GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Katholische Frauenkongregationen und die Krankenpflege im 19. Jahrhundert

Meiwes, Relinde

2008

https://doi.org/10.25595/1864

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Meiwes, Relinde: *Katholische Frauenkongregationen und die Krankenpflege im 19. Jahrhundert*, in: L' homme : Zeitschrift für feministische Geschichtswissenschaft, Jg. 19 (2008) Nr: 1, 39-60. DOI: https://doi.org/10.25595/1864.

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY 4.0 Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de

Terms of use:

This document is made available under a CC BY 4.0 License (Attribution). For more information see:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Katholische Frauenkongregationen und die Krankenpflege im 19. Jahrhundert

Relinde Meiwes

Auto, Handy und Laptop gehören heutzutage zur Standardausrüstung ambulant tätiger Krankenschwestern und Altenpflegerinnen. Sie versorgen in Städten ebenso wie in dünn besiedelten Regionen Kranke und pflegebedürftige Menschen in deren Wohnungen. Sie werden in *Community Medicine Nursing* oder *Palliative Care* fortgebildet. Sie stehen im Mittelpunkt eines wissenschaftlichen Projekts,[1] dessen Ziel es ist, den vermeintlich neuen Beruf der Gemeindeschwester zu etablieren, um die Verweildauer im Krankenhaus zu verkürzen, die ambulante Versorgung von Patienten sicherzustellen und ärztliche Leistungen zu ersetzen. Der ambulanten Krankenpflege dergestalt wieder größeres Gewicht zu verleihen, steht vor der Aufgabe, die bisherigen starren Grenzen zwischen stationärer und häuslicher Versorgung aufzuweichen und zugleich die Qualität der Pflege zu verbessern.

Im Gegensatz zu heute war noch im 19. Jahrhundert die Versorgung kranker Menschen in Krankenhäusern für weite Teile der Bevölkerung unüblich. Erst seit den 1830er Jahren aber kam es auf lokaler und überregionaler Ebene vermehrt zu Initiativen, die stationäre Pflege auszubauen, um nicht zuletzt Voraussetzungen für die Anwendung moderner medizinischer Verfahren zu schaffen. Im Zuge dieser Bestrebungen rückte die ambulante Pflege zwar nicht in der Praxis, wohl aber in der Debatte immer stärker an den Rand der öffentlichen Aufmerksamkeit. Mit der Etablierung von moderner Medizin und stationärer Pflege wurden außerdem soziale Rangordnungen in der stationären Krankenversorgung neu ausgehandelt und die Kompetenzen der Pflegenden gegenüber jenen der Heilenden in die zweite Reihe gedrängt. Das hatte bis in

1 Unter dem Titel „AGnES" (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systematische Intervention) führt beispielsweise das *Institut für Community Medicine der Universität Greifswald* ein Modellprojekt zum Einsatz von Gemeindeschwestern durch, wobei Ärztevertreter schon vor Abschluss der Studie kritisch anmerken, dass am sogenannten Ärztevorbehalt, also der Kompetenz der Ärzte im Pflegebereich, nicht gerüttelt werden dürfe; vgl. Gemeindeschwestern: Geheimwaffe gegen Überbelastung und Unterversorgung, in: Deutsches Ärzteblatt, 103, 44, (2006), A 2926ff.

Online gestellt mit finanzieller Unterstützung der Universität Basel (Lehrstuhl Prof. Dr. Claudia Opitz-Belakhal).

die Gegenwart reichende Konsequenzen für die Reputation des Pflegeberufes. Hinzu kam, dass sich ab Mitte des 19. Jahrhunderts – in Zeiten begrenzter finanzieller und personeller Ressourcen – im Bereich der Pflege für Frauen neue berufliche Perspektiven und Handlungsräume auftaten. Während noch zu Beginn des 19. Jahrhunderts auch Männer Kranke gepflegt hatten, wurde die Krankenpflege im Laufe des 19. Jahrhunderts zu einem Frauenberuf. Die Fähigkeiten der Pflegenden wurden nun üblicherweise nicht als „Qualifikationen", sondern „als Teil des weiblichen Geschlechtscharakters" gewertet, wie Regina Wecker mit Blick auf die Entstehung geschlechtsspezifischer Zuschreibung von Berufen konstatiert.[2]

Für die Ursachen und Bedingungen dieser Entwicklungen interessierten sich seit den 1970er Jahren vor allem engagierte Krankenschwestern, die sich für die Verbesserung der Arbeits- und Pflegebedingungen einsetzten und entsprechende Forderungen an Arbeitgeber und Politik richteten.[3] Die Medizingeschichte setzte sich bis vor kurzem nur am Rande mit der Geschichte der Pflege auseinander. Aktuelle Herausforderungen in der Gesundheitsvorsorge beförderten jedoch das Interesse an der historischen Bedingtheit der Sorge für kranke Menschen.[4] Neuere Forschungen suchen nach neuen – häufig biographischen – Quellen, setzen sich mit verschiedenen Räumen der Pflege auseinander, diskutieren die Machtverhältnisse, beziehen die Kategorie Geschlecht in ihre Analysen ein und befassen sich mit der Bedeutung von Religion und Konfession in der Sorge um kranke Menschen.[5]

Am Beispiel katholischer Frauenkongregationen in Preußen, dem größten deutschen Staat, wird im Folgenden den historischen Wurzeln der konfessionellen Krankenpflege nachgegangen. Seit der Mitte des 19. Jahrhunderts engagierten sich katholische Schwestern in besonderem Maße in der Krankenpflege. In einem ersten Schritt wird es um die Gründung neuer katholischer Frauenkongregationen gehen. Eine ständig steigende Nachfrage nach den pflegerischen Leistungen und der damit einhergehende Wunsch vieler katholischer Frauen, Mitglied in einer Frauengemeinschaft zu werden oder selbst eine solche zu gründen, führte zu einem regelrechten Gründungsboom. In einem zweiten Schritt werden die Anstrengungen der Schwestern in der ambulanten und stationären Krankenpflege untersucht. Die gemeinschaftliche Lebens- und Arbeitsweise lediger Frauen war offenbar geradezu prädestiniert, eine durch Industrialisierung und sozialen und gesellschaftlichen Wandel notwendig gewordene veränderte Pflege kranker Men-

2 Regina Wecker, Geschlecht macht Beruf – Beruf macht Geschlecht, in: Sabine Braunschweig Hg., Pflege – Räume, Macht und Alltag. Beiträge zur Geschichte der Pflege, Zürich 2006, 15–28, 22.

3 Zur Geschichte der Pflege nach 1945 vgl. Susanne Kreutzer, Vom „Liebesdienst" zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945, Frankfurt a. M./New York 2005.

4 Einen sehr guten Überblick zum aktuellen Stand der Forschung vermittelt: Christoph Schweikardt, Entwicklungen und Trends in der deutschen Krankenpflege-Geschichtsschreibung des 19. und 20. Jahrhunderts, in: Medizinhistorisches Journal, 39 (2004), 197–218 sowie der Sammelband von Braunschweig, Pflege, wie Anm. 2.

5 Vgl. Braunschweig, Pflege, wie Anm. 2, insbes. die Einleitung der Herausgeberin, 9–14.

schen zu übernehmen. Drittens wird schließlich zu diskutieren sein, welchen Einfluss das katholische Krankenpflegekonzept auf säkulare Pflegemodelle hatte, wie sie in der Frauenbewegung, in der Ärzteschaft oder von staatlicher Seite bewertet wurden.

Neugründungen katholischer Frauenkongregationen

Im 19. Jahrhundert entstanden in Deutschland und allen Ländern Europas mit katholischer Bevölkerung unzählige katholische Frauenkongregationen.[6] Die Initiative ergriffen im späten 18. und verstärkt zu Beginn des 19. Jahrhunderts katholische Frauen in Frankreich und Belgien. Sie gründeten neuartige religiöse Gemeinschaften, die schon bald über die nationalen Grenzen hinweg bekannt wurden und auch im Ausland Niederlassungen eröffneten. Frauenkongregationen sind religiöse Gemeinschaften, deren Mitglieder, ohne an die strengen päpstlichen Klausurvorschriften – wie sie in den traditionellen Frauenklöstern vorgeschrieben waren – gebunden zu sein, religiöses Leben mit weltlicher Arbeit zu kombinieren suchten. In den Konstitutionen legten die Kongregationen ihre jeweiligen Tätigkeitsfelder und ihre spezifische Spiritualität fest. Die Schwestern wirkten in der Krankenpflege, im Bildungs- und Erziehungsbereich oder im weiten Feld der sozialen Arbeit. Im Gegensatz zu den Orden räumten die Kongregationen der Tätigkeit Priorität gegenüber der Kontemplation ein, mehr noch, die Arbeit war Teil der religiösen Praxis. Von den Orden unterschieden sich die Kongregationen außerdem durch ihre zentrale Organisation. An der Spitze stand die von den Mitgliedern gewählte Generaloberin. Deren Anordnungen hatten sich die Schwestern in den einzelnen Niederlassungen – auch über Bistums- und Staatsgrenzen hinweg – unterzuordnen. Das Generalmutterhaus verwaltete das Vermögen, sorgte für die religiöse wie für die profane Ausbildung der Schwestern, überwachte das religiöse Leben, bestimmte die Tätigkeiten der Gemeinschaft und setzte die Schwestern ein. Dieses Organisationsprinzip ermöglichte erstaunlich flexible Reaktionen auf neue Herausforderungen und trug wesentlich zum Erfolg der Gemeinschaften im 19. Jahrhundert bei.

