

Imagination „Schwester“

Zur Entwicklung des Berufsbildes der Krankenschwester in Österreich seit dem 19. Jahrhundert

Birgit Bolognese-Leuchtenmüller

Auf den ersten Blick scheint der Sachverhalt recht einfach: Einer heute im offiziellen Gebrauch vereinheitlichten Berufsbenennung *diplomierte Krankenpflegerin/diplomierter Krankenpfleger* steht die alltägliche Praxis gegenüber, Frauen im Pflegedienst – absolut unbeeindruckt von allen verordneten Sprachregelungen – nach wie vor völlig selbstverständlich mit „Schwester“ anzusprechen. Und das nicht einmal nur im unmittelbaren Berufsumfeld, also seitens der Patient/inn/en und der Ärzteschaft, sondern auch im außerberuflichen Bereich, wenn der persönliche Bekanntschaftsgrad nicht für eine nähere Anrede ausreicht, aber bekannt ist, daß die betreffenden Frauen in der Krankenpflege tätig sind. Diese Tatsache nur mit dem Verweis auf eine eben lang bestehende Tradition, mit einem gewohnten und vertrauten Umgangsstil erklären zu wollen, hieße jedenfalls, sich von vornherein den Blick auf vermutlich viel weiterreichendere und schlüssigere Gründe zu verstellen. Was nämlich bei näherer Überlegung sofort auffallen muß, ist der tatsächlich beachtenswerte Umstand, daß durch die konsequente Beibehaltung der Bezeichnung „Krankenschwester“ die Krankenpflege das mittlerweile einzige Berufsfeld darstellt, in dem eine eindeutig frauenspezifische und eine eindeutig männerspezifische Form der Anrede existiert. Der Begriff (*Kranken*)Schwester ist darüberhinaus der einzige in der Berufswelt gebräuchliche, dem a priori keine Unterscheidung zwischen weltlichem und geistlichem Stand zugrundeliegt.

Allein diese Besonderheiten legen die Vermutung nahe, daß die Bezeichnung „Schwester“ mit einem über die eigentlichen Berufsinhalte hinausgehenden Bild, mit weiterreichenden Qualitätsvorstellungen konnotiert wird. Eine Bestätigung dieser Annahme ist im Grunde schon darin zu sehen, daß weder im öffentlichen Bewußtsein noch auf Seiten der im Pflegedienst stehenden Frauen offenkundig irgendein Bedürfnis erkennbar ist, die fest verankerte Bezeichnung zugunsten einer einheitlichen Benennung aufzugeben. Ganz anders also, als etwa im durchaus vergleichbaren Bereich der sozialen Dienste; auch hier handelt es sich um Tätigkeitsfelder, die traditionell überwiegend von Frauen wahrgenommen werden. Als es in diesem Bereich aber darum ging, ein „moderne-

res“, für Frauen und Männer einheitliches Berufsbild zu entwerfen, wurde mit der neuen Benennung *Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter* die ehemalige Bezeichnung *Fürsorgerin* ohne weiteres aufgegeben. Wenn dies in der Krankenpflege nicht der Fall ist, dann ganz offensichtlich auch deshalb, weil die Anrede „Schwester“ in der Bevölkerung als eine Art Titel betrachtet wird, dessen Nichtverwendung Respektlosigkeit bedeuten würde. Umgekehrt verwenden diplomierte Krankenpflegerinnen – in diesem Fall viel eher mit ihrem beruflichen Selbstverständnis zusammenhängend – diese Bezeichnung wahrscheinlich auch höchstens zur Berufsangabe in offiziellen Dokumenten. Im täglichen Gebrauch werden sich wohl die allermeisten als Krankenschwestern deklarieren. Im Unterschied zu den Sozialarbeiterinnen hat hier die traditionelle Bezeichnung in der gesellschaftlichen Wahrnehmung ganz offensichtlich den höheren Imagewert, wie gleichzeitig auch die Konturen des Berufsbildes damit konkreter beschrieben scheinen.

Ungeachtet der Tatsache, daß heute in allen offiziellen Publikationen stets geschlechtsneutral vom Krankenpflegedienst bzw. vom Krankenpflegepersonal gesprochen wird – worin sicher auch zum Ausdruck gebracht werden soll, daß der Beruf Männern nicht nur ebenfalls offensteht, sondern ihre stärkere Teilnahme intendiert ist –, tritt die reale Situation auf Ebene der Daten eindeutig zutage: Mit Stand 1992 betrug der Frauenanteil am Krankenpflegefachdienst österreichweit 91%, im Stations- und Pflegehilfsdienst 79%.¹ Aber nicht nur die zahlenmäßige Dominanz von Frauen in diesem Berufsfeld bietet Anlaß dafür, sich mit dem Berufsbild von Krankenschwestern auseinanderzusetzen. Es ist davon auszugehen, daß sich von seiner historischen Entwicklung das Anforderungsprofil, die Erwartungsstandards an die Pflegeberufe ganz allgemein und unabhängig davon, ob sie heute von Frauen oder Männern ausgeübt werden, ableiten lassen. Allerdings auch mit allen Ambivalenzen, wie einerseits hohe gesellschaftliche Anerkennung (die noch näher zu erläutern sein wird) und erwiesenermaßen besonderer physischer und psychischer Belastungen. Eine solche Ambivalenz kommt auch darin zum Ausdruck, daß einer Untersuchung im Jahr 1993 zufolge² bei den Berufswünschen von Mädchen die Fürsorge- und Gesundheitsberufe (nach den Büro- und Verwaltungsberufen) das am zweitstärksten besetzte Berufsfeld darstellen und innerhalb dieser Berufe wiederum die Kranken- bzw. Säuglingskrankenschwester eindeutig an der Spitze liegt. Auf der Gegenseite steht die Tatsache, daß die durchschnittliche reale Gesamtverweildauer im Beruf nur bei etwa zehn Jahren liegt (in den Wiener Spitälern gar nur bei vier). Das muß insbesondere deshalb zu denken geben, weil es sich bei den Pflegeberufen um das am stärksten expandierende Arbeitsmarktsegment handelt, ganz im Gegensatz zur sonstigen Tendenz. Wenn sogar von einem „Jobwunder Pflegedienst“³ die Rede ist und hier für die nächsten Jahre zusätzlich rund 10.000 bis

1 Frauenbericht 1995. Bericht über die Situation der Frauen in Österreich, hg. v. Bundesministerium für Frauenangelegenheiten, Wien 1995, 517.

2 Berufswahlprozesse bei Mädchen, Schriftenreihe zur Frauenforschung 1, hg. v. Bundeskanzleramt, Abt. I/10, Wien 1993, 84.

3 „Jobwunder Pflegedienst“, ORF-Sendung „Schilling“ vom 27.2.1997.

20.000 neue Arbeitsplätze prognostiziert werden, wird das Dilemma zwischen Berufsvorstellung und tatsächlicher Berufssituation noch wesentlich deutlicher sichtbar.

Historische Reflexionen zu bestimmten Entwicklungen stehen bis zu einem gewissen Grad immer unter dem Verdacht, im Grunde nur einem Selbstzweck zu dienen. Auch im konkreten Falle der Entwicklung des Berufsbildes Krankenschwester wird dem Versuch einer Erklärung, wie sich die aktuelle Sicht etabliert hat, zunächst einmal eine vordergründig eher theoretische Bedeutung zukommen. Er soll allerdings dazu beitragen, bewußt zu machen, wie und unter welchen Bedingungen sich Erwartungshaltungen an diesen spezifischen Beruf konstituiert und verfestigt haben, wie zählebig sich bestimmte Vorstellungen in der Gegenwart fortsetzen, selbst wenn die realen Berufserfordernisse sich längst radikal verändert haben. Der historische Bezug läßt aber auch die Genese bzw. die Gründe gegenwärtiger struktureller Probleme – wie etwa das immer wieder thematisierte Verhältnis zwischen ärztlichem und pflegendem Personal – deutlicher zutage treten als rein momentbezogene Situationsanalysen.

In diesem Zusammenhang gibt es allerdings in Österreich ein spezifisches Problem: Die historische Forschung zum Thema Pflegeberufe ist erst in den letzten Jahren intensiver geworden, weist also zwangsläufig Rückstände im internationalen Vergleich auf. Dieser Umstand vermittelt allgemein den Eindruck vermeintlicher Geschichtslosigkeit⁴ des (Kranken-)Pflegeberufs, macht vielfache Kontinuitäten in den Vorstellungen, den strukturellen Besonderheiten und Problemen unsichtbar und befördert somit auch die Tendenz, sie ausschließlich als „moderne“ Phänomene sehen zu wollen. Insbesondere im Hinblick auf die Konstituierung des Fremdbildes bzw. Selbstbildes von Krankenschwestern soll an dieser Stelle versucht werden, die wichtigsten historischen Entwicklungsfaktoren zu skizzieren und anhand aktueller Untersuchungen⁵ zu diesem Thema nachzuprüfen, in welchem Maß historische Entwicklungsprozesse in der gegenwärtigen Situation (möglicherweise unter neuen Etiketten) noch immer wirksam sind.

Historische Übertragungsphänomene und Projektionen

Im Hinblick auf die Entwicklung des gesellschaftlichen Bildes der Krankenschwester sind an erster Stelle natürlich die kirchlich-klösterlichen Wurzeln⁶ des Berufes zu nennen. So allgemein bewußt dieser Umstand

4 Elisabeth Seidl u. Hilde Steppe Hg., Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich. Krankenschwestern erzählen über die Zeit von 1920–1950, Wien/München/Bern 1996, 19.

