anton Mai als Vorkämpfer für Gesundheitsrecht und Gesundheitspflicht. In: Fischer, Alfons: Beiträge zur Kulturhygiene des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts im Deutschen Reiche. Leipzig: Johann Ambrosius Barth, 1928 (Studien zur Geschichte der Medizin, Heft 16), S. 57-115.

Fischer, Alfons: Geschichte des deutschen Gesundheitswesens. Bd. 2: Von den Anfängen der hygienischen Ortsbeschreibungen bis zur Gründung des Reichsgesundheitsamtes (das 18. und 19. Jahrhundert). Reprografischer Nachdruck der Ausgabe Berlin 1933. Hildesheim: Olms, 1965.

Fischer, I[sidor]: Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre. Zugleich Fortsetzung des Biographischen Lexikons der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker. Zweite und dritte, unveränderte Auflage. 2 Bde. Bd. 1: Aaser-Komoto. Bd. 2: Kon-Zweig. München: Urban und Schwarzenberg, 1962.

Foerster, Frank: Christian Carl Josias Bunsen: Diplomat, Mäzen und Vordenker in Wissenschaft, Kirche und Politik. Bad Arolsen: Waldeckscher Geschichtsverein, 2001 (Waldecksche Forschungen; 10).

Freidson, Eliot: Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Hrsg. von Johann Jürgen Rohde und Wolfgang Schoene. Stuttgart: Enke, 1979.

Freidson, Eliot: Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung. Herausgegeben und übersetzt von Johann Jürgen Rohde. München: Urban und Schwarzenberg, 1975 (Medizin und Sozialwissenschaften; 3).

Freidson, Eliot: Professionalism. The Third Logic. Cambridge: Polity Press, 2001.

Frevert, Ute: Krankheit als politisches Problem 1770-1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1984 (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft; 62).

Friedrich, Norbert (Hrsg.): Diakonie pragmatisch. Der Kaiserswerther Verband und Theodor Fliedner. Festschrift aus Anlass des 90jährigen Jubiläums des Kaiserswerther Verbandes. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener, 2007.

Friedrich, Norbert: Religion und Krankenpflege – einige historische Anmerkungen. In: Hähner-Rombach, Sylvelyn (Hrsg.) unter Mitarbeit von Christoph Schweikardt: Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mit Einführungen und Kommentaren. Frankfurt/M.: Mabuse, 2008, S. 43-58.

Friedrich, Norbert: Überforderte Engel? Diakonissen als Gemeindeschwestern im 19. und 20. Jahrhundert. In: Braunschweig, Sabine (Hrsg.): Pflege – Räume, Macht und Alltag. Beiträge zur Geschichte der Pflege. Zürich: Chronos, 2006, S. 85-94.

Frings, Hermann Josef: Die Vinzentinerinnen als Wegbereiterinnen der neuzeitlichen Krankenpflege im deutschen Sprachgebiet (1832-1900). Köln: Med. Diss., 1994.

Gatz, Erwin (Hrsg.): Caritas und soziale Dienste. Freiburg: Herder, 1997 (Geschichte des kirchlichen Lebens in den deutschsprachigen Ländern seit dem Ende des 18. Jahrhunderts; 5).

Gatz, Erwin: Die Bistümer und ihre Pfarreien. Freiburg i. Br.: Herder, 1991 (Geschichte des kirchlichen Lebens in den deutschsprachigen Ländern seit dem Ende des 18. Jahrhunderts; 1).

Gatz, Erwin: Einleitung. In: Gatz, Erwin (Bearbeiter): Akten der Fuldaer Bischofskonferenz III. 1900-1919. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, 1985 (Veröffentlichungen der Kommission für Zeitgeschichte: Reihe A, Quellen; Bd. 39), S. XVII-XXVIII.

Gatz, Erwin: Kirche und Krankenpflege im 19. Jahrhundert. Katholische Bewegung und karitativer Aufbruch in den preussischen Provinzen Rheinland und Westfalen. München: Schöningh, 1971.

Gatz, Erwin: Kirchliche Mitarbeit in der öffentlichen Armenpflege. Die Neuanfänge einer eigenständigen kirchlichen Armenpflege. In: Gatz, Erwin (Hrsg.): Caritas und

soziale Dienste. Freiburg: Herder, 1997 (Geschichte in den deutschsprachigen Ländern seit dem Ende des 18. Jahrhunderts; 5), S. 57-70.

Gatz, Erwin: Krankenfürsorge. In: Gatz, Erwin (Hrsg.): Caritas und soziale Dienste. Freiburg: Herder, 1997 (Geschichte des kirchlichen Lebens in den deutschsprachigen Ländern seit dem Ende des 18. Jahrhunderts; 5), S. 113-131.

Gerst, Thomas: Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945-1955. Stuttgart: Franz Steiner, 2004 (Medizin, Gesellschaft und Geschichte; Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Beiheft 21).

Goerke, H[einz]: Die Geschichte der Berliner medizinischen Gesellschaft. In: Berliner Medizinische Gesellschaft: Festschrift 100 Jahre Berliner medizinische Gesellschaft. 26. Oktober 1960. Berlin: Medicus, 1960 (Deutsches Medizinisches Journal, Sonderheft), S. 3-16.

Goerke, Heinz: Personelle und arbeitstechnische Gegebenheiten im Krankenhaus des 19. Jahrhunderts. In: Schadewaldt, Hans (Hrsg.): Studien zur Krankenhausgeschichte im 19. Jahrhundert im Hinblick auf die Entwicklung in Deutschland. Vorträge des Symposiums der "Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte e. V." vom 23. bis 24. Februar 1972 in Berlin. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1976 (Studien zur Medizingeschichte im 19. Jahrhundert, Bd. 7), S. 56-71.

Goschler, Constantin: Rudolf Virchow. Mediziner, Anthropologe, Politiker. Köln: Böhlau, 2002.

Gross, Dominik: 'Deprofessionalisierung' oder 'Paraprofessionalisierung'? Die berufliche Entwicklung der Hebammen und ihr Stellenwert in der Geburtshilfe des 19. Jahrhunderts. In: Sudhoffs Archiv 82 (1998), S. 218-238.

Grüneisen, Felix: Das Deutsche Rote Kreuz in Vergangenheit und Gegenwart. Unter Mitarbeit von F. W. Brekenfeld. Potsdam-Babelsberg: DRK, 1939.

Grundhewer, Herbert: Von der freiwilligen Kriegsrankenpflege bis zur Einbindung des Roten Kreuzes in das Heeresanitätswesen. In: Bleker, Johanna; Schmiedebach, Heinz-Peter (Hrsg.): Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865-1985. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1987, S. 29-44.

Hähner-Rombach, Sylvelyn: Einführung in die kommentierte Quellensammlung. In: Hähner-Rombach, Sylvelyn (Hrsg.) unter Mitarbeit von Christoph Schweikardt: Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mit Einführungen und Kommentaren. Frankfurt/M.: Mabuse, 2008, S. 11-18.

Hähner-Rombach, Sylvelyn: "Out of the Frying Pan and into the Fire": From Private Nurse to Police Assistant – A Case Study from the Turn of the 19th to the 20th Century. In: Nursing History Review 16 (2008), S. 158-179.

Hähner-Rombach, Sylvelyn; Schweikardt, Christoph: Nursing History in Germany: Past, Projects, Papers and Prospects. Introduction. In: Nursing History Review 16 (2008), S. 91-98.