Die Relevanz der Gründungswelle neuer katholischer Frauenkommunitäten lässt sich ermessen, wenn man berücksichtigt, dass das gemeinschaftliche religiöse Leben durch Aufklärung und Säkularisierung eine tiefgehende Zäsur erfahren hatte. In vielen

6 Dazu und zum Folgenden vgl. im Detail meine Studie „Arbeiterinnen des Herrn". Katholische Frauenkongregationen im 19. Jahrhundert, Frankfurt a. M./New York 2000; zu Frankreich vgl. die wegweisende Arbeit von Claude Langlois, Le catholicisme au féminin. Les congrégations françaises à supérieure générale au XIXe siècle, Paris 1984, u. zu Belgien: André Tihon, Les religieuses en Belgique du XVIIIe au XXe siècle. Approche statistique, in: Belgisch Tijdschrift voor nieuwste geschiedenis/ Revue Belge d'Histoire contemporaine, 7 (1976), 1–54. Einen neueren Überblick zur westeuropäischen Geschichte mit einer umfangreichen Bibliographie bietet: Jan De Maeyer, Sofie Leplae u. Joachim Schmiedl Hg., Religious Institutes in Western Europe in the 19th and 20th Centuries. Historiography, Research and Legal Position, Leuven 2004.

katholischen Regionen gab es um die Wende von 18. zum 19. Jahrhundert kaum noch Gemeinschaften. Die meisten waren verboten worden, andere in Auflösung begriffen, weil sie keinen Nachwuchs hatten, und in vielen Ländern behinderten staatliche Restriktionen Neuaufnahmen.[7] Die im Vormärz einsetzende Renaissance dieser klosterähnlichen Lebensform lässt sich aus dem historischen Zusammenwirken von Frauenfrage, sozialer Frage und der nach der Säkularisierung gewandelten Bedeutung von Kirche und Religion erklären. Sie bot religiösen Frauen die Möglichkeit, Kontemplation, Beruf und materielle Absicherung miteinander zu verbinden. Den Kongregationen und deren weiterer Entwicklung kam zu Gute, dass angesichts des alarmierenden Pauperismus seit den 1830er Jahren die Nachfrage nach sozialen Unterstützungsangeboten kontinuierlich anstieg. Sie profitierten außerdem davon, dass die katholische Kirche sich nach dem Verlust der weltlichen Herrschaftsrechte durch einen Beitrag zur Lösung der sozialen Frage eine neue Legitimation erhoffte. All dies machte die Attraktivität der Kongregationen für viele Katholikinnen aus. Die Gründerinnen stammten überwiegend aus dem Bürgertum, während die Mitglieder sich vor allem aus Familien von Kleinbürgertum, Handwerk und Landwirtschaft rekrutierten. Insgesamt handelte es sich um eine Bewegung junger Frauen. Sie traten in der Regel im Alter von Mitte zwanzig ein.[8] Das Leben in einer dieser katholischen Kongregationen bot den Frauen einerseits die Sicherstellung der Existenz und gewährte ihnen andererseits auch Sinnstiftung und Unterstützung bei der psychisch wie physisch anstrengenden Arbeit. Hinzu kam für die Schwestern, dass ihre Arbeit und ihre Lebensform ein hohes Prestige in der katholischen Öffentlichkeit genoss.[9] Diese Wertschätzung stärkte die Identität der einzelnen Schwester in der Gruppe und legitimierte die extrem belastenden Arbeitsbedingungen.

Im hier vorrangig untersuchten Preußen entwickelte sich die Krankenpflege zum wichtigsten Arbeitsgebiet der katholischen Frauenkongregationen. Von den 23 zwischen 1808 und 1875 gegründeten neuen Gemeinschaften befassten sich zehn explizit mit der Krankenpflege, hinzu kamen große auswärtigen Krankenpflegekongregationen, wie etwa die *Borromäerinnen* und die *Vinzentinerinnen* aus Frankreich, und kleinere ältere Frauenkongregationen, beispielsweise die *Cellitinnen* aus Düsseldorf oder die Aachener *Elisabethinnen*. Für viele andere Kongregationen stellte die Krankenpflege

7 Vgl. beispielsw. zur Kirchenpolitik von Joseph II. die Studie von Ute Ströbele, Zwischen Kloster und Welt. Die Aufhebung südwestdeutscher Frauenklöster unter Kaiser Joseph II., Köln/Weimar/Wien 2005.

8 Vgl. Meiwes, Arbeiterinnen, wie Anm. 6, 118–135.

9 Ein Redner auf dem „Katholikentag" in Innsbruck 1867 formulierte über die Krankenschwestern mit Pathos, aber keineswegs untypisch: „Mehr als Fasten, Bußgeißel und Schweigen eines Mönchsordens, bewundere ich diesen Lebensberuf, dieses in der Flamme der Liebe sich verzehrende Körnlein des Weihrauchs." Baron von Oberkamp aus München, Verhandlungen der 18. General-Versammlung der katholischen Vereine Deutschlands und Österreichs in Innsbruck am 9., 10., 11. und 12. September 1867, Amtlicher Bericht, Innsbruck 1867, 183.

zumindest eines von mehreren Arbeitsfeldern dar. Insgesamt lebten und arbeiteten in Preußen kurz vor Beginn des „Kulturkampfes“,[10] als alle katholischen Orden und Kongregationen mit Ausnahme der krankenpflegenden Gemeinschaften verboten wurden, 8.011 Frauen in mehr als 800 Niederlassungen der insgesamt 54 Orden und Kongregationen. Nach dem Ende des Kulturkampfes 1888 stieg deren Zahl kontinuierlich weiter an, so dass 1918 in Preußen über 36.000 Frauen den religiösen Genossenschaften angehörten.

Ähnlich wie im Katholizismus suchte man auch in protestantischen Zirkeln nach Konzepten zur Organisation der Krankenpflege. Amalie Sieveking gehörte wie Friederike und Theodor Fliedner und selbst der preußische König Friedrich Wilhelm IV. zu denjenigen, die in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts Überlegungen zur Gründung einer den katholischen Pflegekongregationen nachempfundenen protestantischen Frauengemeinschaft anstellten. In Kaiserswerth, Bielefeld, Neuendettelsau, Berlin und andernorts entstanden ab den 1830er Jahren Diakonissenanstalten, die sich vorrangig der Krankenpflege widmeten. Deren Geschichte ist inzwischen in zahlreichen Studien gut dokumentiert.[11] Im Vergleich dazu ist die Geschichte der katholischen Krankenpflege unterbelichtet. Die Schwestern in den Kongregationen kümmerten sich wenig um die Außendarstellung ihrer Aktivitäten und mischten sich nicht in die öffentlichen Debatten ein. Sie richteten ihre Aufmerksamkeit stärker nach innen und hatten mehr Interesse am Seelenheil der einzelnen Schwestern als an der Wahrnehmung der Kongregation in der Gesellschaft. Vor einer Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte scheuen auch heute noch viele Kongregationen zurück. Dies ist auch eine Erklärung für den Umstand, dass der Beitrag der katholischen Frauengemeinschaften zur Entwicklung der neuzeitlichen Krankenpflege nur unzureichend dokumentiert ist.

10 Zur geschlechterspezifischen Relevanz dieser in ganz Europa geführten Auseinandersetzung um den Standort der katholischen Kirche in den sich formierenden Nationalstaaten des 19. Jahrhunderts vgl. Meiwes, Arbeiterinnen, wie Anm. 6, 288–309; zur europäischen Perspektive vgl. Christopher Clark u. Wolfram Kaiser Hg., Kulturkampf in Europa im 19. Jahrhundert, Leipzig 2003.

11 Zu den protestantischen Bestrebungen vgl. u. a. Anna Sticker, Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege. Deutsche Quellenstücke aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, Stuttgart 1960; Paul Philippi, Die Vorstufen des modernen Diakonissenamtes (1979–1848) als Elemente für dessen Verständnis und Kritik. Eine motivgeschichtliche Untersuchung zum Wesen der Mutterhausdiakonie, Neukirchen-Vluyn 1966; Jutta Schmidt, Beruf Schwester. Mutterhausdiakonie im 19. Jahrhundert, Frankfurt a. M./NewYork 1998; Ursula Röper, Mariane von Rantzau und die Kunst der Demut. Frömmigkeitsbewegung und Frauenpolitik in Preußen unter Friedrich Wilhelm IV, Stuttgart 1997; dies. u. Carola Jüllig, Die Macht der Nächstenliebe. Einhundertfünfzig Jahre Innere Mission und Diakonie 1848–1998, Berlin 1998; Ute Gause u. Cordula Lissner Hg., Kosmos Diakonissenmutterhaus. Geschichte und Gedächtnis einer protestantischen Frauengemeinschaft, Leipzig 2005, sowie die neueste Studie von Silke Köser, Denn eine Diakonisse darf kein Alltagsmensch sei. Kollektive Identitäten Kaiserswerther Diakonissen. 1836–1914, Leipzig 2006.

Katholische Schwestern als Pionierinnen der Krankenpflege

In den 1820er und 1830er Jahren wurde allenthalben offenkundig, dass es in Deutschland an Krankenpflegepersonal fehlte. Nicht zuletzt das Übergreifen der Cholera auf Deutschland führte engagierten Frauen und Männern vor Augen,[12] dass es erheblicher Verbesserungen in der Krankenpflege bedurfte. Auch Fortschritte in der Medizin, und zwar vornehmlich die Verfeinerung der Untersuchungsmethoden, die sich in den Wohnungen der Patientinnen und Patienten oder der Ärzte kaum anwenden ließen, verlangten nach einer Reform der Krankenpflege. Überdies benötigten die Ärzte medizinisch geschultes Personal. Nach Reinhard Spree vergrößerte sich lange Zeit die Diskrepanz zwischen medizinischer Wissenschaft und Praxis in den Krankenhäusern, da die dortigen therapeutischen Möglichkeiten häufig nicht mit dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand Schritt hielten. Laien begegneten der Krankenhausmedizin mit großer Skepsis. Naturheilverfahren gewannen in den 1870er Jahren viele Befürworter, und wer es sich leisten konnte, mied das Krankenhaus.[13]

Die Armengesetzgebung der 1840er Jahre bewirkte jedoch, dass trotzdem die Zahl der in Krankenhäusern zu behandelnden Menschen stieg. In Preußen etwa oblag es den Gemeinden, nach dem „Gesetz über die Verpflichtung zur Armenpflege" seit 1842 für verarmte oder erkrankte Mitglieder und nach dem „Gesetz über die Aufnahme neu anziehender Personen" bei Krankheit für die zugezogenen Personen und auch für die von der Freizügigkeit ausdrücklich ausgeschlossenen „Dienstboten, Handwerksgesellen, etc."[14] zu sorgen. Die preußische Gesetzgebung reagierte damit auf die im Zuge von Industrialisierung durchaus erwünschte, aber sozial höchst brisante, steigende Mobilität von Arbeitskräften. Nun war eine funktionale Trennung zwischen Krankenhaus und Armenhaus angesagt: Das Krankenhaus sollte den als heilbar erachteten Kranken vorbehalten sein, die sogenannten unheilbar erkrankten Personen in das Armenhaus eingewiesen werden.