5 Akademie für höhere Fortbildung in der Krankenpflege Hg., Krankenpflegepersonal. Eine Analyse des Arbeitsfeldes auf der Krankenstation, Wien 1983; IFES Institut für empirische Sozialforschung Hg., Krankenpflegepersonal in Wiener Spitälern. Zusammenfassung einer empirischen Studie, Wien 1992; TRICONCONSULT Wirtschaftsanalytische Forschung Ges.m.b.H. Hg., „Image der Pflegeberufe“, Wiener Bevölkerung – Berichtband, Wien 1994.

auch ist, so erstaunlich wenig wird daraus geschlossen, in welcher Form und Hinsicht er bis heute unser Bild von der „Schwester“ geprägt haben könnte. Nun weist gerade Österreich eine besonders lange Tradition der geistlichen Krankenpflege auf, die „qualifizierte“ Pflege lag hier bis gegen Ende des vorigen Jahrhunderts praktisch nicht in den Händen weltlicher Personen.⁷

Auch die weltliche Organisationsform der Krankenpflege als Lohnberuf besitzt durchaus lange Tradition: Bereits vom Mittelalter an waren neben den Ordensangehörigen immer auch bezahlte Hilfskräfte in der Pflege tätig.⁸ Daß das Ansehen konkret der Wärterinnen und Wärter vor allem im 19. Jahrhundert dann als denkbar gering beschrieben, ihrer Arbeit wie ihrer Einstellung zu derselben jegliche Qualität abgesprochen wurde, stellt kein für Österreich spezifisches, sondern in vielen Ländern beobachtbares Phänomen dar.⁹ Es resultierte ganz eindeutig aus der schweren gesamteuropäischen Pflegekrise während der Periode zwischen etwa 1700 und 1850, die – regional unterschiedlich – in der Literatur übereinstimmend als das „dunkle Zeitalter der Krankenpflege“

6 Nach dem Edikt von Clermont (1130), das die Klöster auf ihre prioritär geistliche Funktion verwies, kam es zu einer Trennung von geistlichen und pflegenden Ordensgemeinschaften. Die sozial-karitativen Aktivitäten entwickelten sich zudem zu einer Domäne der neuentstehenden christlichen Laiengemeinschaften. Zu bedeutenden Trägern der Krankenpflege avancierten vor allem die Ritterorden (*Malteser, Johanniter, Deutscher Orden* etc.) und die sog. *Dritten Orden (Terziarier/innen)*, aber auch die Beginen als ordensähnliche Schwesterngemeinschaft. Die wichtigsten Gründungen stellten die Laienorden der *Barmherzigen Brüder* (1540) und jener der *Barmherzigen Schwestern* (1634) dar, der sich im Laufe der Zeit in eine Vielzahl von Gemeinschaften verzweigte. Zu den Barmherzigen Schwestern gehören neben den *Vinzentinerinnen* (als älteste Gemeinschaft, benannt nach dem Gründer Vincent de Paul) etwa die *Borromäerinnen*, die *Elisabethinnen* bzw. auch die unter dem Oberbegriff *Hospitalitinerinnen* vom 16. bis zum 19. Jahrhundert entstehenden Schwesterngemeinschaften. Eine Blütezeit stellte schließlich die Gründungswelle des 19. Jahrhunderts dar, die Vielzahl der regional und lokal wirkenden Pflegegemeinschaften ist jedoch kaum vollständig auflistbar.

Vgl. Johanna Lanczkowski, *Lexikon des Mönchtums und der Orden. Alles über Gründer, Klöster, Orden, Regeln und Alltag*, Wiesbaden 1997; Josef Weismayer Hg., *Mönchsväter und Ordensgründer. Männer und Frauen in der Nachfolge Jesu*, Würzburg 1991; Erwin Gatz, *Kirche und Krankenpflege im 19. Jahrhundert. Katholische Bewegung und karitativer Aufbruch in den preußischen Provinzen Rheinland und Westfalen, München/Paderborn/Wien 1971*.

7 Theodor Billroth, *Die weibliche Krankenpflege im Jahre 1870*, Sonderdruck, Wien 1870, o. S.: „In Frankreich, Italien und bei uns sind es bisher fast nur Frauen religiöser Genossenschaften, welche sich der Krankenpflege widmen.“ Vgl. Erika Weinzierl, *Emanzipation? Österreichische Frauen im 20. Jahrhundert*, Wien/München 1975, 78: „Die Krankenpflege war in Österreich bis 1881 Sache der geistlichen Orden.“

8 Liselotte Katscher, *Geschichte der Krankenpflege. Ein Leitfaden für den Schwesternunterricht*, Berlin o. J., 100.

9 Vgl. Karl-Heinz Karbe, *Geschichte der Krankenpflege und der Krankenpflegeberufe*. Ein Abriss, Potsdam 1982, 30–34; Fritz Lejeune, *Die Frau im Laufe der Zeiten als Heilerin und Helferin des Arztes*. Vortrag, gehalten im Rahmen des Fortbildungskurses der Wiener Akademie für ärztliche Fortbildung in Salzburg, Sonderdruck aus: *Die Ärztin*, Zeitschrift der deutschen Ärztinnen 1 (1943), 17–24; oder Katscher, *Krankenpflege*, wie Anm. 8, 57: „Das Bild, das vom Pflegepersonal entworfen wird, ist wenig ermutigend. Die Ärzte und Verwaltungen klagten über Unsittlichkeit, Trunksucht, Dieberei und vor allem immer wieder über grenzenlose Habsucht, nicht nur bei den Wärtern, sondern auch bei der Wärterinnen.“

apostrophiert wird.¹⁰ Ohne an dieser Stelle im einzelnen auf die vielfältigen Ursachen dieser Krise eingehen zu können, seien nur die wesentlichsten Auslösefaktoren für den in dieser Zeit entstandenen Problemdruck angesprochen: die chronische Überbelegung auch der neu entstehenden Großkrankenhäuser aufgrund der Beibehaltung der traditionellen Aufnahmepraxis, welche sich nicht allein an medizinischer Indikation orientierte, sondern auch an sozialer Bedürftigkeit, Alter, Siechtum, Elternlosigkeit wie im Falle der Findelkinder usw.; das zunehmende soziale Übergewicht von Patient/inn/en aus den ärmeren Bevölkerungsschichten, schließlich der drückende Mangel an Pflegepersonal, der sich auch darin zeigte, daß selbst die Pflegeorden aufgrund endogener wie exogener Entwicklungen während dieser Phase Mühe hatten, entsprechend qualifizierbare Mitglieder in ausreichender Zahl zu finden. Eduard Seidler bezeichnet es in diesem Zusammenhang als „nicht glücklichen Versuch“, diesem Mangel dann praktisch überall durch die Anstellung von „Lohnwärt(er)in(n)en“ zu begegnen.¹¹ Angesichts der beschriebenen Situation konnten diese einfach nicht viel mehr als eine Art „Aufseherdienst“ wahrnehmen.

Während sich aber in anderen europäischen Staaten – ausgehend von England – während der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Überzeugung durchsetzen konnte, daß ein Ausweg aus der Pflegemisere nur über die zielstrebige Professionalisierung der Tätigkeit zu finden sei, standen dieser Einsicht in Österreich noch bis ins 20. Jahrhundert nicht allein organisatorisch-finanzielle, sondern ganz offenkundig auch mentale Hemmnisse im Wege. Auch mit vermehrter Zunahme der großen, zentralen Spitäler liefen alle Bestrebungen vorerst darauf hinaus, über Verträge mit den Ordensgemeinschaften möglichst ausreichend geistliches Personal zu gewinnen.¹² Die Bevorzugung der geistlichen Krankenpflege¹³ und die gleichzeitig geringe Wertschätzung der – zu-

10 Anna Sticker, Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege. Deutsche Quellenstücke aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, Stuttgart 1960, 16ff; M. Adelaide Nutting u. Lavinia L. Dock, A History of Nursing, New York/London 1907, Bd. 1, 499ff; Eduard Seidler, Geschichte der Pflege des kranken Menschen, Stuttgart 1966, 121ff.

11 Seidler, Geschichte der Pflege, wie Anm. 10; 129.

12 Theodor Helm, Über das Personale zur Krankenpflege besonders in grossen Heilanstalten, Wien 1855, 16: „Wir wiederholen hiermit ... die obige Antwort, daß die Verwendung eines Ordens in einem ihm zunächst nicht gehörenden Spital als höchst zweckmäßige, wünschenswerthe und den Erfolg versprechende Massregel weicht und sich ihrer Stellung adäquat als Theil des Ganzen gerirt ...“ Vgl. Eduard Meder, Vortrag gehalten am 24. November 1929 anlässlich der Feier des 25 jährigen Bestehens der Schwesternschaft des Allgemeinen Krankenhauses, Wien 1929, 4: „Eine Besserung der Krankenpflege ... brachte ... in den anderen Fondsanstalten früher, im Allgemeinen Krankenhaus im Jahre 1899 die Einführung der geistlichen Schwestern, die nunmehr 30 Jahre in unserer Anstalt äußerst verdienstvoll wirken.“

13 Objektiv begründbar war die geistliche Krankenpflege sicher mit der vor allem bei den Barmherzigen Schwestern von Beginn an gegebenen fachlichen Kompetenz. Seit der Gründung des Ordens mußten sie über Allgemeinbildung (Schreiben, Lesen, Rechnen) verfügen, wurden in der praktischen Pflege Tätigkeit ausgebildet, lernten die wichtigsten Heilmittel kennen und durften zur Ader lassen und schröpfen. Vgl. Seidler, Geschichte der Pflege, wie Anm. 10, 115; Raimund Pousset, Berufsbild Krankenpfleger, in: Psychosoziale Probleme im Krankenhaus, München/Berlin/Wien 1976, 95f; L. Schönbauer, Zur Geschichte der Krankenpflege, in: Die Krankenschwester. Organ der Vereinigung der Diplomierten Krankenschwestern und Krankenpfleger Öster-

meist weiblichen – *Wärter/innen*¹⁴ stellt in Österreich gewissermaßen den roten Faden der zeitgenössischen fachlichen Meinungsäußerung bis zum Ersten Weltkrieg dar, beginnend mit der von Joseph II. anlässlich der Gründung des Wiener Allgemeinen Krankenhauses (AKH) genehmigten Krankenpflegeordnung, in der es u. a. heißt: „Der Dienst bei den Kranken ist so schwer, daß sich begreiflicherweise nur wenig ehrbare Frauen dazu bereit finden.“ Und weiter: „Da sich diesem Dienst Leute aus den niedersten Klassen, meist gefühllose Menschen, widmen, entstehen Schwierigkeiten, die mit der größten Behutsamkeit kaum zu vermeiden sind ...“¹⁵ Joseph II. scheiterte bekanntlich mit dem Versuch, Vinzentinerinnen für die Pflege im Wiener Allgemeinen Krankenhaus zu gewinnen.

Eine Hauptsache für die unbestreitbare Rückständigkeit des (weltlichen) Pflegewesens in Österreich vor dem Ersten Weltkrieg ist jedenfalls in der Tatsache zu erkennen, daß praktisch kaum Versuche unternommen wurden, um die Ausbildung bzw. vor allem auch die soziale Situation der Wärterinnen zu verbessern. Sie wurden weit unter dem notwendigen Existenzminimum entlohnt, mußten neben der Tätigkeit am Krankenbett noch alle groben Hausarbeiten verrichten und waren unzumutbaren Arbeitszeitregelungen unterworfen. Während des Dienstes waren sie etwa am Allgemeinen Krankenhaus genötigt, sich in speziell errichteten „Verschlägen“ innerhalb der Krankensäle aufzuhalten bzw. dort auch zu schlafen. Es kann gar nicht verwundern, daß sie gezwungen waren, jede mögliche Einnahmequelle zu nützen; die vielkritisierte Trinkgeldbeschaffung (oft auch als Nötigung beschrieben) wurde dann wiederum umgehend nicht als Folge ihrer Notlage, sondern als Charaktermangel interpretiert.¹⁶ Daß die Situation der Wärterinnen in Österreich

reichs, 2, 3 (1949), 35 u. 2, 4 (1949), 50; Franz Hlawati, Die Barmherzigen Schwestern von Wien-Gumpendorf 1832–1932, Wien 1932. Wenn es einmal kritische Anmerkungen zum Einsatz von geistlichem Personal gab, dann bezogen sich diese bezeichnenderweise auf dessen unabhängige Stellung gegenüber den Orden und Kongregationen. Vgl. Billroth, Weibliche Krankenpflege, wie Anm. 7, 3, und andererseits Eliseus M. Gabelseder, Der Spital-Krankendienst im Sinne des geistlichen Lebens. Ein Leitfadens zur richtigen Auffassung der Krankenpflege zum Gebrauche der Salvatorianerinnen, Wien 1915, der den Vorrang der klösterlichen Pflichten mehrfach ausdrücklich betont.