- Hähner-Rombach, Sylvelyn (Hrsg.) unter Mitarbeit von Christoph Schweikardt: Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mit Einführungen und Kommentaren. Frankfurt/M.: Mabuse, 2008.
- Hahne, Astrid: Der Einfluss des Berliner Arztes und preußischen Medizinalbeamten Eduard Dietrich (1860-1947) auf die Entwicklung der beruflichen Krankenpflege und die Pflegewissenschaft. HU Berlin: Diplomarbeit Pflegepädagogik, 2002.
- Hainbuch, Friedrich: Die Gründung des "Katholischen Krankenfürsorgevereins" im Jahre 1906. Bonn: Borengässer, 1982 (Beiträge zur Geschichte der Medizin und ihrer Nebengebiete; 1).
- Hartmann, Fritz; Krüger, Matthias: Directiones ad rem Medicam pertinentes. Ein Manuskript G. W. Leibnizens aus den Jahren 1671/72 über die Medizin. In: Studia Leibnitiana 8 (1976), S. 40-68.
- Hartmann, Heinz: Arbeit, Beruf, Profession. In: Luckmann, Thomas; Sprondel, Walter Michael: Berufssoziologie. Köln: Kiepenheuer und Witsch, 1972, S. 36-52.
- Haug, Karin: Die vertikale Arbeitsteilung im Gesundheitswesen zwischen Medizin und Krankenpflege im Krankenhaus. Ein Vergleich zwischen Großbritannien und der Bundesrepublik Deutschland. Universität Konstanz: Diss., 1994.
- Haug, Karin: Professionalisierungsstrategien, Durchsetzungspotentiale und Arbeitsteilung. Eine Untersuchung bei deutschen und englischen Pflegekräften. WZB Discussion Paper P 95-202. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 1995.
- Haunfelder, Bernd: Reichstagsabgeordnete der Deutschen Zentrumspartei 1871-1933. Biographisches Handbuch und historische Photographien. Düsseldorf: Droste, 1999.
- Helfrich, Jürgen: Untersuchungen zur Geschichte der Ausbildung in der psychiatrischen Krankenpflege an bayerischen Heil- und Pflegeanstalten von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts. HU Berlin: Diplomarbeit Pflegepädagogik, 1998.
- Helmerichs, Jutta: Krankenpflege im Wandel (1890 bis 1933). Sozialwissenschaftliche Untersuchung zur Umgestaltung der Krankenpflege von einer christlichen Liebestätigkeit zum Beruf. Göttingen: Univ. Diss., 1992.
- Helmstadter, Carol: Early Nursing Reform in Nineteenth-Century London: A Doctor-Driven Phenomenon. In: Medical History 46 (2002), S. 325-350.
- Herold-Schmidt, Hedwig: Ärztliche Interessenvertretung im Kaiserreich 1871-1914. In: Jütte, Robert (Hrsg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1997, S. 43-95.
- Herrmann, Volker (Hrsg.): Johann Hinrich Wichern und die Innere Mission. Studien zur Diakonieggeschichte. Heidelberg: Winter, 2002 (Veröffentlichungen des Diakoniewissenschaftlichen Instituts an der Universität Heidelberg; 14).

Heusler-Edenhuizen, Hermine: Du mußt es wagen! Lebenserinnerungen der ersten deutschen Frauenärztin. Mit einem Vorwort von Heide Soltau. 4. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 1999.

Höll, Thomas; Schmidt-Michel, Paul-Otto: Irrenpflege im 19. Jahrhundert. Die Wärterfrage in der Diskussion der deutschen Psychiater. Mit einem Vorwort von Manfred Lucha. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1989 (Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie; 44).

Holste, Heiko: Der deutsche Bundesstaat im Wandel (1867-1933). Berlin: Duncker und Humblot, 2002 (Schriften zur Verfassungsgeschichte; 65).

Hudemann-Simon, Calixte: Die Eroberung der Gesundheit 1750-1900. Aus dem Französischen von Andrea van Dülmen. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 2000.

Huerkamp, Claudia: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Das Beispiel Preußens. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1985 (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft; 68).

Huerkamp, Claudia: Ärzte und Professionalisierung in Deutschland: Überlegungen zum Wandel des Arztberufs im 19. Jahrhundert. In: Geschichte und Gesellschaft 6 (1980), S. 349-382.

Hummel, Eva-Cornelia: Krankenpflege im Umbruch (1876-1914). Ein Beitrag zum Problem der Berufsfindung "Krankenpflege". Freiburg i. Br.: Schulz, 1986 (Freiburger Forschungen zur Medizingeschichte, N.F; 14).

Jetter, Dieter: Geschichte des Hospitals. 6 Bde. Stuttgart: Steiner, 1966-1987.

Jetter, Dieter: Grundzüge der Hospitalgeschichte. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1973.

Jütte, Robert: Vom Hospital zum Krankenhaus: 16. bis 19. Jahrhundert. In: Labisch, Alfons; Spree, Reinhard (Hrsg.): "Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett". Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Frankfurt: Campus, 1996, S. 31-50.

Junghardt, Adelheid: Der Stellenwert der Krankenpflege im Sozialstaat der Weimarer Republik. Wissenschaftliche Arbeit im Rahmen der Magisterprüfung im Hauptfach Geschichte. Universität-GHS Essen, Februar 2000.

Käppeli, Silvia: Standortbestimmung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung im deutschsprachigen Raum unter Berücksichtigung der internationalen Entwicklung. In: Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft NRW (Hrsg.): Die Bedeutung der Pflegewissenschaft für die Professionalisierung der Pflege. Dokumentation einer Fachtagung. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft, 1998 (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld), S. 29-42.

Kerchner, Brigitte: Beruf und Geschlecht. Frauenberufsverbände in Deutschland 1848-1908. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1992 (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft; 97).

Kirchner, Martin. In: Fischer, I[sidor]: Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre. Zugleich Fortsetzung des Biographischen Lexikons der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker. Zweite und dritte, unveränderte Auflage. Bd. 1: Aaser-Komoto. München, Berlin: Urban und Schwarzenberg, 1962, S. 762.

Köser, Silke: Denn eine Diakonisse darf kein Alltagsmensch sein. Kollektive Identitäten Kaiserswerther Diakonissen 1836-1914. Leipzig: Evangelische Verl.-Anst., 2006 (Historisch-theologische Genderforschung; 2).

Kolling, Hubert (Hrsg.): Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte. Who was Who in Nursing History. Bd. 4. München: Elsevier, Urban und Fischer, 2008.

Kretschmann, Carsten; Pahl, Henning: Ein "Zweites Konfessionelles Zeitalter"? Vom Nutzen und Nachteil einer neuen Epochensignatur. In: Historische Zeitschrift 276 (2003), S. 369-392.

Kreutzer, Susanne: Vom "Liebesdienst" zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt/M.: Campus, 2005 (Geschichte und Geschlechter; 45).

Kruse, Anna-Paula: Die Krankenpflegeausbildung seit der Mitte des 19. Jahrhunderts. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 1995 (Berufskunde; 2).

Kunz, Irene: Grundausbildung und Spezialisierung in der Krankenpflege zwischen 1800 und 1960. LMU München: Univ.-Diss., 1984.

Labisch, Alfons: Das Krankenhaus in der Gesundheitspolitik der deutschen Sozialdemokratie. In: Medizinische Soziologie 1 (1981), S. 126-151.

Labisch, Alfons: Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt/M.: Campus, 1992.

Labisch, Alfons: Stadt und Krankenhaus. Das Allgemeine Krankenhaus in der kommunalen Sozial- und Gesundheitspolitik des 19. Jahrhunderts. In: Labisch, Alfons; Spree, Reinhard (Hrsg.): "Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett". Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Frankfurt/M.: Campus, 1996, S. 253-296.