Die frühere Multifunktionalität der Hospitäler als Armen-, Kranken-, Alten- und Siechenanstalten wurde allmählich aufgehoben. Im 19. Jahrhundert stammten 90 bis

12 So beispielsweise für Amalie Sieveking: „Die Cholera brach herein, im Spätherbst 1831: das schien mir ein Zeichen von oben herab ... Nun darfst du!" Bericht über die Leistungen des weiblichen Vereins für Armen- und Krankenpflege, 10, Hamburg 1842, zit. nach Sticker, Entstehung, wie Anm. 11, 176.

13 Vgl. Reinhard Spree, Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik in Deutschland während des 19. Jahrhunderts, in: Historische Zeitschrift, 260 (1995), 75–103, 82ff.

14 Vgl. Spree, Krankenhausentwicklung, wie Anm. 13, 85f, sowie Christoph Sachße u. Florian Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Vom Spätmittelalter bis zum 1. Weltkrieg, Stuttgart 1980, 276–280, 280. Eine Interpretation dieser Vorschriften mit Blick auf eine geschlechterspezifische Differenz kann hier nicht weiterverfolgt werden. Zu prüfen wäre, ob eine Frau gemäß § 1 des Gesetzes von 1842 als „selbständige(r) Preußische(r) Untertan" galt und in welchem Maße Frauen und Männer vom § 32 (Verpflegung kranker Dienstboten, Handwerksgesellen etc.) betroffen waren.

95 Prozent aller Kranken im Krankenhaus aus der Unterschicht. Diese Menschen sind allerdings nicht als „echte Armutspopulation"[15] einzustufen, denn sie vermochten ein eigenes Einkommen zu erwirtschaften. Sie konnten davon aber keinen Krankenhausaufenthalt finanzieren und sich nicht von weiblichen Familienmitgliedern pflegen lassen, weil diese entweder an anderen Orten lebten oder selbst einer Arbeit außer Haus nachgingen.[16] Inwieweit die Gemeinden in Preußen ihrer Verpflichtung zur Krankenpflege nachkamen, wurde bislang noch nicht untersucht. Da das Gesetz die Form der Pflege nicht regelte, scheinen zumindest kleinere Kommunen auch weiterhin ambulante Pflegeleistungen bevorzugt zu haben. Wie dem auch sei, die ihnen auferlegte Krankenpflege setzte die Gemeinden unter Handlungsdruck.

Nicht zuletzt aufgrund der Expansion des Krankenhauswesens und des wachsenden Bedarfs an qualifiziertem Pflegepersonal entwickelten die katholischen Frauenkongregationen die Pflege kranker Menschen im 19. Jahrhundert zu ihrem zentralen Arbeitsfeld. Zwar blieb der einzelne Haushalt wie im Mittelalter und in der Frühen Neuzeit der wichtigste Ort der Krankenpflege. Aber die außerhäusliche Pflege, die zuvor integraler Bestandteil der Armenpflege war, um Menschen in Armut und ohne Familie zu versorgen, wurde vermehrt nachgefragt. Im *Ancien Régime* hatte man für die Pflegearbeiten in Armenhäusern und Spitälern in den katholischen Gegenden Orden und Kongregationen und in den protestantischen Ländern bezahlte Wärterinnen und Wärter herangezogen.

Die Nachfrage nach geschultem Krankenpflegerinnen stieg im Verlauf des 19. Jahrhundert an. Das belegen unter anderem die vermehrten Anfragen bei den verschiedenen Kongregationen. So sahen sich die 1851 im frühindustriellen Aachen von jungen Frauen aus dem Wirtschaftsbürgertum gegründeten *Armen Schwestern vom Hl. Franziskus* außerstande, alle Bitten zu erfüllen, die wegen der „vielen Uebelstände, welche die Entwicklung des modernen Lebens, namentlich die überstürzte Anhäufung der Arbeiter an einem Platz", an sie herangetragen wurden.[17] Nicht nur der Mangel an Pflegerinnen, sondern auch der Wunsch nach Unabhängigkeit und Freiheit von staatlichen Restriktionen konnte die Kongregation zu einem abschlägigen Bescheid veranlassen. Die Generaloberin Franziska Schervier erläuterte 1857 einen Ablehnungsbescheid und betonte, aus gutem Grund „scheuen wir die Uebernahme öffentlicher, vom Staate abhängiger Hospitäler, wo mit dem Despotismus der Bureaukratie die ganze Arroganz der Medicin zu walten pflegt und der christlichen Krankenpflege, wie Ordensfrauen sie

15 Reinhard Spree, Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens im 19. und 20. Jahrhundert. „Ein Bild innerer und äußerer Verhältnisse", in: ders. u. Alfons Labisch Hg., „Einem jeden Kranken sein eigenes Bett". Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a. M. 1996, 51–88, 71.

16 Spree, Krankenhausentwicklung, wie Anm. 13, 70f.

17 Ignatius Jeiler, Die gottselige Mutter Francisca Schervier. Stifterin der Genossenschaft der Armenschwestern vom Hl. Franciscus, dargestellt in ihrem Leben und Wirken, Freiburg 1897², 216.

üben sollen, geschweige der klösterlichen Lebensweise, vielfältige Hindernisse“ gesetzt würden.[18] Bis 1876 – dem Todesjahr ihrer Gründerin – lehnte die Kongregation 28 Anfragen mit der Bitte um Eröffnung von Niederlassungen ab. Zu diesem Zeitpunkt aber waren die Schwestern bereits in zahlreichen Städten des Rheinlands und in Westfalen, in Frankfurt, Bielefeld und mehreren Städten der USA, beispielsweise in Cincinnati und New York, in der Krankenpflege tätig.[19]

Im Unterschied zu den *Armen Schwestern* zeigten die seit 1857 in Breslau ansässigen *Grauen Schwestern* weniger Berührungsängste gegenüber staatlichen oder kommunalen Instanzen. Neben ambulanter Krankenpflege übernahmen sie auch in städtischen Krankenhäusern die Pflege.[20] Nach Erwin Gatz sollen die Kongregationen in mehrheitlich katholischen Städten im Allgemeinen eher zur Arbeit in kommunalen Anstalten bereit gewesen sein.[21] Andererseits konnte der konfessionelle Wettstreit das Engagement der katholischen Schwestern durchaus forcieren. Nachdem 1867 die evangelische Kirchengemeinde in Düsseldorf unter der Leitung von Kaiserswerther Diakonissen ein Krankenhaus eröffnet hatte, übernahmen 1868 die *Armen Schwestern des heiligen Franziskus* aus Aachen die Krankenpflege im ehemals städtischen *Max-Josephs-Hospital*.[22] Die *Armen Schwestern* versahen damit erstmals in ihrer Geschichte die Krankenbetreuung in einem großen Krankenhaus, welches 200 bis 300 Personen aufnehmen konnte.[23] Im Laufe der Zeit gewann die stationäre Pflege für diese Gemeinschaft immer größere Bedeutung, obwohl sie weiterhin, wie die meisten Kongregationen, in der ambulanten Krankenpflege aktiv blieb.

Kommunen unterstützten die Arbeit der religiösen Frauengemeinschaften, indem sie als Krankenhausträger ihnen finanzielle Zuschüsse gewährten und außerdem die Versorgung armer Kranker, für die eigentlich städtische Anstalten zuständig gewesen wären, zusätzlich bezahlten. Den Städten und Gemeinden eröffnete diese Arbeitstei-

18 Zit. nach Jeiler, Mutter, wie Anm. 17, 218.

19 Jeiler, Mutter, wie Anm. 17, 571–574.

20 Beispielsw. in Hirschberg, Liebau, Freistadt oder Cosel; vgl. Joseph Jungnitz, Die Kongregation der Grauen Schwestern von der heiligen Elisabeth. Festschrift zum fünfzigjährigen Bestehen der Kongregation, Breslau 1892, 91–109.

21 Vgl. Erwin Gatz, Kirche und Krankenpflege im 19. Jahrhundert. Katholische Bewegung und karitativer Aufbruch in den preußischen Provinzen Rheinland und Westfalen, Paderborn 1971, 469.

22 Vgl. Gatz, Kirche, wie Anm. 21, 524–534.

23 Vgl. Jeiler, Mutter, wie Anm. 17, 328, 335. Eine ähnliche Konkurrenzsituation wie in Düsseldorf beförderte auch die Entwicklung des Krankenhauswesens in Mönchengladbach. 1855 wurde das evangelische *Krankenhaus Bethesda* unter der Leitung von Diakonissen aus Kaiserswerth gegründet, wodurch die Katholiken der Stadt in Zugzwang gerieten. 1860 eröffnete schließlich ein katholisches Krankenhaus unter der Leitung von Franziskanerinnen aus dem holländischen Heythuysen bei Roermond; vgl. Norbert Klinkenberg, Sozialer Katholizismus in Mönchengladbach, Mönchengladbach 1981, 109f. Auch die Mutterhausdiakonie betrachtete die Konkurrenz als Motiv für ihre Aktivitäten; vgl. Schmidt, Beruf, wie Anm. 11, 110.

lung – so Labisch und Tennstedt – erhebliche Einsparpotentiale,[24] zumal dann, wenn Frauenkongregationen zusätzlich die wirtschaftliche Leitung und die Organisation der Pflege übernahmen. Die *Clemensschwestern* in Münster besaßen beispielsweise kaum eigene Anstalten, sondern versorgten Krankenhäuser und Heilanstalten anderer Träger. Ähnlich arbeiteten die schon erwähnten *Grauen Schwestern* in Schlesien.