14 Vgl. Arnold Baumgarten, Die Ausbildung in der Krankenpflege einst und jetzt, in: Österreichische Blätter für Krankenpflege und Fürsorge, 6, 9/10 (1930), 85–102, hier 88: „Die Pflegerin alten Stils wurde mit Recht *Wärterin* genannt. Sie hatte den Kranken zu warten, d. h. sie hatte auf ihn zu achten, hatte ihn zu betten, ihm die Nahrung und die Arzneien zu reichen und die wenigen pflegerischen Handgriffe und Reicherungen zu verrichten.“

15 Zit. nach: Marie-Therese Strobl u. Annerose Nettig, Geschichte der Krankenpflege. Kurzer Abriss, Wien 1975, 30 und Bernhard Grois, Der Krankenpflegeberuf in Vergangenheit und Gegenwart, in: Soziale Berufe. Krankenpflege und verwandte Berufe. Fürsorgerinnen und Kindergärtnerinnen, 19/20 (1967/68), 130.

16 Lucie Loch, Die Krankenpflegerin. Der Aufstieg der Krankenpflegerinnen, in: Handbuch der Frauenarbeit in Österreich, Wien 1930, 295. Vgl. Friederike Zehetner, Geschichte der Krankenpflege in Österreich, in: Die Krankenschwester. Organ der Vereinigung der Diplomierten Krankenschwestern und Krankenpfleger Österreichs, 6, 5 (1953), 72: „Wenn ... uns die Verhältnisse im Allgemeinen Krankenhaus geschildert werden, so genügt wohl für die anderen Wiener und österreichischen Spitäler der Hinweis, daß die Verhältnisse nirgends günstiger waren, wo weltliches Wartepersonal in Verwendung stand.“

vergleichsweise lange Zeit hindurch besonders schlimm gewesen sein muß, bestätigen auch ausländische Darstellungen, denen zufolge es in kaum einem anderen Land ein unterdrückteres und schlechter gehaltenes Pflegepersonal gegeben hätte.¹⁷

Unter den geschilderten Bedingungen war an die Gewinnung bürgerlicher Frauen für den Pflegedienst kaum zu denken: zu einer Änderung kam es hier erst in der Zwischenkriegszeit:

Im Vordergrund des weltlichen Krankendienstes steht bei uns noch lange nicht die nichtkirchliche Schwester, sondern die Wärterin. Sie nimmt von allen Frauenberufen sozial leider die niederste Stellung ein ... Ist es zu verwundern, daß die geringe Achtung vor vielen Personen dieses Standes unwillkürlich auf den Beruf selbst übertragen wird?¹⁸

Die Einstellung gegenüber der „weltlichen“ Pflege kommt wohl am deutlichsten im Vorschlag eines Direktors des Allgemeinen Krankenhauses zum Ausdruck, der allen Ernstes die „Erziehung“ von Findelkindern zu späteren Wärter(inn)en propagierte.¹⁹

Diese polarisierte Wahrnehmung der Spitalskrankenpflege beeinflusste die Konstituierung des modernen, professionellen Pflegewesens in Österreich nachhaltig: Sie konnte sich zumindest dem Prinzip, der organisatorischen Grundkonzeption nach, nur am Vorbild der geistlichen Krankenpflege orientieren, deren Qualität unbestritten war. Wenn also bei der Errichtung des „Wiener Rudolfinerhauses“ mit der ersten Krankenpflegeschule Österreichs (1882) das sogenannte *Mutterhaus*-System Pate stand, so ist darin die zwar vielfach modifizierte, vor allem säkularisierte, der Grundstruktur nach aber immer noch erhaltene Organisationsform der *Barmherzigen Schwestern* zu erkennen. Die assoziative Nähe zu den Ordensgemeinschaften war darüber hinaus sogar ausdrücklich intendiert,²⁰ da nur auf diesem Wege eine positive öffentli-

17 Vgl. Nutting/Dock, *History of Nursing*, wie Anm. 10, 515: „In Austria the same inhuman conditions existed and still exist today. In no country is a more human crushed and downtrodden nursing personnel to be found ... The nurses in both female and female wards, one to every ward of forty patients, are almost entirely women. They are recruited from the ranks of uneducated, needy, timid, and submissive labouring women, and it would be a cruel injustice to regard them as anything but victims of a bad system.“

18 Else Reichel, *Die Krankenpflege als Frauenberuf*, Wien 1906, 7f. Leopoldine Kulka, *Frauenarbeit in Österreich*, in: *Neues Frauenleben*, 22 (1910), 113: „Auch die Behauptung, alles was zur Gesundung der Verhältnisse im Pflegerinnen- und Wärterinnenberuf geschehen konnte, sei bereits längst von öffentlicher und privater Seite getan worden, es bestehe kein Mangel an Pflegerinnenschulen und die Ausbildung an denselben ließe nach keiner Richtung etwas zu wünschen übrig, berührt seltsam in einem Land, dessen niederes Niveau der weltlichen Krankenpflege (Rudolfinerinnen ausgenommen) geradezu berüchtigt ist.“

19 Helm, *Über das Personale*, wie Anm. 12, 9f.

20 Vgl. Catharina (Freifrau) von Rosen, *Über die Organisation der bisher bestehenden Schulen zur Ausbildung von Pflegerinnen für Kranke und verwundete*, Wien 1879, 5f: „Eine geachtete Stellung in der Gesellschaft kann man der Pflegerin hier in Österreich, wo auch das Publicum für diese neue Art Civilpflege erst erzogen werden muß, nur geben, wenn der Verein einen Orden stiftet und die Verpflichtung übernimmt, für die Pflegerin einzustehen und für ihre Existenz zu sorgen ... Die Armen würden sich bei der Pflege einer feinen gebildeten Frau unbehaglich fühlen. In der Hütte erweckt nur

che Akzeptanz der weltlichen Schwestern für möglich gehalten wurde. Die Entwicklung des Rudolfinerhauses stellt zweifellos eine besonders ausgeprägte Form der Idee dar, bewußt Analogien zu den geistlichen Schwestern herzustellen: Die Aufnahme in diese Schwesterngemeinschaft und das spätere Leben in ihr war in einer Weise ritualisiert, daß eine Umschreibung mit dem Begriff *Initiation* durchaus Berechtigung findet.²¹ Die prinzipielle Tendenz läßt sich in abgeschwächter Form aber auch bei den nachfolgenden Gründungen anderer Krankenpflegeschulen²² erkennen: Attribute wie die selbstverständliche Bezeichnung „Schwester“,²³ Schwesterntracht und Brosche stellen schon den rein äußeren Bezug her. Dazu kommen die lange strikte Hierarchie innerhalb der Schwesternschaft selbst, die absolute Autoritätsstellung der „Oberin“, die schrittweise Einführung in die Gemeinschaft mit je nach Ausbildungsstufe unterschiedlichem Zugehörigkeitsgrad und Status, feierliche Diplomverleihung und Angelobung, alles Faktoren, die ebenso eindeutig mit klösterlichen Regelsystemen korrespondieren. Wie mühsam sich der Weg zur Anerkennung der weltlichen Schwestern tatsächlich darstellte, wird am Beispiel des „Schwesterninstitutes“ am Wiener AKH²⁴ ersichtlich: Die sog. *Blauen Schwestern* (benannt nach der Farbe ihrer Tracht, zur optischen Unterscheidung von den Ordensfrauen) hatten zwar die Möglichkeit, ihre praktische Ausbildung an den damals international renommierten Universitätskliniken zu absolvieren und galten demzufolge auch als bestens qualifiziert, bezogen aber laut zeitgenössischem Urteil lediglich ein geringes „Taschengeld“ als Entlohnung. Gebessert hätten sich diesem Befund nach für lange Zeit nur „Tracht und Disziplin“, nicht aber das soziale Ansehen und die materielle Bewertung der Pflegetätigkeit.²⁵

Hierin zeichnen sich bereits einige wesentliche Elemente ab, die die Entwicklung der Krankenpflege in unserem Jahrhundert nachhaltig beeinflusst haben: Die Orientierung am Vorbild der geistlichen Schwestern

das Ordenskleid, der Schwesternname, Zutrauen, gleichviel ob die Schwester einem geistlichen oder weltlichen Orden angehört.“ Weiters Veronika Kleibel, *Leben in einer Schwesterngemeinschaft. Ein Beitrag zur Geschichte des Rudolfinerhauses*, in: Seidl/Steppe, *Sozialgeschichte*, wie Anm. 4, 161.

21 Ilsemarie Walter, *Initiation in eine Schwesternschaft?* In: Seidl/Steppe, *Sozialgeschichte*, wie Anm. 4, 136–155.

22 Korrekterweise müßten sie eigentlich als Pflegerinnenschulen bezeichnet werden, da sowohl die Anwerbung wie das Ausbildungsangebot explizit an Frauen adressiert war. Bei den weiteren Krankenpflegeschulen handelte es sich um das Pflegeinstitut (1907) und die Pflegerinnenschule (1913) der *Blauen Schwestern* am Wiener Allgemeinen Krankenhaus, die Krankenpflegeschule der Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuz in Wien (1914), die Krankenpflegeschule am Wiener Wilhelminenspital (1920), die Pflegeschule am Krankenhaus Lainz (1924) und die Pflegeschulen an der Rudolfstiftung und am Kaiser Franz-Josef-Spital (1948) in Wien.

23 Diese wurden übrigens von den geistlichen Schwestern zumindest anfangs nur schwer akzeptiert. Vgl. Zehetner, *Geschichte der Krankenpflege*, wie Anm. 16, 149.