Labisch, Alfons; Spree, Reinhard: Die Kommunalisierung des Krankenhauswesens in Deutschland während des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. In: Wysocki, Josef (Hrsg.): Kommunalisierung im Spannungsfeld von Regulierung und Deregulierung im 19. und 20. Jahrhundert. Berlin: Duncker und Humblot, 1995, S. 7-47.

Labisch, Alfons; Spree, Reinhard (Hrsg.): "Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett". Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Frankfurt/M.: Campus, 1996.

Labisch, Alfons; Spree, Reinhard (Hrsg.): Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten. Frankfurt/M.: Campus, 2001.

Labisch, Alfons; Tennstedt, Florian: Der Weg zum "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" vom 3. Juli 1934. 2 Bde. Düsseldorf: Akademie für

- öffentliches Gesundheitswesen, 1985 (Schriftenreihe der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf; 13 1-2).
- Lampe, Bärbel: Der Beitrag Martin Mendelsohns zur Entwicklung der Krankenpflege. HU Berlin: Med. Diss., 1969.
- Lampert, Heinz; Althammer, Jörg: Lehrbuch der Sozialpolitik. 8., überarbeitete und vollständig aktualisierte Auflage. Berlin: Springer, 2007.
- Lesky, Erna: Einleitung. In: Frank, Johann Peter: Seine Selbstbiographie. Herausgegeben, eingeleitet und mit Erläuterungen versehen von Professor Erna Lesky, Wien. Bern: Hans Huber, 1969, S. 7-24.
- Leven, Karl-Heinz: Die Geschichte der Infektionskrankheiten. Von der Antike bis ins 20. Jahrhundert. Landsberg/Lech: ecomed, 1997 (Fortschritte in der Präventiv- und Arbeitsmedizin; 6).
- Ley, Christian: Beiträge der Reichssektion Gesundheitswesen im Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter zur Professionalisierung der Pflege zwischen 1918 und 1933. FH Münster: Diplomarbeit im Studiengang Pflegepädagogik, 2006.
- LoBiondo-Wood, Geri: Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung. Aus dem Engl. übers. 2. Auflage. München: Elsevier, Urban & Fischer, 2005.
- Löser, Ingeborg: Pflege studieren. Der Akademisierungsprozeß in den Pflegeberufen am Beispiel hessischer Pflegestudiengänge. Frankfurt/M.: Mabuse, 1995.
- Lohff, Brigitte: "... daß ein jeder das Seine in seiner Sphaera activitatis tue". Leibniz' Vorschläge und Begründungen für ein öffentliches Gesundheitswesen. In: Poser, Hans (Hrsg.): Nihil sine ratione. Mensch, Natur und Technik im Wirken von G. W. Leibniz. Vorträge 2. Teil. Berlin: Gottfried-Wilhelm-Leibniz-Gesellschaft, 2001, S. 728-735.
- Lüdicke, Reinhard: Die Preußischen Kultusminister und ihre Beamten im ersten Jahrhundert des Ministeriums 1817-1917. Im amtlichen Auftrage bearbeitet von Dr. Reinhard Lüdicke Archivar am Geheimen Staatsarchiv. Stuttgart: J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger, 1918.
- Lungershausen, Margarete: Agnes Karll. Ihr Leben, Werk und Erbe. [Beigefügtes Werk:] Massing, Therese: Marie Cauer. Ein Lebensbild. Hannover: Staude, 1964.
- Lutzer, Kerstin: Der Badische Frauenverein 1859-1918. Rotes Kreuz, Fürsorge und Frauenfrage. Stuttgart: Kohlhammer, 2002 (Veröffentlichungen der Kommission für Geschichtliche Landeskunde in Baden-Württemberg, Reihe B, Forschungen; 146).
- Massing, Therese: Marie Cauer. Ein Lebensbild. [Beigefügtes Werk zu:] Lungershausen, Margarete: Agnes Karll. Ihr Leben, Werk und Erbe. Hannover: Staude, 1964.
- McClelland, C. E.: Zur Professionalisierung der akademischen Berufe in Deutschland. In: Conze, Werner; Kocka, Jürgen (Hrsg.): Bildungsbürgertum im 19. Jahrhundert. Teil I. Bildungssystem und Professionalisierung in internationalen Vergleichen. Stuttgart: Klett-Cotta, 1985, S. 233-247.

Meiwes, Relinde: "Arbeiterinnen des Herrn". Katholische Frauenkongregationen im 19. Jahrhundert. Frankfurt/M.: Campus, 2000 (Geschichte und Geschlechter; 30).

Meiwes, Relinde: Katholische Frauenkongregationen und die Krankenpflege im 19. Jahrhundert. In: L'Homme 19 (2008), S. 39-60.

Meiwes, Relinde: Religiosität und Arbeit als Lebensform für katholische Frauen. Kongregationen im 19. Jahrhundert. In: Götz von Olenhusen, Irmtraut (Beitr.): Frauen unter dem Patriarchat der Kirchen. Katholikinnen und Protestantinnen im 19. und 20. Jahrhundert. Stuttgart: W. Kohlhammer, 1995 (Konfession und Gesellschaft; 7), S. 69-88.

Metz, Karl Heinz: Industrialisierung und Sozialpolitik. Das Problem der sozialen Sicherheit in Großbritannien 1795-1911. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1988 (Veröffentlichungen des Deutschen Historischen Instituts London; 20).

Miller, Barbara K.; Adams, Donna; Beck, Lasca: A Behavioral Inventory for Professionalism in Nursing. In: Journal of Professional Nursing 9 (1993), S. 290-295.

Mohl, Ottmar von: Fünfzig Jahre Reichsdienst. Lebenserinnerungen von Ottmar von Mohl, Preußischem Kammerherrn und Wirklichem Geheimen Rat. Leipzig: Paul List, 1921.

Mommsen, Wolfgang J.: Sozialpolitik im Deutschen Reich. In: Woelk, Wolfgang; Vögele, Jörg (Hrsg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der "doppelten Staatsgründung". Berlin: Duncker und Humblot, 2002 (Schriften zur Wirtschafts- und Sozialgeschichte; 73), S. 51-66.

Münch, Ragnild: Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert. Das Berliner Beispiel. Berlin: Akademie-Verlag, 1995 (Publikationen der Historischen Kommission zu Berlin).

Mugdan, Joachim: Mugdan, Otto. In: Bayerische Akademie der Wissenschaften, Historische Kommission (Hrsg.): Neue Deutsche Biographie, Bd. 18: Moller-Nausea. Berlin: Duncker und Humblot, 1997, S. 569-571.

Murken, Axel Hinrich: Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart. Köln: DuMont, 1988.

Murken, Axel Hinrich: Die bauliche Entwicklung des Allgemeinen Krankenhauses im 19. Jahrhundert. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1979 (Studien zur Medizingeschichte des neunzehnten Jahrhunderts; 9).

Nave-Herz, Rosemarie: Die Geschichte der Frauenbewegung in Deutschland. 5. überarbeitete und ergänzte Auflage. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 1997.

Nipperdey, Thomas: Deutsche Geschichte 1866-1918. Bd. 1: Arbeitswelt und Bürgergeist. München: Beck, 1990.

Nobis, Heribert: Leibniz, Gottfried Wilhelm. In: Gerabek, Werner E.; Haage, Bernhard D.; Keil, Gundolf; Wegner, Wolfgang (Hrsg.): Enzyklopädie Medizingeschichte. Berlin: de Gruyter, 2005, S. 834-836.