Nicht alle Kongregationen folgten dem Trend zum Ausbau der stationären Pflege. Während sich die *Clemensschwestern* in Münster und die *Paderborner Vinzentinerinnen* in Anlehnung an die französischen Vorbilder der *Borromäerinnen* und *Vinzentinerinnen* auf die stationäre Pflege spezialisierten, verteidigten die *Franziskanerinnen* aus dem sauerländischen Olpe ihre Beschränkung auf ambulante Pflege. In einem Bericht an den zuständigen Paderborner Bischof vom 8. März 1861 beanspruchte die Gründerin der *Franziskanerinnen*, Anna Theresia Pfänder (1827–1882), sogar, dass in der Stadt Olpe ausschließlich ihre Gemeinschaft für die ambulante Pflege armer Kranker zuständig sei. Die *Franziskanerinnen* würden den örtlichen *Vinzentinerinnen* gern die stationäre Pflege und die Versorgung der besser situierten Kranken in deren Wohnungen überlassen.[25] Mit der vorgeschlagenen Arbeitsteilung waren die *Vinzentinerinnen* nicht einverstanden: Sie hatten 1841 in ihrem Statut als zentrale Aufgabe die „Pflege der in den Krankenhäusern befindlichen Kranken beiderlei Geschlechts ohne Unterschied der Religion"[26] festgelegt. Doch sie pflegten Kranke auch in deren Wohnungen,[27] wenngleich die stationäre Krankenpflege in Olpe ihr vorrangiges Anliegen blieb. Kurz vor Beginn des Kulturkampfes 1873 unterhielten sie im Bistum Paderborn, zu dem auch weite Teile des Ruhrgebietes zählten, insgesamt 22 Hospitäler, acht Krankenhäuser, fünf Waisenhäuser und sechs weitere Anstalten für spezifische Gebiete der Armen- und Krankenpflege.[28] Das Kuratorium des von den *Vinzentinerinnen* geleiteten Olper *Martinus-Hospitals* erachtete die Aktivitäten der *Franziskanerinnen* als Gefährdung für das Krankenhaus. Es befürchtete ein geringeres Kollektenaufkommen und eine sinkende Zahl der stationär gepflegten Kranken. Das Kuratorium monierte, die *Franziskanerinnen* hätten keine Ausbildung in der Krankenpflege und seien weder vom Magistrat noch von der Armenkommission zur ambulanten Pflege aufgefordert worden.[29] Wäh-

24 Vgl. Alfons Labisch u. Florian Tennstedt, Die Allgemeinen Krankenhäuser der Städte und Religionsgemeinschaften Ende des 19. Jahrhunderts, in: Labisch/Spree, Kranken, wie Anm. 15, 297–319, 307ff.

25 Vgl. Archiv der Franziskanerinnen von den hl. Herzen Jesu und Mariäe, Anna Theresia Pfänder an den Bischof vom 8. März 1861 „Bericht über den Fortgang der ‚kleinen Congregation'".

26 Statut für die Genossenschaft der Barmherzigen Schwestern in Paderborn, § 1, zit. nach Geschichte der Genossenschaft der Barmherzigen Schwestern des hl. Vinzenz v. Paul aus dem Mutterhaus in Paderborn, Paderborn 1909, 14.

27 Vgl. Statut, wie Anm. 26, 235.

28 Vgl. Schematismus des Bisthums Paderborn, Paderborn 1873, 225ff.

29 Bistumsarchiv Paderborn (BAP), XIII, 21, Die Genossenschaft der Schwestern des hl. Franziskus zu [Mülheim] Olpe I, Brief des Pfarrers Hengstebeck an Bischof Konrad Martin vom 4. April 1861, Bl. 78 r.

rend demnach in Olpe die *Vinzentinerinnen* den Trend zum Ausbau der stationären Krankenpflege aktiv mitgestalteten, beharrten die *Franziskanerinnen* auf der traditionellen Form der allein von ihnen bestimmten Hauspflege.

Die fortschreitende Spezialisierung und Differenzierung im Krankenhauswesen stellte die Kongregationen vor dogmatische Probleme, die in der ambulanten Pflege kaum von Belang waren. Zum einen war im 19. Jahrhundert strittig, wer im Krankenhaus kranke Männer pflegen soll. Der Gründer der *Clemensschwestern* in Münster, Clemens Droste zu Vischering, forderte ausdrücklich, dass sich die Krankenpflegerinnen „der Pflege der Kranken, insbesondere der armen Kranken, wessen Standes, Geschlechts, Alters, Glaubensbekenntnisses, und welcher Krankheit sie befallen seyn mögen,“[30] widmen sollten. Er war überzeugt, dass Frauen der Vorzug zu geben sei, da nur sie zur Pflege befähigt seien.[31] Im Prinzip pflegten alle Frauenkongregationen Kranke beiderlei Geschlechts. Doch sie bestanden auf gewissen Einschränkungen. So versorgten die *Armen Dienstmägde Jesu Christi* Männer nur, insofern es „schicklich“ für „weibliche Pflegerinnen“ sei.[32] Die Beteiligung nahezu aller Krankenpflegekongregationen an der Lazarett- und Feldkrankenpflege im Rahmen der kriegerischen Auseinandersetzungen des 19. Jahrhunderts belegt jedoch, dass die Schwestern in Ausnahmesituationen auch Männer pflegten.

Zum anderen war die Beteiligung an der Geburtshilfe strittig. Gebärende Frauen und Wöchnerinnen konnten im Vergleich sehr viel seltener als kranke Frauen auf den Beistand der katholischen Schwestern hoffen. Die römische Kurie lehnte die Geburtshilfe als Betätigungsfeld für Frauenkongregationen ab: „Keinem Institut aber können unter welchen Umständen immer, ständige Aufgaben zugewiesen werden, welche dem Geiste des Berufes aus sich die schwersten Gefahren bringen. So kann kein Institut es als seine Aufgabe ansehen, sich dem Beistande gebärender Frauen zu widmen.“[33] In seiner Anleitung zur Gründung neuer Kongregationen vertrat der Fürstbischöfliche Konsistorialrat Schuppe aus Breslau 1868 die Ansicht, dass die Pflege von Wöchnerinnen für Schwestern ebenso ungeeignet sei wie die von Syphiliskranken.[34] Für katholische

30 Clemens Droste zu Vischering, Ueber die Genossenschaften der barmherzigen Schwestern, insbesondere über die Einrichtung Einer derselben, und deren Leistungen in Münster, Münster 1833, 65.

31 Darüber hinaus argumentierte er, dass der Krankenpflegeberuf „zwar überaus schön, aber ein so schwerer Beruf [ist], daß derselbe nach meiner Ansicht zu gefährlich, zu schwer seyn würde, wenn nicht die Krankenpflegerinnen in Genossenschaften leben“; vgl. Droste, Genossenschaften, wie Anm. 30, 17, 14.

32 Satzungen der Genossenschaft der Armen Schwestern vom heiligen Franziskus im Anschluss an die Ordensregel, welche Papst Leo X. für die in Gemeinschaft lebenden Tertiarinnen des heiligen Franziskus gegeben hat, Aachen 1865, 15f.

33 Augustius Arndt, Die kirchlichen Rechtsbestimmungen für die Frauen-Congregationen, Mainz 1901, 11.

34 Vgl. F. Schuppe, Das Wesen und die Rechtsverhältnisse der neueren religiösen Frauengenossenschaften. Zum practischen Gebrauche dargestellt, Mainz 1868, 142. Die Wöchnerinnenpflege avancierte so zu einem Betätigungsfeld für katholische Frauen außerhalb von Kongregationen. Bereits 1830 gründeten Katholikinnen in Aachen eine Entbindungsanstalt, die von einer Hebamme geleitet wurde und auch Frauen in der Geburtshilfe ausbildete; vgl. Eugène Beaucamp, Zum hundertjährigen Jubiläum des Mariannen-Instituts in Aachen, in: Zeitschrift des Aachener Geschichtsvereins, 51 (1929), 299–319.

Autoritäten stand die Tätigkeit in der Geburtshilfe im Widerspruch zum Keuschheitsgelübde, welches von den Schwestern verlangte, auf die Reinheit von Körper und Seele zu achten und ihre eigene Körperlichkeit zu negieren.[35] Obgleich die katholische Kirche im 19. Jahrhundert tradierte Lehren von der Unreinheit des Blutes von gebärenden oder menstruierenden Frauen offiziell zurückgewiesen hatte, waren derartige Ansichten aus der kirchlichen Praxis noch keineswegs verbannt.[36] Daher konnte auch weiterhin das Berühren von Gebärenden als Gefahr für die Reinheit der Schwestern erachtet werden. Theoretische Überzeugungen und dogmatische Verkündigungen berücksichtigten freilich kaum den Arbeitsalltag der Schwestern. Bei der häuslichen Armen- und Krankenpflege konnten sie die Betreuung von Wöchnerinnen schwerlich ausgrenzen. Die *Grauen Schwestern* pflegten durchaus erkrankte Wöchnerinnen.[37] Andere Kongregationen kooperierten mit wohltätigen Frauenvereinen und besuchten in deren Auftrag Wöchnerinnen.[38] Im Übrigen bestand für die Kongregationen keine Notwendigkeit, sich der Geburtshilfe zu widmen. Sie war noch kein Teilgebiet der Krankenpflege und schon gar nicht der stationären Pflege.[39] Außerdem gab es im 19. Jahrhundert eine flächendeckende gute Versorgung durch Hebammen.[40] Erst mit der forcierten Medikali-

35 Ähnlich wie andere Kongregationen legten die *Grauen Schwestern* in ihren Konstitutionen fest: „Sie [die *Grauen Schwestern*] müssen daher äußerst behutsam wandeln, Gefühl, Auge, Ohr und Zunge sorgsam bewachen und auf das eifrigste alles meiden, was der Reinheit des Leibes und der Seele zuwider ist oder ihr Gefahr bringen könnte. Wie die heiligen Engel Gottes werden sie keine Berührung oder Befleckung seitens der Sinne, des Fleisches und der Welt dulden, damit die Schönheit ihrer Seele den himmlischen Bräutigam beständig erfreue und anziehe." Constitutionen der Congregation der Grauen Schwestern von der heiligen Elisabeth aus dem Mutterhaus in Breslau, Breslau 1898, 12. Ähnliche Formulierungen finden sich beispielsweise in den Statuten der *Franziskanerinnen von der ewigen Anbetung* und in den Satzungen der Genossenschaft der *Armen Schwestern vom heiligen Franziskus*.