24 Vgl. Zehetner, *Geschichte der Krankenpflege*, wie Anm. 16, 149: „Auch die Bevölkerung stand der neuen Art von Krankenpflegerin mißtrauisch gegenüber. Die Klosterfrauen, lange in allen sozialen Arbeiten bewährt, hatten das volle Vertrauen des Volkes schon durch das Ansehen, das die Orden genießen ... Kein Wunder, daß das Volk dieser neuen Type von Krankenpflegerin, die sich Schwester nannte und doch kein Ordenskleid trug, wenig Vertrauen entgegenbrachte.“

25 Loch, *Krankenpflegerin*, wie Anm. 16, 295.

erfolgte ja nicht nur aufgrund ihrer bewährten Organisationsform, sondern vor allem auch ihrer speziellen Motiviertheit wegen, die im Gegensatz zur (verständlichen) „Gleichgültigkeit“ der früheren Wärterinnen stand. So wie für die geistlichen Schwestern die Krankenpflege weniger Beruf als vielmehr Lebensform (= gelebte Nächstenliebe) sein soll(te), wird in Analogie dazu die Krankenpflege auch der weltlichen Schwestern von vornherein eher als „Berufung“²⁶ denn als Beruf definiert. Zumindest der öffentlichen Wahrnehmung nach, schien die Pfl egetätigkeit der geistlichen Schwestern auch nicht unmittelbar entgolten zu werden, was aber natürlich nur in Hinblick auf eine persönliche Entgegennahme direkter Entlohnung zutrif. Ihre existentielle Absicherung war durch die Zugehörigkeit zum Pflegeorden gegeben, dem seinerseits Spenden und sonstige Zuwendungen zuflossen bzw. der für die Bereitstellung von Pflegepersonal durch vertraglich vereinbarte Zahlungen der Spitalhalter entschädigt wurde. Der dennoch bestehende Eindruck trug aber viel zur lange herrschenden Auffassung bei, wonach persönliche Dienstleistungen als unmittelbare Leistungen am Mitmenschen, nie völlig nach dem sonstigen Entlohnungssystem bemessbar wären, ihre Honorierung somit neben den materiellen vor allem auch in intrinsischen Gratifikationen zu sehen sei.

Jedenfalls war die Entwicklung der qualifizierten weltlichen Krankenpflege von der Forderung nach einer den geistlichen Schwestern vergleichbaren Einstellung gegenüber dem Beruf getragen. In modernere Begrifflichkeit verpackt, bestimmen die diesen zugedachten Motive und Haltungen letztlich auch heute die Vorstellungen über die „selbstverständlichen“ Voraussetzungen für den Pflegeberuf. Religiosität als Motiv ist unschwer mit „Idealismus“ übersetzbar, „Nächstenliebe“ mit sozialem und/oder persönlichem „Engagement“. Selbst die Verpflichtung zu Ehelosigkeit und Gehorsam hat in verfremdeter Form ihre Spuren hinterlassen: Eine wesentliche Intention der zölibatären Lebensweise besteht ja in der damit ständigen Verfügbarkeit für Ordensaufgaben. Nun ist zwar die Forderung nach Ehelosigkeit entfallen, obschon der Gedanke an verheiratete Krankenschwestern sich erst einmal durchsetzen mußte. Nachdem 1914 von der Nationalversammlung beschlossen worden war, Ehebeschränkungen für erwerbstätige Frauen aufzuheben, dauerte es noch Jahre, bis dies überall Geltung erlangte. Zunächst war die Umsetzung durch die Kriegssituation blockiert, dann fiel der Vollzug des Gesetzes in die Kompetenz der einzelnen Länder, vor allem aber setzte er zwingend eine Reduktion der tatsächlich zu leistenden Dienstzeiten voraus.²⁷ Im „Rudolfinerhaus“ wurden verheiratete Krankenpflegerinnen

26 Noch 1930 wurden als charakterliche bzw. psychische Voraussetzungen für den Pflegeberuf ganz selbstverständlich Fleiß, Geduld, Selbstlosigkeit, Ordnungssinn, Zuverlässigkeit und Aufopferung verlangt. Vgl. Baumgartner, Ausbildung, wie Anm. 14, 91.

27 Gabriele Dorffner, Der Wandel der sozialen Stellung der Frau im Pflegedienst im 19. und angehenden 20. Jahrhundert, Diplomarbeit, Wien 1996, 88f. Es bedürfte allerdings einer eigenen Untersuchung, um den faktischen Vollzug des Gesetzesbeschlusses für sämtliche Bundesländer und Anstaltentypen genau zu datieren, da auch in den einschlägigen Fachorganen meist nur auf erwartbare bzw. bevorstehende Reformen in Verbindung mit der Entwicklung bei den Lehrerinnen hingewiesen wird.

überhaupt erst Mitte der 1950er Jahre akzeptiert.²⁸ Der Entfall des Berufszölibats änderte allerdings nichts an der Vorstellung überdurchschnittlicher Verfügbarkeit, wobei nicht allein Nacht- und Wochenenddienste gemeint sind, sondern auch die Bereitschaft, im Bedarfsfall jederzeit überall „einzuspringen“. Selbst das Gehorsamsprinzip ist in der erforderlichen Akzeptanz der hierarchischen Strukturen im Spitalswesen noch zu erkennen, und diese gelten übereinstimmender Meinung nach als in Österreich besonders ausgeprägt.²⁹

Daß die Krankenpflege gegen Ende des 19. Jahrhunderts für die bürgerliche Frauenbewegung ebenso wie für die Ärzteschaft zum idealtypisch verstandenen Frauenberuf schlechthin avancierte, erscheint schon durch die verordnete, normative Festlegung auf ein explizit „bürgerliches Frauenleitbild“ – zumindest auf den ersten Blick – hinreichend erklärbar. Die im Zusammenhang mit diesem Leitbild entwickelten Mechanismen einer Übertragung innerfamiliärer Rollenzuweisung (geforderte Mütterlichkeitsattribute, Haushaltkompetenz) auf „frauengerechte“ außerhäusliche Tätigkeitsbereiche sind durch eingehende Untersuchungen³⁰ überzeugend belegt und müssen an dieser Stelle nicht neuerdings referiert werden. Demgegenüber scheint aber angezeigt, einige spezielle Aspekte herauszugreifen, die noch weiterer Überlegung wert wären. So streicht Claudia Bischoff z. B. mit Recht deutlich hervor, daß die Entwicklung der Pflege zum „typischen“ Frauenberuf einen „Gesinnungswandel“ zu einem bestimmten historischen Zeitpunkt voraussetze, da sich praktisch noch durch das gesamte 19. Jahrhundert hindurch die Streitfrage nach der jeweils besseren Eignung von Frauen oder Männern für Pflegeberufe hinziehe. Für das Wiener Allgemeine Krankenhaus läßt sich der Zeitpunkt einer eindeutigen Trendwende sogar konkret datieren: Zwischen 1856 und 1869 wurde das männliche Pflegepersonal systematisch durch Frauen ersetzt, das „sogenannte Wärterinnenzeitalter“³¹ begann. Das Hauptmotiv hierfür ist in höchst vordergründigen Überle-

28 Kleibel, *Leben in einer Schwesterngemeinschaft*, wie Anm. 20, 183.

29 Brigitte Litschauer u. Wolfgang Stigel, *Versorgung mit Personal im Gesundheitswesen. Ausgewählte Berufsgruppen im internationalen Vergleich*. Endbericht, Wien 1988, 5 bzw. 10.

30 Johanna Beyer u. a. Hg., *Frauenhandlexikon. Stichworte zur Selbstbestimmung*, München 1983, Stichwort *Frauenberufe*, 82–85. Vgl. auch Claudia Bischoff, *Frauenberufe in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert*, Frankfurt a. M. 1992; Alfred Fritsch, *Zur Prägung der sozialen Rolle der weiblichen Krankenpflege bis zum Ersten Weltkrieg in der Schweiz*, in: Alfons Labisch u. Reinhard Spree Hg., *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts*, Bonn 1989, 157–169; Eva Hummel, *Zur Prägung der sozialen Rolle der weiblichen Krankenpflege bis zum Ersten Weltkrieg in Deutschland*, in: Labisch/Spree, *Medizinische Deutungsmacht*, siehe oben, 141–156; Christoph Sachße, *Mütterlichkeit als Beruf. Sozialarbeit, Sozialreform und Frauenbewegung 1871–1929*, Frankfurt a. M. 1986, 105–125; Elisabeth Seidl, *Pflege im Wandel. Das soziale Umfeld der Pflege und seine historischen Wurzeln, dargestellt anhand einer empirischen Untersuchung*, Wien/München/Bern 1993, 77–115; Ilsemarie Walter, *Krankenpflege als Beruf. Aspekte beruflicher Sozialisation und Identität, dargestellt anhand einer empirischen Untersuchung*, Wien/München/Bern, 8–156.

31 Grois, *Krankenpflegeberuf*, wie Anm. 15, 130. Dieser Darstellung zufolge wurde unter der „Direktion Helm“ mit der Tradition der vormals durchwegs männlichen Wärter radikal gebrochen.

gungen zu suchen. Man ging hinsichtlich der damals herrschenden „Pflegerisere“ davon aus, daß männlichen Pflegern nicht nur eine Entlohnung zugestanden werden müßte, die für einen Familienunterhalt ausreicht, sondern darüber hinaus eine Art Beamtenstatus, der entsprechendes berufliches Ansehen garantieren würde, wenn das Qualitätsniveau gehoben werden sollte. Die Alternative zu einer damit notwendigen Verteuerung des Spitalsbetriebes bestand in der forcierten Anstellung von Frauen mit einem eigens für sie entwickelten Tarifsysteem.³²

Den letztlich entscheidenden Ausschlag dürfte aber die zeitliche Koinzidenz von notwendiger gesellschaftlich-ideologischer Aufwertung der Krankenpflege zu einem ehrbaren bürgerlichen Beruf (in Absetzung von der diskreditierten, rein unterhaltsbezogenen Wärterinnentätigkeit) und der gleichfalls ideologischen Stilisierung von Mutterschaft zum „Beruf“ gegen Ende des 19. Jahrhunderts gegeben haben. In der Krankenpflege ließen sich die Übergänge zwischen Mutterrolle und Berufsrolle geradezu ideal als fließende darstellen. Da einerseits hoher Bedarf an qualifizierter Pflege bestand, sich andererseits auch für bürgerliche Frauen zunehmend Erwerbsnotwendigkeiten einstellten, ergibt dies in Konsequenz ein spezifisches Phänomen: Die Krankenpflege stellt eines der ganz wenigen Berufsfelder dar, das von Frauen nicht erkämpft werden mußte, sondern geradezu für sie reserviert schien. Im Falle des Schwesternberufes manifestierte sich gleichzeitig auch am deutlichsten die beliebige Instrumentalisierbarkeit des bis heute prägenden Frauenleitbildes. Zum „idealen“ Frauenberuf wurde er aufgrund seiner „familiennahen“ Tätigkeitsbereiche deklariert, die faktische Unvereinbarkeit seiner Ausübung mit dem Anspruch auf persönliche Familiengründung – schon allein aufgrund der Arbeitsüberlastung – stellte in dieser Widerspruchlichkeit hingegen kein Thema dar bzw. lieferte sogar noch Anlaß zu weiterer Rollenfestlegung: nämlich auf die der unverheirateten Krankenschwester, die in Analogie zum Dienst der Mutter an der Familie, ihren Dienst an der Allgemeinheit in einem als erweiterter Familienzusammenhang interpretierten Krankenhaus erbringt. In dieser Vorstellung ist (ähnlich wie etwa bei den Lehrerinnen) die durchaus weltliche Wurzel für die lange bestehende Zölibatsforderung zu sehen.