- Nolte, Karen: "Telling the Painful Truth" – Nurses and Physicians in the Nineteenth Century. In: *Nursing History Review* 16 (2008), S. 115-134.
- Nolte, Karen: Vom Umgang mit Tod und Sterben in der klinischen und häuslichen Krankenpflege des 19. Jahrhunderts. In: Braunschweig, Sabine (Hrsg.): *Pflege – Räume, Macht und Alltag. Beiträge zur Geschichte der Pflege*. Zürich: Chronos, 2006, S. 165-174.
- Obelkevich, James: Religion: In: Thompson, Francis Michael Longstreth (Hrsg.): *The Cambridge Social History of Britain 1750-1950. Bd. 3: Social Agencies and Institutions*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990, S. 311-356.
- O'Malley I[da] B[eatrice]: *Florence Nightingale 1820 - 1856. A Study of her Life Down to the End of the Crimean War*. London: Butterworth, [1931].
- Ostner, Ilona; Krutwa-Schott, Almut: *Krankenpflege - ein Frauenberuf? Bericht über eine empirische Untersuchung*. Frankfurt/M., New York, 1981 (Forschungsberichte aus dem Sonderforschungsbereich 101, Sozialwissenschaftliche Berufs- und Arbeitskräfteforschung, der Universität München).
- Panke-Kochinke, Birgit: *Die Geschichte der Krankenpflege (1679 - 2000). Ein Quellenbuch*. Frankfurt/M.: Mabuse, 2001.
- Panke-Kochinke, Birgit; Schaidhammer-Placke, Monika: *Frontschwester und Friedensengel. Kriegskrankenpflege im Ersten und Zweiten Weltkrieg. Ein Quellen- und Fotoband*. Frankfurt/M.: Mabuse, 2002.
- Paul, Norbert: *Die Professionalisierung und Rationalisierung der Klinik seit dem 19. Jahrhundert und die Folgen für die Wechselbeziehungen zwischen Arzt, Patient und Pflegepersonal*. Münster: Mag. arb., 1991.
- Paul, Norbert: "Zum Zwecke der Verpflegung dürftiger Kranker, Erziehung geschickter Ärzte und Beförderung und Erweiterung der Heilwissenschaft". *Arztinitiativen bei der Gestaltung des Krankenhauses in der Zeit des Aufgeklärten Absolutismus*. In: Labisch, Alfons; Spree, Reinhard (Hrsg.): "Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett". *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt/M.: Campus, 1996, S. 91-122.
- Paul, Norbert: Zwischen 'christlichem Frauenamt' und professioneller Krankenversorgung. Zur Entstehung der institutionellen Krankenpflege am Beispiel der Diakonissenanstalt in Kaiserswerth. In: *Medizinhistorisches Journal* 33 (1998), S. 143-160.
- Polit, Denise F.; Beck, Cheryl Tatano; Hungler, Bernadette P.: *Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung. Aus dem Amerikanischen von Michael Herrmann.. Deutschsprachige Ausgabe bearbeitet und herausgegeben von Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik*. Bern: Hans Huber, 2004.
- Poplin, Irene Schuessler: *Nursing Uniforms: Romantic Idea, Functional Attire or Instrument of Social Change?* In: *Nursing History Review* 2 (1994), S. 153-167.
- Prüfer, Agnes: *Vom Liebesdienst zur Profession? Krankenpflege als weiblicher Beruf 1918 - 1933*. Hagen: Kunz, 1997.

- Rafferty, Anne Marie: *The Politics of Nursing Knowledge*. London: Routledge, 1996.
- Recken, Heinrich: Stand und Perspektiven der Historischen Pflegeforschung in Deutschland. In: *Pflege und Gesellschaft*, 11 (2006), H. 2, S. 124-133.
- Redder, Ute: *Die Entwicklung von der Armenhilfe zur Fürsorge in dem Zeitraum von 1871 bis 1933. Eine Analyse unter Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsaspekten am Beispiel der Länder Preußen und Bayern*. Bochum: Brockmeyer, 1993 (Bochumer wirtschaftswissenschaftliche Studien; 133).
- Reimer, Marion: *Die Geschichte des St. Franziskus-Hospitals in Köln-Ehrenfeld von seiner Gründung bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs (1866-1945)*. Köln: Med. Diss., 1999.
- Riedl, Heinrich: *Die Auseinandersetzungen um die Spezialisierung in der Medizin von 1862 bis 1925*. TU München: Med. Diss., 1982.
- Riesenberger, Dieter: *Das Deutsche Rote Kreuz. Eine Geschichte 1864-1990*. Paderborn: Ferdinand Schöningh, 2002.
- Riesenberger, Dieter: *Für Humanität in Krieg und Frieden. Das Internationale Rote Kreuz 1863-1977*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1992.
- Riesenberger, Dieter: *Zur Professionalisierung und Militarisierung der Schwestern vom Roten Kreuz vor dem Ersten Weltkrieg*. In: *Militärgeschichtliche Mitteilungen* 53 (1994), S. 49-72.
- Risse, Guenter: *Mending Bodies, Saving Souls. A History of Hospitals*. New York: Oxford University Press, 1999.
- Ritter, Gerhard A.: *Arbeiter, Arbeiterbewegung und soziale Ideen in Deutschland. Beiträge zur Geschichte des 19. und 20. Jahrhunderts*. München: Beck, 1996.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): *Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung*. Stuttgart: Schattauer, 2000.
- Rother, Klaus: *Die Reichsversicherungsordnung 1911. Das Ringen um die letzte große Arbeiterversicherungsgesetzgebung des Kaiserreichs unter besonderer Berücksichtigung der Rolle der Sozialdemokratie*. Aachen: Mainz, 1994.
- Rothschuh, Karl: *Leibniz und die Medizin seiner Zeit*. In: Bargenda, Wilhelm; Blühdorn, Jürgen: *Systemprinzip und Vielheit der Wissenschaften*. Wiesbaden: Franz Steiner, 1969 (Studia Leibnitiana, Sonderheft 1), S. 145-163.
- Rübenstahl, Magdalene: *"Wilde Schwestern". Krankenpflegereform um 1900*. 2. Auflage. Frankfurt/M.: Mabuse, 2003 (Mabuse-Verlag Wissenschaft; 18).
- Rüschemeyer, Dietrich: *Professionalisierung. Theoretische Probleme für die vergleichende Geschichtswissenschaft*. In: *Geschichte und Gesellschaft* 6 (1980), S. 311-325.
- Sachße, Christoph; Tennstedt, Florian: *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland*. Bd. 1: *Vom Spätmittelalter bis zum 1. Weltkrieg*. Stuttgart: Kohlhammer, 1980 (2. verb. u. erw. Aufl. Stuttgart 1998).