36 Die Symbolik und Durchführung des Aussegnungsritus, dem sich katholische Frauen sechs Wochen nach der Niederkunft bis weit ins 20. Jahrhundert hinein zu unterziehen hatten, folgte nach Eva Labouvie traditionellen Reinlichkeitsvorstellungen, die verlangten, dass junge Mütter von „Schuld und Befleckung durch die Geburt gereinigt werden"; Eva Labouvie, Andere Umstände. Eine Kulturgeschichte der Geburt, Köln/Weimar/Wien 1998, 255.

37 „Die Pflege von Wöchnerinnen ist nur im Notfalle statthaft, sofern nämlich eine Krankheit hinzutritt und die Kranke, da sonst niemand zu erlangen ist, gänzlich verlassen wäre. Dabei müssen gewisse Handleistungen, die nur den Ärzten und Chirurgen zu kommen, abgelehnt werden." Constitutionen, wie Anm. 35, 38.

38 So beispielsw. die *Armen Dienstmägde Jesu Christi* in Mönchengladbach oder die *Armen Franziskanerinnen* in Kalk; vgl. Max Brandts, Die katholischen Wohlthätigkeits-Anstalten und -Vereine sowie das katholisch-sociale Vereinswesen insbesondere in der Erzdiözese Köln, Köln [1895], 69.

39 Nach Nipperdey handelte es sich 1880 bei 5 % aller Geburten um Klinikgeburten; vgl. Thomas Nipperdey, Deutsche Geschichte 1866–1918, Bd. 1: Arbeitswelt und Bürgergeist, München 1990, 158.

40 Vgl. Eva Labouvie, Beistand in Kindsnöten. Hebammen und weibliche Kultur auf dem Land (1550–1910), Frankfurt a. M./New York 1999.

sierung der Geburt und dem Trend zur stationären Entbindung wurde es seit Ende des 19. Jahrhunderts zum Problem, dass sich die Frauenkongregationen auf die Sorge für Schwangere und Wöchnerinnen bislang kaum eingelassen hatten. Die Übertragung dieser Aufgaben an weltliche Pflegerinnen und zu diesem Zweck die Gründung katholischer Schwesterngemeinschaften ohne gemeinschaftliche Lebensweise erschien schließlich als der aussichtsreichste Ausweg.[41]

Insgesamt hatten nach Einschätzung von Christoph Sachße und Florian Tennstedt die Frauenkongregationen erheblichen Anteil daran, dass sich die „spezialisierte Krankenpflege als eigener Fachbereich der Armenpflege" etablieren konnte.[42] Entscheidende Voraussetzung dazu war die in Preußen gesetzlich angeordnete getrennte Versorgung heilbarer und unheilbarer Kranker. Die *Grauen Schwestern* widmeten sich beispielsweise der Pflege von heilbaren Kranken; nur wenn sie freie Kapazitäten hatten, kümmerten sie sich auch um unheilbare Kranke.[43] Die unterschiedliche Ausrichtung der Kongregationen ermöglichte sowohl den an spezifischen Formen der Krankenpflege interessierten Kommunen und Kirchengemeinden als auch den Frauen, die eintreten wollten, die Wahl zwischen verschiedenen Angeboten und Möglichkeiten. Zudem entstanden nicht selten neue Gemeinschaften, wenn Frauen ihre spezifischen Bedürfnisse in den schon vorhandenen Kongregationen nicht verwirklicht sahen. So gründete Margaretha Flesch (1826–1906) – die selbst aus einfachen Verhältnissen stammte – 1863 in Waldbreitbach im Westerwald eine bis auf den heutigen Tag in der Krankenpflege engagierte Kongregation, obwohl es in der Nachbarschaft bereits eine seit 1851 tätige ähnliche Gemeinschaft gab.[44] Eine solche, für Frauen im 19. Jahrhundert keineswegs selbstverständliche, individuelle Entscheidung hatte die Gründerinnengeneration zwar generell ausgezeichnet, stand später allerdings in scharfem Kontrast zu dem in den Kongregationen herrschenden Gehorsamsgebot, das die Handlungsspielräume der einzelnen Schwestern massiv einschränkte.

Organisation der Krankenpflege und Qualifizierung der Schwestern

Zusätzlich zur stationären Krankenpflege arbeiteten viele Frauenkongregationen weiterhin im Bereich der ambulanten Pflege. Sie erschlossen für sich mit fortschreitender Industrialisierung und den dadurch veränderten Lebensbedingungen immer neue Arbeitsfelder. Die Schwestern gründeten Gemeindepflegestationen, deren Aufgaben weit über die Krankenpflege hinaus reichten. Die spezifische Form der Vergesellschaftung in enger Verbindung mit der katholischen Kirche ermöglichte den Frauen Orte

41 Vgl. Wilhelm Liese, Geschichte der Caritas, Bd. 2, Freiburg i. Br. 1922, 22.
42 Sachße/Tennstedt, Geschichte, wie Anm. 14, 227.
43 Vgl. Constitutionen, wie Anm. 35, 38.
44 Vgl. Meiwes, Arbeiterinnen, wie Anm. 6, 110ff.

und Organisationsformen, die quasi als *Settlements* oder Sozialstationen in den Kirchengemeinden fungierten und über das katholische Armenfürsorgewesen des *Ancien Régime* hinausführten. Exemplarisch lässt sich dies anhand der Aktivitäten einer *Franziskanerinnen*-Kongregation aus dem Emsland demonstrieren. Sie versah praktisch das gesamte Spektrum pflegerischer, karitativer und erzieherischer Arbeiten in den Pfarrgemeinden.[45] Auch die bereits 1571 in Ostpreußen von Regina Prothmann gegründete Kongregation der *Schwestern von der heiligen Katharina* eröffnete in den 1890er Jahren besonders in kleinen Städten und Dörfern des Ermlands – einer katholischen Enklave im mehrheitlich protestantischen Ostpreußen – nicht nur Krankenhäuser, sondern auch zahlreiche Gemeindeschwesternstationen, Kindergärten, Waisenhäuser, Siechenhäuser und Arbeiterinnenherbergen. Neben dieser inhaltlichen Differenzierung der Arbeitsfelder kam es nach dem Kulturkampf auch zu einer geographischen Ausdehnung der Aktivitäten. Die Schwestern, die schon seit dem Ende des 16. Jahrhunderts in Litauen tätig waren, gründeten nun auch Niederlassungen in Finnland, England und Brasilien.[46]

Vor allem aber leisteten die katholischen Frauenkongregationen bis in die 1890er Jahre einen entscheidenden Beitrag zur Ausgestaltung stationärer Krankenpflege. Das Zusammenleben der Schwestern als Gemeinschaft ermöglichte den Kongregationen, frühzeitig auf eine Professionalisierung der Pflege hinzuarbeiten und Einfluss auf die Inhalte, Anforderungen und Normen des Berufs der Krankenschwestern zu nehmen. Wichtige Voraussetzungen waren hierfür, die lebenslange Existenz der Frauen zu sichern und gleichzeitig Pflegekompetenzen zu akkumulieren und an die nächste Generation weiterzugeben. Das für die stationäre Krankenpflege erforderliche Wissen und Können hatten die meisten Kongregationen in der Regel bereits ohne ärztliche Anleitung allein durch ihre Aktivitäten im Rahmen der häuslichen und der ambulanten

45 Krankenpflege und Waisenerziehung gehörten ebenso dazu wie Küsterdienst und Elementarschulunterricht oder die berufliche Bildung im Haushalt und der Landwirtschaft. Später unterrichteten die Schwestern Kinder aus gut situierten Familien, was auch zur Finanzierung der Kommunität beitrug; vgl. dazu M. Sixtina Eilers, Die Kongregation der Franziskanerinnen vom heiligen Martyrer Georg zu Thuine, Werl 1930, 46–59. Beispiele für breit gefächerte Angebote der Kongregationen beschreiben auch Beate Althammer, Inga Brandes u. Kathrin Marx, Religiös motivierte Armenfürsorge in der Moderne – Katholische Frauenkongregationen im Rheinland und in Irland 1840–1930, in: Andreas Gestrich u. Lutz Raphael Hg., Inklusion/Exklusion. Studien zur Fremdheit und Armut von der Antike bis zur Gegenwart, Frankfurt a. M. 2004, 537–578.

46 Vgl. Hans Hümmeler, Regina Prothmann und die Schwestern von der hl. Katharina. Ein unbekanntes Kapitel aus der Geschichte des deutschen Ostens, Siegburg 1955. Zur Zeit arbeite ich an einer Studie zur Geschichte dieser schon im 16. Jh. entstandenen und international tätigen Kongregation. Unter anderem geht es darum, den Blick auf den nordöstlichen Rand Europas zu lenken, dessen Geschichte erst allmählich Eingang in aktuelle Forschungen findet. So wurden auch die Aktivitäten der religiösen Genossenschaften vorrangig aus westeuropäischer Perspektive betrachtet; vgl. etwa De Maeyer/Leplae/Schmiedl, Institutes, wie Anm. 6.

Krankenpflege erworben.[47] Sie waren daran interessiert, dieses Wissen zu vertiefen und auf die stationäre Pflege zu übertragen. Vor allem größere Gruppen, die bisweilen einige hundert Mitglieder zählten, verfügten häufig über Erfahrungen aus mehreren Krankenhäusern und waren aufgrund ihrer zentralen Organisation und Verwaltung auch dazu in der Lage, Kontinuität und gleichförmige Qualifikation ihrer Pflegerinnen zu gewährleisten. Für die diversen Krankenhausträger war dies ein attraktives Angebot. Sie schlossen mit den Kongregationsleitungen sogenannte Gestellungsverträge ab. Meist übernahmen die Kongregationen die gesamte Organisation eines Krankenhauses von der Hauswirtschaft bis zur Krankenpflege, sicherten den Betrieb eines Hauses und sorgten bei Ausfällen für Ersatz durch gleichermaßen qualifizierte Pflegekräfte.[48] Weltliche Krankenwärterinnen und -wärter konnten, da sie nach wie vor ohne institutionalisierte Ausbildung blieben, eine vergleichbare Leistung bis zum Ende des 19. Jahrhundert nicht erbringen.