Der Verweis auf die bis in das letzte Drittel des vorigen Jahrhunderts nicht eindeutig geschlechtsspezifisch festgelegte Ausübung der Krankenpflege sollte aber auch Anlaß zur Überlegung geben, ob umgekehrt auch wirklich absolut und vorbehaltlos von der oftmals rigoros behaupteten Annahme einer vollständigen Hinausdrängung von Frauen aus der Medizin seit der Frühen Neuzeit auszugehen ist. Daß dies nach Kräften versucht wurde, steht natürlich außer Zweifel. Solange medizinische Therapeutik und Pflege heutigem Verständnis nach gar nicht voneinander zu trennen waren, ist eine scharfe Unterscheidbarkeit von speziell weiblichen oder männlichen Bereichsfixierungen in der „Heilkunde“ grundsätzlich nur mit Einschränkungen möglich: Zu groß sind die zeitlichen und regionalen Besonderheiten, zu groß aber auch die Begriffsunschärfen in der Benennung der vielen unterschiedlichen Heilberufe. Darüberhinaus deutet sich etwa in einer wenig rezipierten, oder aber zu

³² Grois, Krankenpflege, wie Anm. 15, 130.

Unrecht unterschätzten Darstellung³³ eine noch differenziertere Interpretationsmöglichkeit von Traditionssträngen in der Entwicklung der Heilkunde insgesamt an. Ihr Autor weist nämlich detailliert die kontinuierliche Existenz von ausdrücklich „Ärztinnen“ (die er von den Hebammen getrennt behandelt) von der Antike bis zum 19. Jahrhundert nach. Nicht nur diese Publikation läßt Zweifel an einem beliebten Dogma aufkommen: Die Gegenüberstellung von „traditionell männlicher“ (= wissenschaftlicher) Medizin und „traditionell weiblicher“ Pflege könnte demnach viel eher als Konstrukt des „modernen“ 20. Jahrhunderts anzusehen sein, als der ständige Verweis auf frühere Epochen wahrmachen will. Im Grunde genommen stellte erst die Professionalisierung der Krankenpflege Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine in diesem Sinne nachweisliche Faktizität her.

Wenn als weiterer Grund für die angeblich besondere Eignung von Frauen für die Krankenpflege deren inhaltliche und organisatorische Nähe zur Hausarbeit schlechthin gesehen wurde, so läßt sich darin nur vordergründig eine wohlwollende Anerkennung von Befähigungsvorsprüngen herauslesen. Daß Reinigungsarbeiten (Wäsche, Verbände, Betten, Säle) als lange Zeit selbstverständlicher Teil der Tätigkeiten angesehen wurden, brachte Überlegungen völlig anderer Art ins Spiel: Hätte man Männer gleichermaßen in der Krankenpflege beschäftigen wollen, so wurde für diesen Fall unverhohlen davon ausgegangen, daß dieser Teil der Arbeit dennoch weiterhin von den Pflegerinnen verrichtet werden müßte oder zusätzlich Frauen eigens für diese Tätigkeiten aufgenommen werden müßten.³⁴ In den entstehenden Pflegeschulen war die obligatorische Unterweisung im „Haushaltungs- und Küchenbetrieb“ hingegen selbstverständlicher Teil der Ausbildung, wobei einmal mehr die eindeutige Kompetenzverteilung zwischen den Ausbildungsverantwortlichen zutage tritt:

Der Unterricht in der Krankenpflege wird von den Ärzten der Anstalt und der Oberin geleitet und besteht in Vorträgen, praktischen Übungen und hauptsächlich in Dienstleistungen am Krankenbett. ... Der Unterricht in der Haushaltungskunde wird von der Oberin geleitet und besteht hauptsächlich in der Verwendung der Schülerinnen in der Küche und Wäschekammer.³⁵

Hierin zeigt sich überdies die Beobachtung bestätigt, daß für die Konstituierung geschlechtsspezifischer Arbeitsrollen und für die Entstehung spezieller Frauenberufe keineswegs ausschließlich die Zuerkennung besonderer Talente Relevanz besaß. Vielmehr war dies wesentlich dadurch bestimmt, welche Tätigkeiten von Männern nicht oder nur unfreiwillig übernommen wurden bzw. die in ihrem Fall von vornherein für unzumutbar erachtet wurden.³⁶

33 Walter Schönfeld, *Frauen in der abendländischen Heilkunde vom klassischen Altertum bis zum Ausgang des 19. Jahrhunderts*, Stuttgart 1947.

34 Bischoff, *Frauen in der Krankenpflege*, wie Anm. 30, 81.

35 Camilla Theimer, *Frauenarbeit in Österreich*, Wien 1909, 25.

36 Vgl. Michael Mitterauer, „Als Adam grub und Eva spann ...“ Geschlechtsspezifische Arbeitsteilung in vorindustrieller Zeit, in: Birgit Bolognese-Leuchtenmüller u. Michael Mitterauer Hg., *Frauen-Arbeitswelten*, Wien 1993 (= *Historische Sozialkunde* 3) 26f. Vgl. auch Pousset, *Berufsbild Krankenschwester*, wie Anm. 13, 97: „Deshalb scheint es

Diese genannten Aspekte verweisen zwangsläufig auf ein bis heute wirksames Grundmuster in der Entwicklung der gesamten Gesundheits- und Sozialberufe. Während nämlich die praktische Krankenpflege mit großem Erklärungsaufwand zur vorzugsweisen Frauensache deklariert wurde, ergab sich für die Besetzung von Leitungs- und Führungspositionen mit Männern keinerlei weiterer Argumentationsbedarf. Ganz im Gegenteil: In der Krankenpflege ebenso wie im etwa zeitgleich entstehenden modernen Fürsorgewesen etablierten sich von Beginn an männliche Führungsansprüche, und zwar sowohl hinsichtlich hierarchischer Positionierung wie auch in der Vorgabe politischer, inhaltlicher und praktischer Zielsetzungen.³⁷

Kriege und „weltliches“ Schwesternbild

Daß die Entwicklung der öffentlichen Krankenpflege in mittelbar oder unmittelbar engstem Kausalzusammenhang mit den großen Kriegen des 19. Jahrhunderts bis hin zum Ersten Weltkrieg steht, ist der Evidenz nach wenig erläuterungsbedürftig: Erst die Erschütterung über hohe Opferbilanzen aufgrund der Nichtversorgung verwundeter, verstümmelter oder kranker Soldaten bewirkte tatsächliche Einsicht in die Notwendigkeit eines Aufbaus entsprechender Organisationen der Krankenpflege bzw. einer allgemeineren Bewußtseinsschärfung für bestehende Ausbildungserfordernisse. Die problematischen Implikationen dieser kontinuierlichen Wechselbeziehung bis in allerjüngste Zeit manifestieren sich ja nicht allein im notwendigen „Dilemma der Heilberufe“³⁸, deren Angehörige über ihren Beitrag zur Aufrechterhaltung von Kampfkraft und Moral kriegspolitisch sowohl manipulier- wie funktionalisierbar waren. Das Problem beginnt schon damit, daß öffentliches Interesse und Anerkennung für entsprechende Initiativen und Neuansätze nur dann in konkrete (materielle) Förderung umzusetzen war, wenn diese auch politisch-militärischer Opportunität entsprachen. Die Durchsetzung des „neuen“ Typs der weltlichen Krankenschwester demonstriert die Unerläßlichkeit dieser Vorbedingung in ganzer Schärfe: Erst die Zwangslage der englischen Armee während des Krimkrieges, die durch das Fehlen

richtiger zu sein, die Dominanz der Frau in der Krankenpflege als Reaktion auf den männlichen Rückzug zu interpretieren oder doch ein Interdependenzverhältnis von ökonomischen Faktoren und Traditionen zugrundezulegen.“

37 Sie wurden zwar in der Krankenpflege nicht ähnlich decouvrierend zum Ausdruck gebracht, wie etwa in einem (in den Bereich der Fürsorge fallende Kindergartenwesen betreffenden) Anhang zum Reichsvolksschulgesetz (1869): „Für die eigentliche Kindergarten-erziehung eignet sich ausnahmslos das weibliche Geschlecht, während die Leitung eines Kindergartens anstandslos Männern anvertraut werden kann.“ Geschichte der Kinderbewahranstalten und Kindergärten in Österreich, Wien 1887, 48. Interessanterweise ist gerade in diesem angesprochenen speziellen Bereich der Sozialberufe eine solche Entwicklung nicht eingetreten bzw. ist die Situation heute eine andere, während hingegen männliche Pflegedirektoren in überproportionalem Verhältnis zur Zahl der männlichen Krankenpfleger aktuelle Realität sind.

38 Johanna Bleker u. Heinz-Peter Schmiedebach Hg., Medizin und Krieg. Das Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985, Frankfurt a. M. 1987.

jeglicher Betreuung für die eigenen Verwundeten entstand, stellte bekanntlich die Akzeptanz für den Einsatz der Schwesterngruppe um Florence Nightingale her – bis dahin waren Frauen im britischen Armeesaniätätsdienst undenkbar gewesen. Und ihre besondere Bewährung im Krieg wurde wiederum mit der Einrichtung der „Nightingale-Stiftung“ zur Gründung einer Schwesternschule honoriert, die weltweit Vorbildwirkung bekommen sollte. Derselbe Effekt stellte sich in den Unionslazaretten des amerikanischen Sezessionskrieges ein, auch hier setzte sich der neue Schwesterntyp nach dem Nightingale-Vorbild so überzeugend durch, daß die Errichtung entsprechender Schwesternschulen bereits unmittelbar nach Kriegsende möglich wurde.³⁹ Schließlich geht aber auch die Gründung der ersten österreichischen Krankenpflegeschule zumindest indirekt auf Erfahrungen während des österreichisch-preußischen Krieges zurück. Da aufgrund des verspäteten Bemühens um eine qualifizierte weltliche Krankenpflege weitaus zu wenig eigene Pflegerinnen vorhanden waren, erfolgte die Versorgung der verwundeten österreichischen Soldaten vor allem auch durch die freiwilligen preußischen Krankenpflegerinnen, was nur dadurch überhaupt möglich war, daß Preußen zum damaligen Zeitpunkt bereits der Genfer Konvention angehörte. Dieser Umstand hat zweifellos das Bewußtsein befördert, wonach es im staatspolitischen Interesse gelegen sein müßte, im Bedarfs- d. h. Kriegsfall über eine funktionierende Krankenpflege zu verfügen. Vorsorglich regte dann auch der „Österreichische Patriotische Hilfsverein“ vom Roten Kreuz im Jahre 1905 an, die von ihm im Kriegsfall benötigten weltlichen Pflegerinnen im Allgemeinen Krankenhaus auszubilden. In Friedenszeiten sollten diese Schwestern dort ihren Dienst verrichten, während im Kriegsfall das Krankenhaus im Gegenzug die Hälfte seiner Schwestern für den Kriegssaniätätsdienst abzustellen hätte. Der Plan scheiterte allerdings letztlich an diversen organisatorischen Problemen.⁴⁰