- Salomon, Alice: Aus dem Leben bedeutender Persönlichkeiten im Roten Kreuz. Florence Nightingale. In: Oberinnen-Vereinigung vom Roten Kreuz: Werden und Wirken. Berlin: Oberinnen-Vereinigung vom Roten Kreuz, 1930, S. 206-234.
- Saretzki, Thomas: Reichsgesundheitsrat und Preußischer Landesgesundheitsrat in der Weimarer Republik. Berlin: Weißensee-Verlag, 2000.
- Sarfatti Larson, Magali: The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis. Berkeley: University of California Press, 1977.
- Schaffer, Wolfgang: Die Pflegeanstalt Mariaberg bei Aachen (1885-1900) und der Umbruch der provinziellen Geisteskrankenfürsorge auf dem Hintergrund des "Alexianerskandals". In: Annalen des Historischen Vereins für den Niederrhein 202 (1999), S. 155-192.
- Schaffer, Wolfgang: Staatliche Neuordnung der Armenpflege seit Aufklärung und Säkularisation. In: Gatz, Erwin (Hrsg.): Geschichte des kirchlichen Lebens in den deutschsprachigen Ländern seit dem Ende des 18. Jahrhunderts. Die katholische Kirche. Band 5: Caritas und soziale Dienste. Freiburg i. Br.: Herder, 1997, S. 39-56.
- Schaper, Hans-Peter: Krankenwartung und Krankenpflege. Tendenzen der Verberuflichung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Opladen: Leske und Budrich, 1987 (Sozialwissenschaftliche Studien, Heft 22).
- Schmidbaur, Marianne: Vom "Lazaruskreuz" zu "Pflege aktuell". Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903-2000. Königstein/Taunus: Ulrike Helmer, 2002 (Frankfurter Feministische Texte – Sozialwissenschaften; 3).
- Schmidt, Jutta: Beruf: Schwester. Mutterhausdiakonie im 19. Jahrhundert. Frankfurt/M.: Campus, 1998 (Geschichte und Geschlechter; 24).
- Schmidt-Meinecke, Sigrid: Clementine von Wallmenich. Leben und Vermächtnis einer bedeutenden Frau. München: Bruckmann, 1981.
- Schmidt-Meinecke, Sigrid: DRK Anschar-Schwesternschaft und Krankenhaus e. V. Kiel 1872/73-1972/73. Kiel, [o. Verl., ca. 1973].
- Schmidt-Meinecke, Sigrid (Autor); Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz (Hrsg.): Hundert Jahre Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e.V. 1882-1982. [Bonn]: Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz, 1982.
- Schmuhl, Hans-Walter: Ärzte in konfessionellen Kranken- und Pflegeanstalten 1908-1957. In: Kuhlemann, Frank-Michael; Schmuhl, Hans-Walter (Hrsg.): Beruf und Religion im 20. Jahrhundert. Stuttgart: Kohlhammer, 2003 (Konfession und Gesellschaft; 26), S. 176-194.
- Schulz, Ilse: Schwestern, Beginen, Meisterinnen: Hygieias christliche Töchter im Gesundheitswesen einer Stadt. Ein Beitrag zur Geschichte der Pflege und Heilkunde. Ulm: Universitätsverlag Ulm, 1992.
- Schweikardt, Christoph: Ärzteschaft und Pflege im Spannungsfeld der Gesundheitspolitik. Hauptströmungen ihrer Berufsgeschichte im 19. und 20.

Jahrhundert. In: Schäfer, Daniel; Frewer, Andreas; Schockenhoff, Eberhard; Wetzstein, Verena (Hrsg.): Gesundheitskonzepte im Wandel. Geschichte, Ethik und Gesellschaft. Stuttgart: Franz Steiner (Geschichte und Philosophie der Medizin) (im Druck).

Schweikardt, Christoph: Berufliche Entwicklung der Krankenpflege in Deutschland, Österreich und der Schweiz im 19. und 20. Jahrhundert. In: Hähner-Rombach, Sylvelyn (Hrsg.) unter Mitarbeit von Christoph Schweikardt: Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mit Einführungen und Kommentaren. Frankfurt/M.: Mabuse, 2008, S. 129-150.

Schweikardt, Christoph: Cholera and Kulturkampf: Government Decision Making and the Impetus to Establish Nursing as a Secular Occupation in Prussia in the 1870s. In: Nursing History Review 16 (2008), S. 99-114.

Schweikardt, Christoph: Die Auseinandersetzung um die Einführung des preußischen Krankenpflegeexamens von 1907 bei den katholischen Orden und der evangelischen Mutterhausdiakonie. In: Pflege 20 (2007), S. 372-380.

Schweikardt, Christoph: Entwicklungen und Trends in der deutschen Krankenpflege-Geschichtsschreibung des 19. und 20. Jahrhunderts. In: Medizinhistorisches Journal 39 (2004), S. 197-218.

Schweikardt, Christoph: Kölner Pflegegeschichte – ein vielversprechendes Forschungsfeld. In: Frank, Monika; Moll, Friedrich (Hrsg.): Kölner Krankenhaus-Geschichten. Am Anfang war Napoleon ... Köln: Kölnisches Stadtmuseum, 2006, S. 172-173.

Schweikardt, Christoph: Krankenpflege im Nationalsozialismus. In: Hähner-Rombach, Sylvelyn (Hrsg.) unter Mitarbeit von Christoph Schweikardt: Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mit Einführungen und Kommentaren. Frankfurt/M.: Mabuse, 2008, S. 554-564.

Schweikardt, Christoph: New Aspects of the German 'Scientific Nursing' Movement before World War I: Florence Nightingale's Notes on Nursing Disguised as Part of a Medical Tradition. In: Nursing Inquiry 13 (2006), S. 259-268.

Schweikardt, Christoph; Schulze, Christian: Facetten antiker Krankenpflege und ihrer Rezeption. In: Schulze, Christian; Ihm, Sibylle (Hrsg.): Ärztekunst und Gottvertrauen. Antike und mittelalterliche Schnittpunkte von Christentum und Medizin. Hildesheim: Olms, 2002 (Spudasmata, Bd. 86), S. 117-138.

Schweikardt, Christoph; Schulze-Jaschok, Susanne: Florence Nightingale: Bemerkungen zur Krankenpflege. Die "Notes on Nursing" neu übersetzt und kommentiert von Christoph Schweikardt und Susanne Schulze-Jaschok. Frankfurt/M.: Mabuse, 2005.

Schweikardt, Christoph; Wieking, Ralf: Pflege von Männern durch Schwestern? Die Auswirkungen der Skandalschriften über unsittliche Handlungen von Krankenschwestern an männlichen Patienten in den Hamburger Staatskrankenanstalten von 1901/1902. In: Historia Hospitalium 24 (2004/2005), S. 129-156.

- Seidel, Hans-Christoph: Eine neue "Kultur des Gebärens". Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland. Stuttgart: Steiner, 1998 (Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 11).
- Seidler, Eduard: Agnes Karll in ihrer Zeit. In: Die Agnes Karll-Schwester, der Krankenpfleger 22 (1968), S. 91-94.
- Seidler, Eduard: Geschichte der Medizin und Krankenpflege. 6. neubearbeitete und erweiterte Auflage der "Geschichte der Pflege des kranken Menschen". Stuttgart: Kohlhammer, 1993.
- Seidler, Eduard: Geschichte der Pflege des kranken Menschen. Leitlinien für den Unterricht in Krankenpflege. Stuttgart: Kohlhammer, 1966.
- Seidler, Eduard: Lebensplan und Gesundheitsführung. Franz Anton Mai und die medizinische Aufklärung in Mannheim. Mannheim: Boehringer, 1975 (Schriftenreihe der Studienreihe Boehringer Mannheim).
- Seidler, Eduard; Leven, Karl-Heinz: Geschichte der Medizin und Krankenpflege. 7. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 2003.
- Siemann, Wolfram: Vom Staatenbund zum Nationalstaat. Deutschland 1806-1871. München: Beck, 1995 (Neue Deutsche Geschichte; 7).
- Skopp, Douglas R.: Auf der untersten Sprosse: Der Volksschullehrer als "Semi-Professional" im Deutschland des 19. Jahrhunderts (Übers. Ute Frevert). In: Geschichte und Gesellschaft 6 (1980), S. 326-348.
- Skretkowitz, Victor: Introduction. In: [Nightingale, Florence: Notes on Nursing] Florence Nightingale's Notes on Nursing. Edited with an Introduction, Notes, and Guide to Identification by Victor Skretkowitz. Revised, with additions. London: Bailliere Tindall, 1996, S. ix-xlii.
- Spree, Reinhard: Anspruch und Wirklichkeit der Krankenhausbehandlung im 19. Jahrhundert. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 19 (2000), S. 143-151.
- Spree, Reinhard: Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik in Deutschland während des 19. Jahrhunderts. In: Historische Zeitschrift 260 (1995), S. 75-105.
- Spree, Reinhard: Kurpfuscherei-Bekämpfung und ihre sozialen Funktionen während des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts. In: Labisch, Alfons; Spree, Reinhard (Hrsg.): Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1989. S. 103-121.
- Spree, Reinhard: Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens im 19. und 20. Jahrhundert. "Ein Bild innerer und äußerer Verhältnisse". In: Labisch, Alfons; Spree, Reinhard (Hrsg.): "Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett". Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Frankfurt/M.: Campus, 1996, S. 51-88.
- Spree, Reinhard: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1981 (Kleine Vandenhoeck-Reihe; 1471).