Die krankenpflegenden katholischen Kongregationen unterhielten vielfältige Kontakte zu ähnlich ausgerichteten Gemeinschaften in anderen Städten oder im Ausland. Sie schufen sich ein regionales und internationales Netzwerk, welches der wechselseitigen Unterstützung und dem gegenseitigen Austausch über Kenntnisse und Erfahrungen diente. Die *Borromäerinnen* aus dem französischem Nancy, die Münsteraner *Clemensschwestern* und die *Elisabethinnen* aus Essen galten beispielsweise in den 1840er Jahren in der Krankenpflege als vorbildlich. Die *Borromäerinnen* und die *Vinzentinerinnen* hatten großen Einfluss auf die preußische Krankenpflege. Ihrem Beispiel folgten die in Anlehnung an diese Vorbilder gegründeten weiteren preußischen Kongregationen.[49] Die Münsteraner *Clemensschwestern* und die Paderborner *Vinzentinerinnen* adaptierten wiederum deren Ideen und passten sie ihren eigenen Vorstellungen an.

Die Qualität der Pflegeleistungen war und blieb im 19. Jahrhundert ausschlaggebend für die Chancen auf Gesundung der Kranken. Wenn heute von Seiten der modernen Krankenpflege gefordert wird, die Komplementarität von ärztlicher Heilkunst und kenntnisreicher engagierter Pflegearbeit anzuerkennen,[50] so ist es wichtig,

47 Wenn also vom „Ende der weiblichen Heilkunde" (so beispielsweise Claudia Bischoff, Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung der Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt a. M. 1992, 40) die Rede ist, sollte genauer untersucht werden, wann dieser Prozess einsetzte. Forderungen ärztlicher Standesvertreter spiegeln den Alltag der Patientinnen und Patienten nicht unbedingt richtig wider. Möglicherweise beeinflussten die Krankenpflegerinnen den Zustand der Kranken stärker als ärztliche Heilkunst.

48 Zur Praxis der stationären Pflege schon in den 1830er Jahren vgl. Ilse Schmitz, Etablierung und Selbstbehauptung zwischen ärztlicher Dominanz und städtischer Verwaltung, in: Braunschweig, Pflege, wie Anm. 2, 61–71.

49 In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts waren die *Borromäerinnen* in den westlichen Teilen Preußens mit ihren Niederlassungen in Koblenz oder Aachen von Bedeutung, während die *Vinzentinerinnen* nur vermittelt über ihren Straßburger Zweig im deutschsprachigen Raum wirkten; vgl. Gatz, Kirche, Anm. 21, 264.

50 Vgl. Bischoff, Frauen, wie Anm. 47, 94–99, bes. 98.

daran zu erinnern, dass die allermeisten Krankenanstalten noch am Ende des 19. Jahrhundert zwar ohne Ärzte, nicht aber ohne Pflegepersonal funktionieren konnten. Ärzte traten in diesen frühen Krankenhäusern nur selten in Erscheinung und von einem therapeutischen Wirken der Mediziner konnte um die Mitte des 19. Jahrhunderts noch kaum die Rede sein. Wenn es in den Anstalten überhaupt zu Heilerfolgen kam, dann zu einem ganz erheblichen Teil aufgrund der Arbeit der Krankenpflegerinnen. Das Pflegepersonal verfügte gerade wegen der geringen Präsenz der Ärzte über ein hohes Maß an Handlungsautonomie. Diese Situation änderte sich am Ende des 19. Jahrhunderts in dem Maße, wie es den Ärzten gelang, ihren Berufsstand zu etablieren und auch im Krankenhaus ihren Anspruch auf umfassende Kompetenz und Kontrolle in der Behandlung kranker Menschen durchzusetzen.[51]

Im Laufe des 19. Jahrhunderts war es den katholischen Frauenkongregationen ebenso wie den protestantischen Frauengemeinschaften gelungen, ihre Position im Pflegebereich immer weiter auszubauen, weil sie im Stande waren, in ausreichender Zahl Frauen bereitzustellen, die weitaus besser qualifiziert und billiger waren als die anderer Anbieter. Allein sie vermochten die ambulante Kranken- und Hauspflege sowie die stationäre Pflege als Ganzes zu organisieren und mit diesem Angebot die Kommunen, die zur Fürsorge verpflichtet waren, von eigenen Anstrengungen zu entlasten.

Das Mutterhaus bildete den Mittelpunkt des genossenschaftlichen Lebens in einer Kongregation. Von hier aus wurden alle Initiativen der Gemeinschaft gesteuert, hier begann die Ausbildung des Nachwuchses, hier fand die religiöse und profane Fortbildung statt, und Schwestern, die alt geworden und nicht mehr arbeitsfähig waren, verbrachten im Mutterhaus ihren Lebensabend.[52] In der Tat war das „Mutterhaussystem" – folgt man Claudia Bischoff – auch eine Einrichtung, um die Nichtbezahlung von Frauenarbeit zu kaschieren: „Die Auffassung der Krankenpflege als unbezahlte Liebestätigkeit, als Nicht-Beruf war der Hintergrund der Unversorgtheit der Schwestern und machte ihre Versorgung durch das Mutterhaus notwendig."[53] Bischoff beschreibt damit zwar die Auswirkungen der gemeinschaftlichen Lebens- und Arbeitsweise korrekt. Sie vernachlässigt aber den historischen Kontext des 19. Jahrhunderts. Erstens war der Prozess der Etablierung von Erwerbsberufen für Frauen mit geregelter Ausbildung und Existenz sichernder Bezahlung generell noch kaum in Gang gekommen. Zweitens bot für eine nicht unbedeutende Zahl von Frauen die Zugehörigkeit zu einem Mutterhaus einen interessanten Zugang zur Pflegearbeit. Zumindest war für viele Frauen eine Beschäftigung in der konfessionell nicht gebundenen Krankenpflege mit weniger rigider Organisation und ausgesprochen schlechter Entlohnung auch noch im frühen

51 Vgl. Claudia Huerkamp, Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert, Göttingen 1985, u. Hans-Ulrich Wehler, Deutsche Gesellschaftsgeschichte, Bd. 3, München 1995, 736–742.

52 Zur Struktur der Kongregationen vgl. Meiwes, Arbeiterinnen, wie Anm. 6, 54–67.

53 Bischoff, Frauen, wie Anm. 47, 126.

20. Jahrhundert keine attraktive Alternative.[54] Das Mutterhaus bot ihnen lebenslang Existenzsicherung und dieses zu einer Zeit, als es bis ins letzte Viertel des 19. Jahrhunderts für Frauen kaum Möglichkeiten gab, mit ihrer Arbeit den eigenen Lebensunterhalt auf Dauer zu sichern. Allerdings mussten Schwestern bereit sein, für diese Leistungen des Mutterhauses erhebliche Einschränkungen in Kauf zu nehmen.

Kongregationsleitung, Krankenhausverwaltung und Ärzte nahmen selten Rücksicht auf die Bedürfnisse der Pflegerinnen. Die Schwestern litten bei langen Arbeitszeiten und zahlreichen Nachtwachen oft unter Schlafmangel. Auch die asketische Lebensweise mit strengen Fasten- und Abstinenzvorschriften, die beschränkten Wohnverhältnisse, die unangemessene Arbeitskleidung und die körperlich schwere Arbeit beeinträchtigten deren Gesundheit.[55] Zudem waren Krankenschwestern stets der Gefahr ausgesetzt, sich bei den Kranken zu infizieren. Der Berliner Arzt Georg Cornet belegt in seiner 1890 veröffentlichten Studie, dass die Tuberkulose in den zurückliegenden 25 Jahren die mit Abstand häufigste Todesursache der katholischen Schwestern war.[56] Cornet widerlegte die verbreitete Ansicht, die starke Anfälligkeit der Schwestern für Infektionskrankheiten resultiere aus der klösterlichen Lebensweise. Richtig sei vielmehr, dass die Schwestern lediglich in Bezug auf Infektionskrankheiten eine höhere Sterblichkeit aufwiesen, während ihre Todesrate bei anderen Erkrankungen geringer sei als bei der übrigen Bevölkerung. Die Ursache für letzteres sah Cornet im „Fehlen zahlreicher socialer und moralischer Missstände“ in den Krankenpflegegemeinschaften.[57]

Katholische Krankenpflege als Referenzmodell

Ihre hierarchische Organisationsstruktur ermöglichte den katholischen Kongregationen enorme Aktivitäten und Effizienz. Dieses System bewährte sich für die Krankenpflege so überzeugend, dass es als vorbildlich galt.[58] Ungeachtet der durchaus bekannten

54 Noch 1907 stellte sie nur knapp ein Drittel des Krankenpflegepersonals; vgl. Bischoff, Frauen, wie Anm. 47, 103.

55 Vgl. u. a. Therese Sanders, Eine sozialökonomische Untersuchung über die Genossenschaft der Barmherzigen Schwestern (Clemensschwestern), Münster (Univ. Diss.) 1922, 61–66; Werner Frese u. Albinata Peters, Die Kongregation der Krankenschwestern nach der Dritten Regel des Hl. Franziskus, 2 Hefte, Münster 1985, 109.

56 Die geringere Sterblichkeit der Diakonissen führte Cornet auf den Umstand zurück, dass diese der Gemeinschaft häufig nicht ein Leben lang angehörten, also eine spätere Erkrankung nicht erfasst würde. Viele erkrankte Diakonissen verließen darüber hinaus das Mutterhaus, ihre Lebenswege ließen sich also nicht bis zum Ende weiterverfolgen; vgl. Georg Cornet, Ueber Tuberculose. Die Verbreitung der Tubercelbacillen ausserhalb des Körpers. Die Sterblichkeitsverhältnisse der Krankenpflegeorden, Leipzig 1890, 175, 164, 192.