So ambivalent die Beurteilung des Imagegewinnes der Krankenschwestern infolge der Kriege auch ausfallen muß, es gibt jedenfalls keinen Zweifel daran, daß dadurch eine sowohl materielle, vor allem aber eine massiv ideelle Aufwertung des Berufes durch sie eintrat. Schon die rein finanzielle Besserstellung ist in Österreich besonders deutlich erkennbar: Da zu Beginn des Ersten Weltkrieges noch immer nicht ausreichend diplomierte Krankenschwestern zu Verfügung standen, mußten zur Ergänzung deutsche und schweizerische Krankenpflegerinnen angeworben werden; ihnen mußte aber das rund Vierfache dessen angeboten werden, was damals hierzulande als Bezahlung üblich war. Daraus ergab sich zwangsläufig auch für österreichische Schwestern zumindest im Heeresdienst eine Anhebung der Bezahlung auf dasselbe Niveau.⁴¹ Langfristig noch wesentlich bedeutsamer stellt sich allerdings die Gewinnung von Berufsprestige und öffentlichem Ansehen der Tätigkeit dar.

Spätestens an dieser Stelle ist aber auf einen spezifischen Aspekt der Pflegeberufsentwicklung in Österreich hinzuweisen, der bestimmte Traditionen, wie etwa die der deutschen *Vaterländischen Frauenvereine*, der

39 Strobl/Nettig, Geschichte der Krankenpflege, wie Anm. 15, 33–36.

40 Meder, Vortrag, wie Anm. 12, 7.

41 Loch, Krankenpflegerin, wie Anm. 16, 295 und Meder, Vortrag, wie Anm. 12, 7.

wilden Schwestern oder durchorganisierten *Rotkreuzschwesternschaften* vor dem Ersten Weltkrieg nicht kennt.⁴² Wenn sich hier im Endeffekt dennoch ein durchaus ähnliches Schwesternbild herauskristallisierte, so deutet dies entschieden darauf hin, daß höchst übereinstimmende Erwartungshaltungen und Erfahrungen in praktisch sämtlichen kriegs beteiligten Ländern bestanden haben müssen. Mehr noch: Im Endergebnis sind wir mit dem Phänomen eines offensichtlich supranationalen „Schwesternideals“ konfrontiert.

Wenn es also in Österreich gegenüber der Schweiz, Deutschland und den westeuropäischen Ländern einen unbestritten verspäteten Einstieg in eine wissenschaftlich-fachlich qualifizierte Krankenpflege gab,⁴³ so erlauben die verfügbaren Quellen glücklicherweise aber doch zumindest vergleichende Rückschlüsse, die den Ersten Weltkrieg als entscheidende Schnittstelle in der Entwicklung hiezulande erkennen lassen. Wie bereits erwähnt, mußten bei Kriegsausbruch Schwestern aus der Schweiz und aus Deutschland noch quasi „importiert“ werden, obwohl ausgebildete österreichische Krankenschwestern bis zum absoluten personellen Notstand der heimischen Spitäler im Kriegseinsatz standen.⁴⁴ Der freiwillige Einsatz der patriotisch und/oder humanitär motivierten Rotkreuzhelferinnen war damit schon im Wortsinn lebensnotwendig. In der späteren Sicht der Krankenschwester mußten demnach notwendige Elemente des Bildes der ausgebildeten Pflegerin mit jenen des Bildes von der Rotkreuzhelferin dem Eindruck nach zu einem allgemeinen Überbegriff „Schwester“ verschmelzen, der gegenüber dem bisherigen noch mit zusätzlichen Qualitäten ausgestattet wurde. Wenn in einer Untersuchung⁴⁵ festgestellt wird, am Ende des Ersten Weltkrieges wäre das Berufsbild der (deutschen) Krankenschwester als ein aus „Armeegeist, Ordenshierarchie und unantastbarem Muttermotiv“ entstandenes definiert, so kann an dieser Stelle der Vergleich mit der österreichischen Entwicklung einsetzen.

Die in Österreich besonders nachhaltig wirksame Prägekraft der Ordenstradition ist bereits dargestellt worden. Die Entwicklung hin zum

42 Seidl/Steppe Hg., Sozialgeschichte, wie Anm. 4, 11. Zwar gab es bereits seit 1866 die zitierten *Patriotischen Hilfsvereine* des Roten Kreuzes, doch ungeachtet aller Konzeptentwürfe kamen vor dem Krieg keine Pflegekurse zustande. Vgl. Rosen, Organisation, wie Anm. 20, 4. Katscher, Geschichte der Krankenpflege, wie Anm. 8, 77, vermerkt denn auch, daß es als eine „Sonderleistung“ des Deutschen Roten Kreuzes anzusehen sei, daß seine Pflegeausbildung nach dem Vorbild der katholischen und evangelischen Mutterhäuser organisiert war, „die sich in dieser Weise nirgendwo im Ausland wiederholt“.

43 Cora Störck, Die Krankenpflegerin und die Hebamme, in: Frauenbewegung, Frauenbildung und Frauenarbeit in Österreich, Wien 1930, 277. Dieser Rückstand machte sich auch rein zahlenmäßig in einer geringeren Versorgungsdichte mit Pflegepersonal bemerkbar. Nach Reichel, Krankenpflege, wie Anm. 18, 5, entfallen um 1906 in England auf 10.000 Einwohner nur 23 Pflegepersonen, in Deutschland 14 und in Österreich (inklusive der Wärterinnen) lediglich 8.

44 Meder, Vortrag, wie Anm. 12, 12.

45 Herbert Grundhewer, Die Kriegsrankenpflege und das Bild der Krankenschwester im 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: Bleker/Schmiedebach Hg., Medizin und Krieg, wie Anm. 38, 148. Vgl. Regina Schulte, Die Schwester des kranken Kriegers. Krankenpflege im Ersten Weltkrieg als Forschungsproblem, in: BIOS. Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History, 7, 1 (1994), Opladen 1994, 83–100.

Bild der „Mutter-Schwester“, zur Schwester als „Kameradin“, ist aber noch zu belegen. Als Grundlage hierfür sollen einmal eine in der deutschen Studie⁴⁶ zitierte Autobiographie einer deutschen Rotkreuzschwester Helene Mierisch⁴⁷ dienen, die schon deshalb besonderes Interesse verdient, weil sie in Tagebuchform Erlebnisse aus beiden (!) Weltkriegen enthält, sodann die Erinnerungen einer österreichischen Rotkreuzhelferin (und Tochter des letzten österreichisch-ungarischen Kriegsministers) an ihren Einsatz während des Ersten Weltkrieges (Margarete Rohrer)⁴⁸, und schließlich – zur Illustration der Außenwahrnehmung der Schwestern – ein Kapitel aus den Weltkriegserinnerungen österreichischer Militärärzte (Hugo Kerchnawe)⁴⁹.

Ein maßgeblicher Grund für die Aufwertung der Krankenschwestern im Krieg ist zunächst mit Sicherheit darin zu sehen, daß sie an einer Risiko- und Extremsituation teilhatten, die sonst nur von Männern erfahren wurde – und dies zudem in ausschließlich positiv bewerteter Rolle. Ihr Dienst stand – der Quelle zufolge – in gleichrangiger Bedeutung mit dem des Soldaten. Sie durften sich also durchaus zu Recht als „Kamerad Schwester“, wie Helene Mierisch ihre Erinnerungen an den Ersten Weltkrieg übertitelt, fühlen. Die männliche Einschätzung (eines Generalmajors) geht sogar noch deutlich darüber hinaus, wenn es bei Hugo Kerchnawe heißt:

... die braven, tapferen Schwestern, u n s e r e Schwestern, unsere Kameradinnen, diese weiblichen Soldaten. Denn natürlich haben wir Soldaten im Kriege noch viel weniger als im Frieden einen höheren Ehrentitel zu vergeben, als das stolze Wort „Soldat“.⁵⁰

Bei Margarete von Rohrer wird der Aspekt der Kameradschaft auf zweifacher Ebene angesprochen, als Kameradschaft unter den Schwestern selbst und zwischen ihnen und den verwundeten Soldaten:

Die Kameradschaft unter uns war eine wirklich echte und erfreuliche. ... Der Zusammenhalt war ein absoluter. Ich kann mich an keinen einzigen Fall erinnern, daß nicht eine für die andere restlos eingetreten wäre. ... Auch mit den Patienten verband uns herzliche Kameradschaft, geschlossen in engster Schicksalsgemeinschaft ernster Tage. Wir taten alles, um ihnen zu helfen und sie trachteten in rührender Weise unseren Dienst zu erleichtern.⁵¹

Die dominante Assoziation von „Schwester“ mit „Mutter“ findet sich ebenfalls in allen drei Darstellungen, wenn auch nicht mit gleichermaßen (verinnerlichter) Eindeutigkeit wie bei Helene Mierisch, die davon berichtet, daß ein Saal jenes Feldlazarettes, in dem sie stationiert war, als

46 Vgl. Bleker/Schmiedebach Hg., *Medizin und Krieg*, wie Anm. 38.

47 Helene Mierisch, *Ärzte, Schwestern und Soldaten. Erlebtes aus zwei Weltkriegen*, Biberach a. d. Riss 1957.

48 Margarete von Rohrer, *Im Krieg gegen Wunden und Krankheit*, Brunn/München/Wien 1944.

49 Hugo Kerchnawe, *Die Schwester*, in: *Ärzte und ihre Helfer im Weltkriege 1914–1918*, Wien 1936, 244–246.

50 Kerchnawe, *Schwester*, wie Anm. 49, 246.

51 Rohrer, *Krieg*, wie Anm. 48, 159.

„Säuglingsstation“ bezeichnet wurde, da dort nur 18jährige Verwundete lagen: „Jedenfalls muß ich ihnen mehr eine Mutter als eine Schwester sein. Im Fieber wimmert es hier, schluchzt es da vor Heimweh und Kriegsschreck. Ich muß meine Kinder gut trösten.“⁵² Was daran am allermeisten fasziniert, ist der Umstand, daß die Schwester zum Zeitpunkt dieser Tagebucheintragung allenfalls ein Jahr (!) älter war als ihre Pfleglinge. Ein etwas anders gelagerter Hinweis auf das Selbstverständnis einer jenseits jedweder sexuellen Assoziation stehenden Mutter findet sich auch bei Margarete von Rohrer:

Es war gänzlich gleich, wer mit uns arbeitete, wie wir aussahen, ob die Menschen nackt oder mit spärlichen Tüchern bedeckt in den Operationsaal und in das Krankenzimmer kamen. Alles war gleichgültig und nur das Helfen galt.⁵³

Bei Hugo Kerchnawe wiederum wird der Umstand, daß die Befolgung ärztlicher Anweisungen häufig nur über das Einwirken der Schwestern erreichbar war, damit begründet, daß man eben schon als Kind „dem Mütterchen oder dem Schwesterchen zuliebe“ eher von Unvernünftigem abzuhalten war, als vom „vielleicht aufreizenden Verbot des Vaters oder des Lehrers“.⁵⁴

An dieser Stelle ist prinzipiell festzuhalten, daß ein ganz wesentliches Element für die Konstituierung des weltlichen Schwesternbildes zweifellos in der aus heutiger Sicht erstaunlichen Empathie für die im Kriege pflegenden Frauen liegt. So ist etwa schon im Brief eines verwundeten englischen Soldaten an seine Familie während des Krimkrieges ein Zitat über Florence Nightingale enthalten: „Wenn ‚die Dame mit der Lampe‘ in der Nacht durch die Krankensäle geht, dann drehen wir uns zur Wand und küssen die Mauerstelle, auf die ihr Schatten fiel.“⁵⁵ Hugo Kerchnawe berichtet, daß die verwundeten Soldaten in ihren Briefen nach Hause ein derart idealisierendes Bild der Schwestern vermittelten, daß „die zu Hause meinen, das könnte nur eine kleine Heilige gewesen sein, und dem braven Weltkind schreiben: ‚Ehrwürdige Schwester‘“⁵⁶. Diese Tendenz zur Idealisierung findet sich z. B. auch in der Bezeichnung „Engel von Sibirien“ für die schwedische Rotkreuzabgeordnete Elsa Brändström, die deutsche Gefangene in Rußland pflegte.⁵⁷ Wie sehr der Titel „Schwester“ sich in seiner imaginativen Form verselbständigen konnte, ist wiederum bei Margarete von Rohrer nachzulesen. Sie beschreibt unter dem bezeichnenden Titel „Vorbild einer geborenen Pflegerin“ den Einsatz einer Kollegin, die während des Krieges noch viel zu jung war, um Rotkreuzhelferin werden oder auch nur eine Ausbildung beginnen zu können. Ohne jeglichen sanitätsdienstlichen Status half sie dennoch in der Verwundetenpflege eines Lazaretts aus und wurde sehr bald im ganzen Spital „vom einfachsten Sanitätsmann“ bis hinauf zum Primarius,

52 Mierisch, *Ärzte*, wie Anm. 47, 74.

53 Rohrer, *Krieg*, wie Anm. 48, 152.

54 Kerchnawe, *Schwester*, wie Anm. 49, 245.

55 Strobl/Nettig Hg., *Geschichte der Krankenpflege*, wie Anm. 15, 34.

56 Kerchnawe, *Schwester*, wie Anm. 49, 245.

57 Annette Kuhn Hg., *Die Chronik der Frauen*, Dortmund 1992, 422.

„der sie ebenso behandelte, wie die bestgeschulte R.K.-Pflegerin“ (= Rot Kreuz-Pflegerin, B. B.-L.) mit „Schwester“ angeredet.⁵⁸

Namentlich der Erste Weltkrieg markiert also eine Trendwende vor allem dahingehend, daß sich mit dem Attribut „Kameradin“, mit dem freiwilligen Engagement von Frauen aller Altersgruppen, die in Friedenszeiten kaum zur Krankenpflege gestoßen wären, ein gleichsam autonomes, weltliches „Schwesternideal“ etablieren konnte, das nicht mehr ausschließlich auf den Eigenschaftenkatalog der Ordensschwestern rekurrieren mußte. Mit dem Kriegseinsatz war zweifellos auch ein Statusgewinn bzw. ein Autoritätszuwachs gegenüber den Patienten – nicht aber im Verhältnis zur Ärzteschaft – zu verzeichnen. Die unübersehbaren konkreten Auswirkungen des Krieges auf die Entwicklung der Krankenpflege in Österreich bestanden zuallererst in einem massiven Aufholprozeß hinsichtlich der Verbesserung der Ausbildungsverhältnisse: Bereits im Oktober 1918 konnten die ersten Sonderkurse zur Heranbildung diplomierter Krankenpflegerinnen in Wien eröffnet werden. Daneben bewirkte der Krieg aber auch ein eindeutig gewachsenes Interesse für den Beruf selbst. Der Zusammenhang zwischen freiwilliger Rotkreuzpflege, neuem Schwesternbild und neuer Ausbildungsqualität in der Krankenpflege stellt sich in nachfolgendem Zitat besonders anschaulich dar:

Die idealen und ethischen Empfindungen, die mit dem Pflegedienst notwendig verbunden sein müssen, haben durch den Kriegspflagedienst einen mächtigen Antrieb erhalten, der noch nachwirkt und aus dem Pflegedienst nicht verschwinden darf. Viele freiwillige Pflegerinnen haben aus reiner Begeisterung für den Pflegeberuf nach dem Kriege die Pflegeschulen besucht und die Diplomprüfung abgelegt. So hat sich in den Jahren nach dem Kriege die Zahl der vollkommen ausgebildeten und dabei mit idealer Hingabe für den Dienst erfüllter Pflegeschwestern rasch vermehrt.⁵⁹

Selbstbild und Fremdbild – Kontinuitäten und Brüche

Mit den bisherigen Ausführungen sollten vor allem die beiden ausschlaggebenden „historischen“ Faktoren des Berufsbildwandels in der Krankenpflege angesprochen werden: die Feminisierung des Berufes und die Konstituierung des neuen Schwesterntyps der qualifizierten weltlichen Krankenpflegerin.

Die Kenntnis der historischen Wurzeln eines bestimmten Berufsbildes allein reicht aber sicher nicht aus, spezifische Auffälligkeiten des aktuellen autonomen wie heteronomen Verständnisses plausibel zu machen. Berufsbilder – wie das der Krankenschwester – konstituieren sich immer über ein Zusammenspiel von unmittelbar professionsbezogenen, sachlichen Erfordernissen und gesellschaftlichen Erwartungs- bzw. noch weit mehr, Bedürfnislagen. Im Hinblick auf die ständig wachsenden Ansprüche an Ausbildung und Praxis des Pflegedienstes und den unbestreitbaren Wandel auch der Tätigkeitsinhalte, gibt vor allem zu denken, daß

⁵⁸ Rohrer, Krieg, wie Anm. 48, 150.

⁵⁹ Störck, Krankenpflegerin, wie Anm. 43, 281.

diese Umstände entschieden weniger zu fundamentalen Korrekturen auch der Rollen- und Imagezuschreibungen geführt haben als in anderen vergleichbaren Berufen. Ansätze zu etwaigen Neudefinitionen sind bei näherem Hinsehen im Grunde nur bei den Betroffenen selbst erkennbar. Damit drängt sich die Vermutung auf, daß im Falle der Pflegeberufe die hartnäckige Persistenz traditioneller Vorstellungen durch spezielle psychologische Faktoren offenbar erheblich begünstigt wird. Dieser Zusammenhang wird vor allem auf drei Ebenen sichtbar: in allen Implikationen, die sich aus der Tatsache ergeben, daß die Krankenpflege nach wie vor ein fast exklusiv weibliches Berufsfeld darstellt, in dem Erwartungshaltungen demnach auf ganz konkret geschlechtsspezifische Muster rekurrieren können. Zum anderen lassen sich die Erwartungen an Schwestern und Pfleger schon deshalb kaum mit den Erwartungen an andere Berufe – sonst eher sachlich-rational gerichtet – vergleichen, als sie sich auf persönliche Ausnahme- und Krisensituationen (wie etwa einen Spitalsaufenthalt) beziehen. Den Medien fällt in diesem Kontext gleich eine mehrfache Rolle zu: Aufgrund ihrer Multiplikatorenfunktion „vergesellschaften“ sie Vorstellungen und Erwartungen von Patient/inn/en zum Gesamtanspruch, sie unterstützen zudem aber noch die Bildung bzw. die Verfestigung von Stereotypen im Rollenbild. In Analogie zum äußeren Erwartungsdruck bestimmen auf einer dritten Ebene die notwendigen psychologischen Effekte der strikten Hierarchie zwischen ärztlichem und pflegendem Personal in ganz evidenter Weise das Selbstbild der gesamten Berufsgruppe. Eben dieses Spannungsverhältnis zwischen rationaler Professionalitäts- und Kompetenzerwartung und gleichzeitig reflexartig emotionalisierter Deutung der konkreten Tätigkeit macht die Krankenpflege erst zu einem Beruf, von dem betont wird, „nicht wie jeder andere“ zu sein.

Um nochmals auf die Krankenpflege als vorzugsweisem Frauenberuf zurückzukommen: Die Statuszuerkennung für Krankenschwestern und männliche Pfleger kann durchaus auch einmal unter umgekehrten Vorzeichen als jenen einer selbstverständlichen Annahme der Benachteiligung von Frauen gesehen werden. Es konnte gar nicht ausbleiben, daß die gelegentlich schon krampfhaft konstruierte „bessere Eignung“ von Frauen für die Krankenpflege im Laufe der Zeit den Charakter einer sich verselbständigenden Vorstellung annehmen mußte. Das heißt umgekehrt, daß sich männliche Pfleger heute in der Situation befinden, ihre „Eignung“ im grundsätzlicheren Sinn erst einmal unter Beweis stellen zu müssen. Ihr Status bestimmt sich über den direkten Vergleich mit den Schwestern, eine Situation also, in der sich sonst Frauen in „typischen Männerberufen“ befinden. Bemerkenswerterweise verdanken die heutigen Krankenpfleger diesen Umstand den Wortmeldungen ihrer eigenen Geschlechtsgenossen, die im Laufe der Zeit eine Vielzahl von Argumenten aufboten, um ihnen lediglich gewisse Nischen zuzugestehen, in denen männliche Pfl egetätigkeit für tatsächlich unentbehrlich gehalten wurde. Genannt wurden dabei durchwegs nur speziell dermatologische, venerologische und neurologische Männerstationen bzw. jene Bereiche, in denen neben Sachkenntnis vor allem größere Körperkraft erforderlich ist (z. B. beim Anlegen größerer Gipsverbände). Demzufolge wurden schon um die Jahrhundertwende die fallweisen Plädoyers für einen Bedarf auch an männlichen Pflegern entsprechend defensiv formuliert:

„Die Leistungen des weiblichen Krankenpflegepersonals d. h. des Gebildeten, im besonderen des Genossenschaftspersonals haben sich ... in einer so hervorragenden Weise bewährt, daß man heute einem Zweifel in die besondere Veranlagung der Frau zur Versorgung und Verpflegung der Kranken kaum noch begegnet ... Das Verlangen nach männlichem Pflegepersonal ist dagegen anscheinend sehr gering.“⁶⁰

Die Argumentationsmuster sind schon deshalb von Interesse, als es sich bei ihnen um ein zwar seltenes, aber eben perfektes Spiegelbild einer sonst gegenüber der Frauenberufstätigkeit beobachtbaren Strategie handelt: die Zuerkennung von Fähigkeiten, wo diese gebraucht werden, bei gleichzeitiger Legitimation einer insgesamt marginalen Stellung. Die Entwicklung des Pflegeberufs zeigt, daß ein solcher Verlauf in bestimmten Tätigkeitsbereichen auch bei Männern möglich ist.