- Steppe, Hilde: Caritas oder öffentliche Ordnung? - Zur historischen Entwicklung der Pflege. In: Schaeffer, Doris (Hrsg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: Ed. Sigma, 1994. S. 43-51.
- Steppe, Hilde: "... den Kranken zum Troste und dem Judentum zur Ehre ...". Zur Geschichte der jüdischen Krankenpflege in Deutschland. Frankfurt/M.: Mabuse, 1997.
- Steppe, Hilde: "Die Vielfalt sehen, statt das Chaos zu befürchten". Ausgewählte Werke. Herausgegeben von Eva-Maria Ulmer, Eva-Maria Krampe, Walburga Haas und Hilde Wackershagen. Bern: Hans Huber, 2003.
- Steppe, Hilde: Mrs. Gamp und die Folgen. Von der Wärterin zur Krankenschwester. In: Seidl, Elisabeth; Walter, Ilsemarie (Hrsg.): Rückblick für die Zukunft. Beiträge zur historischen Pflegeforschung. Wien: Wilhelm Maudrich, 1998. S. 23-41.
- Sterner, Lieselotte: Die Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul in Hildesheim von 1852 bis zum Zweiten Vatikanischen Konzil. Untersuchung einer karitativen Ordensgemeinschaft vor dem Hintergrund der sozialen und politischen Entwicklung im 19. und 20. Jahrhundert. Hannover: Hahn, 1999.
- Studel, Johannes: Leibniz und die Medizin. Bonn: Peter Hanstein, 1960.
- Sticker, Anna: Agnes Karll. Die Reformerin der deutschen Krankenpflege. Ein Wegweiser für heute. Zu ihrem 50. Todestag am 12. Februar 1927. 3. durchgesehene und verbesserte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 1984.
- Sticker, Anna: Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege. Deutsche Quellenstücke aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Herausgegeben und mit Erläuterungen versehen von Anna Sticker. Stuttgart: W. Kohlhammer, 1960.
- Stöhr, Monika: Die Arbeitszeitdiskussion in der Pflege zur Zeit der Weimarer Republik: Ein Indikator für das berufliche Selbstverständnis? Evangelische Fachhochschule Hannover: Diplomarbeit am Fachbereich Gesundheitswesen, 2007.
- Stolberg, Michael: Heilkundige: Professionalisierung und Medikalisierung. In: Paul, Norbert; Schlich, Thomas (Hrsg.): Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Frankfurt/M.: Campus, 1998, S. 69-86.
- Stürzbecher, Manfred: Allgemeine und Spezialkrankenhäuser, insbesondere Privatkankeanstalten im 19. Jahrhundert in Berlin. In: Schadewaldt, Hans (Hrsg.): Studien zur Krankenhausgeschichte im 19. Jahrhundert im Hinblick auf die Entwicklung in Deutschland. Vorträge des Symposiums der "Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte e. V." vom 23. bis 24. Februar 1972 in Berlin. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1976 (Studien zur Medizingeschichte im 19. Jahrhundert, Bd. 7), S. 105-120.
- Stürzbecher, Manfred: Beitrag zur Geschichte des Vereins jüdischer Krankenpflegerinnen in Berlin. In: Goldenbogen, Nora; Hahn, Susanne; Heidel, Caris-Petra; Scholz, Albrecht (Hrsg.): Hygiene und Judentum. Dresden: Verein für regionale Politik und Geschichte Dresdens e. V., 1995 (Historische Blätter Sonderheft 1995). S. 101-109.

- Stürzbecher, Manfred: Berliner Ärzte: Namen, die kaum noch einer nennt. 1. Folge: Rudolf Salzwedel (1854-1929). In: Berliner Ärzteblatt 92 (1979), S. 451f.
- Stürzbecher, Manfred: Nachwort. In: Gedicke [sic], Carl Emil: Handbuch der Krankenwartung. 3. gänzlich umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit einem Nachwort von Dr. phil. Dr. med. Manfred Stürzbecher. Lindau: Antiqua-Verlag, 1979 (unpag.). Faksimile-Druck nach dem Original Berlin: August Hirschwald, 1854.
- Stürzbecher, Manfred: Zur Biographie von Eduard Dietrich. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): "Gleichschaltung" der Kinderheilkunde. Herford: Humana-Milchwerke Westfalen, 1992 (Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde; 10), S. 31-46.
- Tamm, Ingo: Ärzte und gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland und England 1880-1914. Berlin: Verlag für Wissenschafts- und Regionalgeschichte Dr. Michael Engel, 1998.
- Tröhler, Ulrich: Surgery (modern). In: Bynum, William F.; Porter, Roy (Hrsg.): Companion Encyclopedia of the History of Medicine. Bd. 2. London: Routledge, 1993, S. 984-1028.
- Ude-Koeller, Susanne: Kommentar Quelle I,13: Ethikkodex des Weltbundes der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN) in der Version von 2005. In: Hähner-Rombach, Sylvelyn (Hrsg.) unter Mitarbeit von Christoph Schweikardt: Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mit Einführungen und Kommentaren. Frankfurt/M.: Mabuse, 2008, S. 121-128.
- Uhlmann, Gordon: Leben und Arbeiten im Krankenhaus. Die Entwicklung der Arbeitsverhältnisse des Pflegepersonals im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert. In: Labisch, Alfons; Spree, Reinhard (Hrsg.): "Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett". Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Frankfurt/M: Campus, 1996, S. 399-419.
- Vanja, Christina: Aufwärterinnen, Narrenmägde und Siechenmütter – Frauen in der Krankenpflege der Frühen Neuzeit. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 11 (1992), S. 9-24.
- Vicinus, Martha; Nergaard, Bea (Hrsg.): Ever Yours, Florence Nightingale. Selected Letters. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1990.
- Wake, Roy: The Nightingale Training School. London: Haggerston Press, 1998.
- Webb, Val: Florence Nightingale. The Making of a Radical Theologian. St. Louis: Chalise Press, 2002.
- Weber-Reich, Traudel: Pflegen und Heilen in Göttingen. Die Diakonissenanstalt Bethlehem von 1866 bis 1966. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1999 (Studien zur Geschichte der Stadt Göttingen; 22).
- Weber Reich, Traudel: "Wir sind die Pionierinnen der Pflege ...". Krankenschwestern und ihre Pflegestätten im 19. Jahrhundert am Beispiel Göttingen. Berlin: Hans Huber, 2003 (Robert Bosch Stiftung: Reihe Pflegewissenschaft).