57 Cornet, Tuberculose, wie Anm. 56, 180f, 190f.

58 Vgl. Philippi, Vorstufen, wie Anm. 11, 100–116.

Schattenseiten diente die von den katholischen Frauenkongregationen entwickelte Krankenpflege als Vorbild für säkulare Formen der Pflege.[59] Die im Kaiserreich öffentlich geführte Diskussion über die bessere Organisation der Krankenpflege belegt einerseits die starke Überzeugungskraft der religiösen Krankenpflegeorganisationen und insbesondere die der großen Frauenkongregationen. Sie zeigt andererseits die Schwierigkeit, eine nicht-religiöse Krankenpflege aufzubauen, die mit den Kongregationen nach Leistung und Attraktivität für die darin tätigen Frauen mithalten konnte. Gordon Uhlmann hat für Hamburg den Strukturwandel in der Zusammensetzung des Pflegepersonals im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts untersucht.[60] Er kommt zu dem Schluss, dass die Lohnwärter und Lohnwärterinnen aufgrund ihrer proletarischen Herkunft bei den Kranken nicht die notwendige Autorität genossen und wegen ihrer mangelhaften Bildung die Umsetzung neuer medizinischer Methoden in der Praxis der Krankenpflege behinderten. Dieses Personal wurde daher nicht von ungefähr durch Krankenschwestern ersetzt, die seit 1895 eine Krankenpflegeschule besucht hatten und die dem von einer Oberin geführten, nicht religiösen Hamburgischen Schwesternverein angehörten. Die Schwestern stammten aus „gebildeten Ständen".[61] Uhlmann vergleicht die Arbeitsverhältnisse beider Gruppen. Er stellt fest, dass die für die Wärterinnen und Wärter charakteristischen rigiden Arbeitsbedingungen und die miserable Bezahlung bei den Krankenschwestern nur geringfügig verbessert wurden. Bei den Schwestern sei jedoch die Diskrepanz zwischen der Realität der Arbeit in der Krankenpflege und den Ansprüchen durch die Pflegegemeinschaften vor allem durch das an Aufopferung orientierte Pflegebild besser kaschiert worden.[62]

Vergleicht man die von Uhlmann ermittelten Ergebnisse zur Arbeits- und Lebensweise der Krankenschwestern um die Jahrhundertwende mit denen der in Kongregationen lebenden Krankenschwestern, so zeigen sich überraschende Parallelen. In beiden Fällen arbeiteten die Schwestern nicht nur gemeinsam, sondern lebten auch zusammen. Im *Eppendorfer Krankenhaus* schliefen die Schwestern zwar nicht mehr – wie noch das Wartepersonal – im Krankensaal, sondern in einem kleinen Wohn- und Schlafraum daneben. Ihr Arbeitstag begann um 5.30 Uhr und endete um 21.00 Uhr, Mittag gegessen wurde gemeinsam. Innerhalb einer Sieben-Tage-Woche gab es einen halben freien Tag, und jährlich konnten die Schwestern einen Urlaub in einem Haus des

59 Vgl. Bischoff, Frauen, wie Anm. 47, 125.

60 Vgl. Gordon Uhlmann, Leben und Arbeiten im Krankenhaus. Die Entwicklung der Arbeitsverhältnisse des Pflegepersonals im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: Labisch/Spree, Kranken, wie Anm. 15, 399–419.

61 Vgl. Uhlmann, Leben, wie Anm. 60, 401f.

62 Z. B. wurde das Pflegepersonal nicht in die Sozialversicherung einbezogen; vgl. Uhlmann, Leben, wie Anm. 60, 406, 401, 413.

Schwesternvereins verbringen.[63] Auffällig ist an dieser Organisation der Krankenpflege in einem der führenden Krankenhäuser des Deutschen Reiches die Anlehnung an die Arbeits- und Lebenssituation in Kongregationen. Während ihrer Arbeitstage hatten die Frauen in den Kongregationen häufigere Ruhepausen, wenn man die Zeit der Ausübung der religiösen Praxis zumindest als ‚Nichtarbeitszeit' wertet.[64] Auch der häufig erhobene Vorwurf gegen die religiösen Genossenschaften, sie hätten ihre Mitglieder entmündigt und aller Freiheit beraubt, relativiert sich angesichts der Lebensbedingungen der Hamburger Krankenschwestern. Auch bei den weltlichen Krankenpflegerinnen gehörten Entsagung, Aufopferung und Verzicht zu den zentralen Wertorientierungen ihrer Tätigkeit. Die Kontrolle der Lebensführung war für sie ebenso selbstverständlich wie der Verzicht auf Familiengründung und Sexualität.[65]

Selbst Vertreterinnen der Frauenbewegung orientierten sich am Modell der Kongregationen. Die Arbeit der Schwestern als solche wurde selten kritisiert, wohl aber die Motivation und ganz besonders die Organisation der Genossenschaften. Auf der Suche nach adäquaten Erwerbsmöglichkeiten für bürgerliche Frauen kam es Ende der 1860er Jahren erstmals zu Forderungen nach Etablierung des Berufs der Krankenpflegerin ohne religiöse Einbindungen. Diese Diskussionen wurde begleitet von Forderungen der Ärzte nach qualifiziertem Pflegepersonal, welches den gestiegenen Ansprüchen der Krankenhausmedizin eher gerecht werden konnte als das herkömmliche Wartepersonal. Beide Forderungen zielten auf Krankenpflegerinnen aus den „besseren Ständen".[66]

Louise Otto (1819–1895), eine der führenden Vertreterinnen der Frauenbewegung im 19. Jahrhundert und langjährige Vorsitzende des *Allgemeinen deutschen Frauenvereins*, entwickelte 1870 ein Modell der Krankenpflege. Sie orientierte sich an der Struktur der Kongregationen und der Diakonissenhäuser, verzichtete allerdings auf die religiöse Einbettung. Sie ging ebenfalls nicht von einer individuellen Verberuflichung, sondern von einer kollektiven Organisation der Krankenpflege aus. Trotz ihrer Kritik an der religiösen Krankenpflege und insbesondere am Diakonissenwesen, das ihrer Meinung nach religiöse und materielle Prinzipien unzulässig vermischte, räumte sie den materiellen Faktoren keineswegs Priorität ein. Beim Abwägen zwischen dem System von Krankenwärterinnen und Krankenwärtern und den religiösen Genossenschaften schlug sich Louise Otto nicht entschieden auf eine Seite. Sie integrierte in ihre eher diffuse Konzeption vielmehr Elemente aus beiden Formen der Krankenpflege.[67]

63 Vgl. Uhlmann, Leben, wie Anm. 60, 403f. Ähnliche Zustände beschrieb Marie Cauer – eine der Protagonistinnen einer nicht religiös gebundenen Krankenpflege – noch für die Jahrhundertwende; vgl. Marie Cauer, Weibliche Krankenpflege – auch ein bürgerlicher Beruf. Gesammelte Aufsätze, Leipzig 1906, 22.

64 Vgl. Meiwes, Arbeiterinnen, wie Anm. 6, 139–143.

65 Vgl. Uhlmann, Leben, Anm. 60, 407f.

66 Luise Büchner, Die Frauen und ihr Beruf, Leipzig 1872, 239.

67 Vgl. Louise Otto, Der Genius der Menschheit. Frauenwirken im Dienste der Humanität, Pest/Wien/Leipzig 1870, 92ff.

Die Frauenrechtlerin und Schriftstellerin Luise Büchner (1821–1877) unterstrich 1872 die enge Verbindung zwischen den Interessen von Frauen und Ärzten. Da sich mit dem Fortschritt der Medizin „die Nothwendigkeit herausstellte, die Kunst des Arztes durch eine vernünftige und zweckmäßige Pflege zu unterstützen," musste der Arzt sich „nach einer Hülfe umsehen, die dies zu leisten vermochte, die mehr bieten konnte als die gewöhnliche Wärterin." Wie schon im Mittelalter, hätten auch im 19. Jahrhundert die Mitglieder religiöser Genossenschaften diese Arbeit übernommen. Es sei völlig verkehrt, die „Krankenpflege als etwas Untergeordnetes" zu betrachten und davon auszugehen, dass „nur religiöse Schwärmerei es den Höhergebildeten möglich mache, ohne sichtbaren Entgelt, sich diesem Berufe voll Aufopferung und Entsagung zu widmen."[68] Es sei stattdessen zu wünschen, dass Frauen die Krankenpflege als „Erwerbszweig, als dauernden Lebensberuf" ergreifen könnten und dafür eine „möglichst gründliche, wissenschaftliche Ausbildung" erhielten.[69]

Auch die Ärzteschaft suchte bürgerliche Frauen für den Beruf der Krankenpflegerin zu gewinnen. Mit diesem Ziel hielt der Berliner Arzt und einflussreiche liberale Politiker Rudolf Virchow (1821–1902) auf der „Berliner Frauen-Vereins-Conferenz" von 1869 ein Referat über „Die berufsmäßige Ausbildung zur Krankenpflege auch außerhalb der bestehenden kirchlichen Organisationen." Als Koreferentin antwortete ihm Luise Büchner.[70] Sie erläuterte Elemente der Virchowschen Vorstellungen anhand der Aktivitäten des *Alice-Vereins* zur Ausbildung weiblicher Krankenpflegerinnen in Darmstadt. Virchow appellierte an die Versammlung: „Organisiren wir ganz und gar außerhalb der kirchlichen Organisation, organisiren wir ganz innerhalb der bürgerlichen Gesellschaft als solcher nach rein menschlichen Aufgaben, ohne irgend einen weiteren Nebenzweck." Er räumte ein, dass hierfür die Vorbilder weitgehend noch fehlten.[71] Aber mit Sicherheit müssten zwei wesentliche Elemente kirchlicher Krankenpflege ersetzt werden, nämlich erstens die aus der religiösen Grundhaltung gespeiste Handlungsmotivation der Krankenpflegerinnen und zweitens die Gewährleistung kontinuierlicher Arbeit völlig ohne oder mit nur geringer Entlohnung. Virchow glaubte, ein hohes Maß an „Sittlichkeit" könne unschwer an die Stelle der Religion gesetzt werden. Für weitaus problematischer erachtete er die Frage der Bezahlung:

> Ja, meine geehrten Damen, meiner Meinung nach ist allerdings darauf hinzuarbeiten, daß ein Stamm von Personen in dieser Arbeit herangezogen wird, wie er jetzt noch nicht existirt, ein Stamm von Personen, welcher, nicht gerade ohne

68 Büchner, Frauen, wie Anm. 66, 235f.

69 Büchner, Frauen, wie Anm. 66, 237f.

70 Rudolf Virchow, Die berufsmäßige Ausbildung zur Krankenpflege auch außerhalb der bestehenden kirchlichen Organisationen, in: Die Berliner Frauen-Vereins-Conferenz am 5. und 6. November 1869. Stenographische Aufzeichnungen, Berlin 1869, 84–104.