Wehler, Hans-Ulrich: Deutsche Gesellschaftsgeschichte. Bd. 3: Von der "Deutschen Doppelrevolution" bis zum Beginn des Ersten Weltkrieges 1849-1914. München: Beck, 1995.

Wendlandt, Hans Carl: Die weiblichen Orden und Kongregationen der katholischen Kirche und ihre Wirksamkeit in Preußen von 1818 bis 1918. Paderborn: Ferdinand Schöningh, 1924.

Winau, Rolf: Medizin in Berlin. Mit einem Geleitwort des Regierenden Bürgermeisters von Berlin, Eberhard Diepgen. Berlin: de Gruyter, 1987.

Windels-Buhr, Doris: "Wie bei Männern der Geist, so ist bei den Frauen die Gesinnung am meisten rege und tätig." Exemplarische Studie über die Institutionalisierung der Pflege und der Pflegeethik an der Charité in Berlin und der Diakonissenanstalt in Kaiserswerth im Zeitraum 1830 bis 1848. HU Berlin: Diplomarbeit Pflegepädagogik, 1995.

Wittneben, Karin: Bunsen, Frances Helen von. In: Kolling, Hubert (Hrsg.): Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte. Who was Who in Nursing History. Bd. 4. München: Elsevier, Urban und Fischer, 2008, S. 62-66.

Wittneben, Karin: Meyer, Helene. In: Wolff, Horst-Peter (Hrsg.): Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte. Who was Who in Nursing History. Bd. 2. München: Urban und Fischer, 2001, S. 156f.

Wittneben, Karin: Storp, Elisabeth. In: Wolff, Horst-Peter (Hrsg.): Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte. Who was Who in Nursing History. Bd. 2. München: Urban und Fischer, 2001, S. 214f..

Wolff, Horst-Peter (Hrsg.): Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte. Who was Who in Nursing History. München: Urban und Fischer. 3 Bde. Bd. 1: Berlin: Ullstein Mosby, 1997. Bd. 2. München: Urban und Fischer, 2001. Bd. 3: Berlin: Ullstein Mosby, 2004.

Wolff, Horst-Peter: Blunck, Helene. In: Wolff, Horst-Peter (Hrsg.): Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte. Who was Who in Nursing History. München: Urban und Fischer. Bd. 1. Berlin: Ullstein Mosby, 1997, S. 18.

Wolff, Horst-Peter: Erna von Abendroth (4. Februar 1887 - 26. September 1959). In: Wolff, Horst-Peter (Hrsg.): Studien zur deutschsprachigen Geschichte der Pflege. Frankfurt/M.: Mabuse, 2002, S. 92-146.

Wolff, Horst-Peter (Hrsg.): Studien zur deutschsprachigen Geschichte der Pflege. Frankfurt/M.: Mabuse, 2002.

Wolff, Horst-Peter: Vergleichende Geschichte der medizinischen Berufsbildung. Basel: Recom, 1994.

Wolff, Horst-Peter: Zu den Anfängen der Krankenwärterausbildung an der Charité durch Johann Friedrich Dieffenbach (1792-1847) und Carl Emil Gedike (1797-1867). In: Schneck, Peter; Lammel, Hans-Uwe (Hrsg.): Die Medizin an der Berliner Universität und an der Charité zwischen 1810 und 1850. Husum: Matthiesen, 1995



(Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften; 67), S. 202-208.

Wolff, Horst-Peter; Kastner, Adelheid: Das Karlsruher Krankenwärterinstitut. In: Wolff, Horst-Peter (Hrsg.): Studien zur deutschsprachigen Geschichte der Pflege. Unter Mitarbeit von Jutta Wolff, Arno Kalinich und Adelheid Kastner. Frankfurt/M.: Mabuse, 2002, S. 48-61.

Wolff, Horst-Peter; Wolff, Jutta: Georg Streiter (1884-1945). Ergobiographische Studie über einen Berufspolitiker der Krankenpflege Deutschlands. Qualzow: Eigenverlag Institut für Pflegegeschichte, 2002 (Heft 15 (2. erweiterte Auflage) der Schriften aus dem Institut für Pflegegeschichte).

Wolff, Horst-Peter; Wolff, Jutta: Geschichte der Krankenpflege. Basel: Recom, 1994.

Wolff, Horst-Peter; Wolff, Jutta: Zu den Anfängen der Krankenpflegeforschung in Berlin. In: Heilberufe 39 (1987), S. 388f.

Wolff, Horst-Peter; Wolff, Jutta: Zur Geschichte der ärztlichen Krankenpflegesschulen an der Wiener Universität (1812-1848) und am Königlichen Charité-Krankenhaus in Berlin seit 1832. In: Wolff, Horst-Peter (Hrsg.): Studien zur deutschsprachigen Geschichte der Pflege. Frankfurt/M.: Mabuse, 2002. S. 61-75.

Wolff, Horst-Peter; Wolff, Jutta; Kalinich, Arno: Georg Streiter (1884-1945). In: Wolff, Horst-Peter (Hrsg.): Studien zur deutschsprachigen Geschichte der Pflege. Frankfurt/M.: Mabuse, 2002, S. 147-222.

Wollasch, Andreas: Caritas im Umbruch – Von der Weimarer Republik zur NS-Zeit. Thesen und Beispiele. In: Otte, Hans; Scharf-Wrede, Thomas (Hrsg.): Caritas und Diakonie in der NS-Zeit. Beispiele aus Niedersachsen. Hildesheim: Olms, 2001, S. 9-27.

Woodham-Smith, Cecil: Florence Nightingale 1820-1910. London, Constable, 1950.

## **VI.4. Internet-Ressourcen**

American Nurses Association: A Call to the Nation. Nursing's Agenda for the Future, 2005. <http://nursingworld.org/naf> (aufgerufen: 16.06.2005, nicht mehr im Internet verfügbar); noch verfügbar: Nursing's Agenda for the Future. A Call to the Nation (April 2002).

<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/HealthcareandPolicyIssues/Reports/Agendaforthefuture.aspx> (aufgerufen: 24.05.2008).

Bautz, Friedrich Wilhelm: Fliedner, Theodor. In: Bautz, Friedrich-Wilhelm (Hrsg.): Biographisch-Bibliographisches Kirchenlexikon, Bd. 2. Hamm 1990, Sp. 57-59.

<http://www.ekd.de/kps/diakonissen/diakonis/diakon12.htm> (letzte Änderung: 19.06.2005, aufgerufen: 24.05.2008).

Deutsche Bischofskonferenz: Geschichte der deutschen Bischofskonferenz (Langfassung). <http://www.dbk.de/wirueberuns/geschichte/langfassung/index.html> (aufgerufen: 24.05.2008).

Enquête-Kommission "Situation und Zukunft der Pflege in NRW": Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf 2005. <http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/home.jsp> (aufgerufen: 24.05.2008). Suche: Kommission Pflege.

Hadamitzky, Gisbert: "... sich nach obszönen Sachen geradezu drängen ..." Der Gemeindefachverband und das weibliche Pflegepersonal bis 1914. In: Pflegegeschichte online 1 (Dez. 1999), Nr. 1, S. 2-8. [http://www.pflegegeschichte.de/pgonl\\_12\\_99.pdf](http://www.pflegegeschichte.de/pgonl_12_99.pdf) (aufgerufen: 24.05.2008).

Keeling, Arlene: Nursing and the Privilege of Prescription, 1893-2000. Columbus: Ohio State Univ. Press, 2007. Teile im Internet abrufbar unter: <http://www.ohiostatepress.org/Books/Book%20PDFs/Keeling%20Nursing.pdf> (aufgerufen: 24.05.2008).