71 Virchow, Ausbildung, wie Anm. 70, 85.

> Lohn – denn das würde ja eine sonderbare Zumuthung sein – aber ohne entsprechenden Lohn, hauptsächlich mit der Aussicht auf innere Befriedigung, mit der Aufgabe, ihrer Kraft und Thätigkeit ein dankbares Feld zu schaffen, in diese Arbeit eintritt. Es handelt sich darum, in andere Kreise der Gesellschaft zu gelangen als bisher, und von daher Material zu beziehen.[72]

Für diese Ideen müsse in den „sogenannten besseren Kreise(n)" nach geeigneten Personen gesucht werden. Seine Vorschläge fasste Virchow zu einer Resolution zusammen, die von der Versammlung widerspruchslos verabschiedet wurde.[73] Teilnehmerinnen wie Emilie Wüstenfeld, Marie Calm, Auguste Schmidt oder Henriette Goldschmidt, die zu den prominenten Mitgliedern der Frauenbewegung zählten, stimmten demnach Vorschlägen zu, die eine unbezahlte Arbeit von Frauen aus bürgerlichen Kreisen zur Konsequenz hatten.[74] Mit der Etablierung einer nicht konfessionell gebundenen Krankenpflege ging es nur schleppend voran. Erst um 1900 kam es zu entschiedeneren Schritten in Richtung einer Säkularisierung dieses Berufs.[75]

Einen weiteren Versuch, die Krankenpflege als attraktive Erwerbstätigkeit für bürgerliche Frauen zu etablieren, unternahm die Lehrerin und Krankenpflegerin Marie Cauer (1861–1950).[76] Sie veröffentlichte 1906 eine Sammlung ihrer Aufsätzen zur Krankenpflege.[77] Cauer betonte, dass die „neu entstehende Form der Krankenpflege neben der durch kirchliche Gemeinschaften, (nicht etwa STATT ihrer) nötig" sei.[78] Sie plädierte für eine Arbeitsteilung zwischen kirchlicher und freier Krankenpflege. Die unentgeltliche „Gemeindepflege und Armenpflege, sowie die Pflege in Wohltätigkeitsanstalten" sollte den religiösen Genossenschaften vorbehalten bleiben. „Privatpatienten und Privatkliniken, vor allem öffentliche Anstalten, städtische oder Kreis-Hospitäler und Universitätskliniken, können die Pflegearbeit, derer sie bedürfen, genau so gut bezahlen wie ihren übrigen Bedarf."[79] Auch Cauer hielt es für wünschenswert, Frauen

72 Virchow, Ausbildung, wie Anm. 70, 86.

73 Vgl. Virchow, Ausbildung, wie Anm. 70, 92, 103. Es regte sich auf der Versammlung keinerlei – protokollarisch festgehaltene – Kritik an den Virchowschen Überlegungen. Die Mehrheit stimmte diesen wohl zu.

74 Vgl. die Liste der Teilnehmerinnen, in: Die Berliner Frauen-Vereins-Conferenz am 5. und 6. November 1869. Stenographische Aufzeichnungen, Berlin 1869, 4f.

75 Vgl. dazu die Zahlen im Detail Meiwes, Arbeiterinnen, wie Anm. 6, 177f.

76 Marie Cauer war die Stieftochter der Frauenrechtlerin Minna Cauer aus deren zweiter Ehe mit Eduard Cauer. Knappe biographische Hinweise finden sich bei Eva-Cornelia Hummel, Probleme der Berufsfindung. „Krankenpflege" am Ende des 19. Jahrhunderts und am Anfang des 20. Jahrhunderts, Freiburg (Univ. Diss.) 1986, 185.

77 Vgl. Marie Cauer, Weibliche Krankenpflege – auch ein bürgerlicher Beruf. Gesammelte Aufsätze, Leipzig 1906. Die Autorin arbeitete zu diesem Zeitpunkt als Oberin des Kaiser-Friedrich-Krankenhauses in San Remo.

78 Cauer, Krankenpflege, wie Anm. 77, IV.

79 Cauer, Krankenpflege, wie Anm. 77, 11.

für die bezahlte Pflege aus so genannten guten Häusern zu rekrutieren. Doch sei die Krankenpflege für diese Schichten kaum attraktiv, solange es an Entschädigung und Ausgleich für die harte Arbeit fehle.[80] Zwingend erforderlich sei eine Begrenzung der Arbeitszeiten, eine effektivere Organisation der Krankenpflege in den Krankenhäusern und die Einführung einer regulären staatlichen Ausbildung. Cauers Forderungen erhielten auf der Generalversammlung des *Bundes Deutscher Frauenvereine* 1902 breite Zustimmung.[81] 1903 wurde auf Initiative von Cauer und weiterer engagierter Krankenschwestern die *Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands* (B.O.K.D.) gegründet und die Frauenrechtlerin und ausgebildete Krankenschwester Agnes Karll (1868–1927) zur Vorsitzenden gewählt.[82]

Parallel zu diesen Initiativen beschäftigten sich auch staatliche Behörden mit der Institutionalisierung der Krankenpflegeausbildung. Beamte des preußischen Kulturministeriums orientierten sich bei ihren Plänen zur säkularisierten Organisation des Pflegepersonals ebenfalls einzig am Genossenschaftsprinzip. 1906 wurde in Preußen die fakultative Prüfung aller Krankenpflegerinnen eingeführt.[83] Christoph Schweikardt hat gezeigt, dass die nicht-konfessionelle Krankenpflege und die evangelische Diakonie kaum Einfluss auf die Gesetzgebung hatten. Das katholische Episkopat setzte seine Interessen weitgehend durch. Die Oberinnen der Kongregationen behielten zu allen Fragen des religiösen Lebens ihre Unabhängigkeit und den Ärzten wurden die Eingriffe in deren Autonomie untersagt.[84] Eine einheitliche Regelung der Krankenpflegeausbildung konnte erst in der Weimarer Republik durchgesetzt werden.

Fazit

Für die Entwicklung der Krankenpflege von der Mitte bis zum Ende des 19. Jahrhunderts ist die herausragende Bedeutung der Kongregationen offensichtlich. Mit Hilfe der Frauenkongregationen wurde die stationäre Pflege kranker Menschen als moderne

80 Cauer, Krankenpflege, wie Anm. 77, 22–25.

81 Vgl. Hummel, Probleme, wie Anm. 76, 87ff.

82 Außerdem gehörten Helene Meyer, Elisabeth Strop und Marie Cauer dem Vorstand an; vgl. Eva Hummel, Zur Prägung der sozialen Rolle, in: Alfons Labisch u. Reinhard Spree Hg., Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts, Bonn 1989, 141–156, 153. Zur Biographie der einflussreichen Pflegereformerin und späteren Präsidentin des *Weltbundes der Krankenpflegerinnen* Agnes Karll vgl. Anna Sticker, Agnes Karll. Die Reformerin der deutschen Krankenpflege, Wuppertal 1977.

83 Vgl. Brigitte Kerchner, Beruf und Geschlecht. Frauenberufsverbände in Deutschland. 1848–1908, Göttingen 1992, 177.

84 Vgl. Christoph Schweikardt, Das preußische Krankenpflegeexamen von 1907. Ergebnis politischer Entscheidungen und mehrfacher Kompromisse auf Kosten der jeweils nicht Beteiligten, in: Braunschweig, Pflege, wie Anm. 2, 51f.

Form der Krankenpflege etabliert und die krankenpflegerische Tätigkeit der Kongregationen behauptete sich auch nach der Jahrhundertwende als dominantes Referenzmodell selbst für säkulare Pflegekonzepte. Die kollektive und hierarchische Organisation der Kongregationen und hier insbesondere das Mutterhausprinzip waren maßgebliche Faktoren für die Etablierung und Rentabilität der stationären Krankenpflege. Alle späteren Versuche, eine nicht religiöse Krankenpflege aufzubauen, orientierten sich an den von den katholischen Kongregationen entwickelten Formen der Krankenpflege, obwohl bekannt war, dass sich deren Spezifika, nämlich hohe Motivation bei niedriger materieller Gratifikation, gemeinschaftliche Lebensform als Effizienzgarant und religiöse Sinnstiftung als Kompensation für die harte Arbeit, in eine weltliche Berufskonzeption kaum integrieren ließen.

Richtet man im langen historischen Vergleich den Blick auf die heutige Situation der Pflege, dann zeigt sich überdeutlich, dass die nur allmählich durchgesetzte bessere Bezahlung der Pflegekräfte als Ursache für die Kostensteigerung im Gesundheitswesen von nachgeordneter Bedeutung sein dürfte. Folgenreicher ist die Beobachtung, dass die zur Kostensenkung heute als notwendig erachtete und durch den medizinischen Fortschritt ermöglichte Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus als Parallelentwicklung ein Mehr an Pflege für die aus dem Krankenhaus entlassenen Menschen erfordert und dementsprechend ambulante Pflege ein größeres Gewicht erhält. Dieses aber verlangt, dem Umstand Rechnung zu tragen, dass im 21. Jahrhundert ohne die Bereitschaft der Pflegenden zu Aufopferung, Demut und Verzicht auszukommen ist, die für die Pflegerinnen in der religiös motivierten Krankenpflege beider Konfessionen jahrzehntelang ein integraler Bestandteil ihrer Berufsarbeit war.

Die inzwischen durchgesetzte Umwandlung der Kranken- und Altenpflege in berufliche Erwerbsarbeit mit klaren tarifvertraglichen Regelungen und einer im Minutentakt exakt fixierten Arbeitsbeschreibung hat zur Folge, dass die Pflegekräfte heute kaum noch Zeit für Mitgefühl, Zuwendung und Gespräche finden. Empathie, Sorge und Teilhabe am Leiden kranker Menschen werden zwar als unverzichtbare Qualitäten anerkannt – doch in die Gebührenordnung sind sie bislang nicht entsprechend eingegangen. Sie bleiben bei der exakten Vermessung und Kalkulation von Arbeitszeiten und Arbeitskosten weitgehend unberücksichtigt. Von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen werden sie jedoch nachgefragt. Ungeachtet der Tatsache, dass es auch in modernen konfessionellen Krankenhäusern und Altenheimen kaum noch Schwestern oder Diakonissen gibt, erhoffen sich viele Menschen gerade von diesen Institutionen religiöse Werthaltungen und erachten dies als wichtiges Auswahlkriterium bei der Suche nach einem Platz für kranke, ältere oder pflegebedürftige Angehörige.