Medizinhistorisches Institut der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Aktuelle Drittmittelprojekte. [http://www.mhi.uni-bonn.de/index.php?site=seiten/forschung/aktuelle\\_drittmittel.html](http://www.mhi.uni-bonn.de/index.php?site=seiten/forschung/aktuelle_drittmittel.html) (aufgerufen: 02.06.2008).

Raupp, Werner: Wichern, Johann Hinrich. In: Bautz, Friedrich-Wilhelm (Hrsg.), fortgeführt von Traugott Bautz: Biographisch-Bibliographisches Kirchenlexikon, Bd. 16. Herzberg 1999, Sp. 1473-1503, [http://www.bautz.de/bbkl/w/wichern\\_j\\_h.shtml](http://www.bautz.de/bbkl/w/wichern_j_h.shtml) (letzte Änderung: 21.05.2008, aufgerufen: 24.05.2008).

Robusto, Laura: What you need to know about nursing. Nursing as a profession. <http://nursing.about.com/library/blprof.htm> (aufgerufen: 07.06.2003, nicht mehr im Internet verfügbar).

Wesseling, Klaus Gunther: Georg Friedrich Freiherr (seit 1914: Graf) von Hertling. In: Bautz, Friedrich-Wilhelm (Hrsg.), fortgeführt von Traugott Bautz: Biographisch-Bibliographisches Kirchenlexikon, Bd. 20. Nordhausen 2002, Sp. 737-757, [http://www.bautz.de/bbkl/h/hertling\\_g\\_f.shtml](http://www.bautz.de/bbkl/h/hertling_g_f.shtml) (letzte Änderung: 22.07.2006, aufgerufen: 24.05.2008).

Williamson, Lori: Introduction, A History of Nursing (Bristol: Thoemmes Press, 2000), S. V-XIX. [http://www.thoemmes.com/social/nursing\\_intro.htm](http://www.thoemmes.com/social/nursing_intro.htm) (aufgerufen: 27.06.2005, nicht mehr im Internet verfügbar).

Witt, Rainer: Kinn, Matthias. In: Bautz, Friedrich-Wilhelm (Hrsg.), fortgeführt von Traugott Bautz: Biographisch-Bibliographisches Kirchenlexikon, Band 3. Herzberg 1992, Sp. 1503-1506, <http://www.bautz.de/bbkl/k/Kinn.shtml> (letzte Änderung: 09.06.1998, aufgerufen: 24.05.2008).

Veit, Annegret: Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege. Erlangen-Nürnberg: Phil. Diss., 2002. <http://www.opus.ub.uni-erlangen.de/opus/volltexte/2004/23/pdf/dissertation.pdf> (aufgerufen: 24.05.2008).

Wolf-Dahm, Barbara: Kopp, Georg von. In: Bautz, Friedrich-Wilhelm (Hrsg.), fortgeführt von Traugott Bautz: Biographisch-Bibliographisches Kirchenlexikon, Bd. 4. Herzberg 1992, Sp. 501-506, [http://www.bautz.de/bbkl/k/Kopp\\_g.shtml](http://www.bautz.de/bbkl/k/Kopp_g.shtml) (letzte Änderung: 23.04.2006, aufgerufen: 24.05.2008).

## Neuerscheinungen zur Geschichte:

### **Lebensmittelchemiker in Uniform**

Die Geschichte der Lebensmittelchemie als Teil der Militärpharmazie  
(Forum Wissenschaftsgeschichte 3)

Von Andreas Lang

2006, 404 Seiten, Paperback, Euro 49,90/CHF 81,00, ISBN 978-3-89975-572-5

Die Übernahme der Lebensmittelchemie ins Tätigkeitsfeld der Militärapothecker und die Fortentwicklung im Rahmen dieses Berufsfeldes anhand konkreter Schilderungen der Aufgaben nach Art und Umfang sind der zentrale Gegenstand der Untersuchung. Dabei liegt der Fokus auf den Weltkriegen I und II, da diese eine besondere Bedeutung für die Veränderung und Prägung des Tätigkeitsgebietes haben.

### **Männliche Diakonie im Zweiten Weltkrieg**

Kriegserleben und Kriegserfahrung der Kreuznacher Bruderschaft  
Paulinum von 1939 bis 1945 im Spiegel ihrer Feldpostbriefe  
(Forum Deutsche Geschichte 15)

Von Ulrike Winkler

2007, 472 Seiten, Hardcover, Euro 59,90/CHF 104,00, ISBN 978-3-89975-650-0

Auf der Basis der Feldpostkorrespondenz der Kreuznacher Brüder mit ihrem Vorsteher, ihrem Hauslehrer und dem Geschäftsführer der Deutschen Diakonie wird ein diakonischer Mikrokosmos an „Heimatfront“ und Front entwickelt, der sich – im Spannungsfeld von „Führertreue“ und Christusglauben, „Blitzsiegen“ und Vernichtungskrieg – mehr und mehr existentiellen Fragen nach seinem Selbstverständnis und seiner Integrität ausgesetzt sah.

**Ihr Wissenschaftsverlag. Kompetent und unabhängig.**

Martin Meidenbauer 

Verlagsbuchhandlung GmbH & Co. KG  
Erhardtstr. 8 • 80469 München  
Tel. (089) 20 23 86 -03 • Fax -04  
info@m-verlag.net • www.m-verlag.net

Christoph Schweikardt

## **Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert**

Das Zusammenwirken von Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbehauptung und Vorgaben preußischer Regierungspolitik

Die vorliegende Arbeit analysiert die Entwicklung der Krankenpflege innerhalb der Strukturen des preußischen Medizinwesens im 19. und frühen 20. Jahrhundert.

Einen Schwerpunkt bilden dabei die Macht- und Interessenkonstellationen, die den gesetzgeberischen Entscheidungsprozessen im Kaiserreich zugrunde lagen und in das staatliche preußische Krankenpflegeexamen von 1907 mündeten. Den berufspolitisch engagierten Pflegenden stand aufgrund ihrer organisatorischen Zersplitterung, der stark ausgeprägten weltanschaulichen und sozialen Gegensätze innerhalb der Pflege sowie geringem politischem Einfluß ein erdrückendes Übergewicht gegenüber. Alle relevanten an den politischen Entscheidungen beteiligten Akteure, insbesondere Ärzte sowie staatliche und kirchliche Gremien, wirkten zu Ungunsten des Krankenpflegeberufs zusammen. Dies führte dazu, daß die Krankenpflege nicht nach angloamerikanischem Vorbild professionalisiert, sondern als ärztlicher Hilfsberuf auf sehr niedrigem Niveau normiert wurde.

### **Summary**

The work analyses the development of nursing within the Prussian health system in the 19th and early 20th centuries, especially legislative decision-making based on the power structure and the interests of the main actors in the „Kaiserreich“ (German Empire of the period).

### **Sommaire**

Le présent ouvrage analyse l'évolution des soins infirmiers dans le système de santé publique prussien au 19<sup>me</sup> et au début du 20<sup>me</sup> siècle. Il met l'accent sur les structures du pouvoir dans l'empire allemand et les constellations d'intérêt qui déterminaient les prises de décision dans le processus législatif.

### **Sintesis**

En el trabajo presente se analiza el desarrollo de la asistencia a los enfermos en el contexto de la salud pública prusiana del siglo XIX y de los comienzos del siglo XX. Se ha prestado una atención especial a los poderes e intereses en juego subyacentes a los procesos legislativos y de decisión en la Prusia de la época.