Gerade aus weiblicher Sicht wird die aus einer solchen Argumentationstradition resultierende Imagebelastung wohl kaum unterschätzt werden. Es erstaunt auch nicht, daß deutsche Studien um 1970 lakonische Schlußfolgerungen wie „Der Beruf des Krankenpflegers steht im Schatten der Krankenschwester“ anstellen, oder noch schärfer formulieren:

Damit darf die Annahme, der Krankenpfleger sei weitgehend kompetenzloser Handlanger der Schwester, als gesichert betrachtet werden. Versuche, dies euphemistisch zu verschleiern, werden gern von Berufsumsteigern mit ungeübter Aufstiegsideologie gestartet.⁶¹

Der Beitrag der Medien wird in letzter Zeit häufiger als mitverantwortlich für charakteristische Stereotypenbildungen kritisiert. Sie stellen natürlich ein Problem für das Pflegepersonal insgesamt dar, enthalten aber noch zusätzlich geschlechtsspezifische Desavouierungen verschiedener Art. So wird von Berufsangehörigen⁶² konstatiert, daß in Spielfilmen und Romanen praktisch nur drei Grundtypen zu finden seien: „... die ältere, resolute, immer hilfsbereite Schwester, die jüngere, naive, zum Arzt aufblickende Schwester und der grobschlächtige, etwas primitiv wirkende Pfleger“. In diesem Zusammenhang erscheint schon weit verständlicher, daß der Anteil männlicher Pfleger auf Intensivstationen – im Gegensatz zu sämtlichen anderen Bereichen – bis zu über dreißig Prozent ausmachen kann.⁶³ Die Tatsache, daß es sich hier um den medizinischen Hochtechnologiebereich handelt, stellt dabei ein offen eingestandenes Motiv dar. Ständiger Umgang mit einer hochsensiblen Apparatur und Einsatz in der Extremfallmedizin werden offensichtlich stärker mit Aussicht auf Statusgewinn assoziiert, wenngleich dann Belastungen und Enttäuschungen von Frauen und Männern gleichermaßen beklagt werden.

Aus der bereits konstatierten, offensichtlichen Erschwernis für die Herausbildung eines eigenständigen Berufsprofils für männliche Pfleger

60 Eduard Dietrich, Brauchen wir männliche Krankenpfleger?, in: Deutsche Krankenpflege-Zeitung. Fachorgan für die Gesamtinteressen des Krankenpflegeberufes, 1 (1989), 4.

61 Pousset, Berufsbild Krankenpfleger, wie Anm. 13, 100 bzw. 103.

62 Helmut Wenz, Das Bild der Krankenpflege in der Öffentlichkeit, 2. Teil, in: Die Schwester/Der Pfleger 27, 9 (1991), 718.

63 GEO-Wissen, Ärzte, Technik, Patienten, Hamburg 1991, 31.

resultiert aber zweierlei: Eine im Jahr 1977 durchgeführte gesamtösterreichische Umfrage⁶⁴ unter Pflegepersonen ergab, daß zwar 71% der männlichen Pfleger, aber nur 31% der Schwestern der Meinung waren, der Pflegeberuf könnte dadurch eine Aufwertung erfahren, würde er nicht mehr als Frauenberuf aufgefaßt. Diese Einschätzung hat offenkundig deutlich mehr mit einem über dem sonstigen Durchschnitt liegenden beruflichen Selbstbewußtsein der Schwestern zu tun, als mit etwaigen Ängsten vor männlicher Konkurrenz. Nur 14% der Pfleger und 23% der Schwestern waren nämlich der Ansicht, daß sich mit einem wachsenden Männeranteil die Chancen von Frauen auf leitende Funktionen verringern könnten. Die zweite Konsequenz besteht natürlich darin, daß eine nach wie vor weiblich assoziierte Krankenpflege – zumindest aus Außen-sicht – bestimmte Zuschreibungen wie „Mütterlichkeit“ oder „Selbstlosigkeit“ tendenziell konserviert. So meinten laut einer durchaus repräsentativen Umfrage aus dem Jahr 1989⁶⁵ 43% der Schwestern, daß die anderen von ihnen erwarten würden, „mütterlich und aufopfernd“ zu sein, sie selbst hielten dies nur zu 18% für notwendig. Wenn diese Erwartungshaltung der Patient/inn/en schon von den Schwestern selbst für dermaßen verbreitet gehalten wird, ist leicht auszurechnen, welche Werte eine allgemeine Umfrage dazu ergeben würde. Wir besitzen jedoch keine in dieser Hinsicht vergleichbaren Aussagen, weil alle aktuellen Umfragen dezidiert geschlechtsneutrale Bezeichnungen für Pflegepersonen verwenden und somit die Vorgabe ausschließlich weiblich assozierbarer Eigenschaften entfällt. Dennoch ist die Vorstellung „mütterlicher“ Eigenschaften stets mitzudenken, auch wenn diese mit Begriffen wie „hilfsbereit, geduldig oder gleichbleibend freundlich“ umschrieben werden. Es wäre allerdings ungerecht, hierfür ausschließlich Klischeedenken verantwortlich zu machen. Auf Säuglings- und Kinderstationen etwa entspricht ein „mütterlicher“ Eindruck, ein als „mütterlich“ empfundenes Verhalten der Schwestern unmittelbar dem Bedürfnis und der Beruhigung der Eltern (von den Kindern einmal ganz abgesehen), wie generell die Erfahrung bestimmter Pflegezuwendungen den meisten Menschen überhaupt nur von der Mutter her vertraut ist.⁶⁶ Allgemeine Bedürfnislagen sind nicht ohne weiteres umpolbar, selbst wenn oder gerade wenn sie nicht offen angesprochen werden:

Der Krankenschwester werden denn auch heute noch die verschiedensten Rollen zugesprochen und zugemutet. Dem Arzt gegenüber spielt sie die Rolle der Assistentin, der Verwaltung gegenüber die einer Administratorin, dem Patienten zuliebe die Rolle einer allgegenwärtigen Begleiterin.⁶⁷

Mit dem Stichwort „Assistentin“ des Arztes ist ein Problemfeld angesprochen, das nahezu alle neueren Umfragen dominiert, nämlich das Auto-

64 Walter, Krankenpflege als Beruf, wie Anm. 30, 25.

65 Insgesamt wurden 1186 Fragebögen ausgegeben, 660 an diplomierte Krankenpfleger/innen und 526 an Schüler/innen. Die Rücklaufquote betrug bei ersteren 84 und bei der zweiten Gruppe 95%. Vgl. Seidl, Pflege, wie Anm. 30, 171 bzw. 175.

66 Wenz, Bild der Krankenpflege, wie Anm. 62, 718.

67 Heinrich Schipperges Hg., Geschichte der Medizin in Schlaglichtern, Mannheim 1990, 192.

ritätsgefälle, die soziale Distanz zwischen Ärzt/inn/en und pflegendem Personal. Wenn sich aus einer aktuellen Umfrage⁶⁸ aus dem Jahre 1994 zum Image der Pflegeberufe unter der Wiener Bevölkerung ein de facto ausschließlich positives Bild dieses Berufsstandes ergibt, die Befragten aber dennoch der Ansicht sind, er hätte in der Öffentlichkeit ein immer noch zu geringes Ansehen bzw. Schwestern und Pfleger würden von der Ärzteschaft nicht als Partner/innen betrachtet, so weist dies auf ein grundsätzliches Problem hin. Eine zwei Jahre zuvor durchgeführte empirische Studie über das Krankenpflegepersonal in Wiener Spitälern bietet – allen hervorragenden Imagewerten zum Trotz – ein ernüchterndes Bild:

Das Selbstwertgefühl des Pflegepersonals ist sehr labil und unsicher. Gegenüber den Ärzten, die auch heute noch zu den angesehensten Berufsgruppen gehören, fühlt man sich deutlich zurückgesetzt. Aufstiegsmöglichkeiten sieht man wenig.⁶⁹

In den heute durchwegs geschlechtsneutral verfaßten Befunden ist nur noch undeutlich zu erkennen, wo die eigentlichen Wurzeln dieses für die gesamte Berufsgruppe unübersehbaren Problems liegen. Man muß sich schon bewußt in Erinnerung rufen, daß die Krankenpflege von der zahlenmäßigen Besetzung her noch immer ein absoluter Frauenberuf ist und daß das „neue“ professionelle Selbstverständnis der Schwestern mit der langen Tradition der – in jeder Beziehung – „Helferin“ kollidiert. So sehr selbst dieser eingeschränkte Status schon in historischer Perspektive den Schwestern hohes Ansehen bei den Patient/inn/en eintrug, so sehr zementierte er die absolute Autoritätsstellung der meist männlichen⁷⁰ Ärzte. Es sollte auch nicht übersehen werden, daß dieses eindeutig hierarchisch definierte Verhältnis von den Frauen oft selbst praktisch nicht in Frage gestellt wurde. Zugespitzt formuliert waren Frauen an seiner Konstituierung sogar beteiligt: So untersagte bekanntlich Florence Nightingale ihren Schwestern sogar für den Notfall ausdrücklich, einen Verwundeten auch nur anzurühren, bevor keine explizite ärztliche Anweisung dazu erteilt war.⁷¹ Es sollten aber auch psychologische Faktoren anderer Art nicht unerwähnt bleiben, die sich praktisch bis heute auswirken. Wolfgang Schmidbauer verweist auf die lange Einübung von Frauen in gleichsam jederzeit abrufbare Rollen, d. h. etwa in die Rolle selbstverständlich immer und überall zu „funktionieren“, wann und wo dies erforderlich ist (ein konkretes Beispiel dafür wäre beispielsweise die Übernahme von „Männerarbeit“ während der Kriege), aber daran gewöhnt zu sein, sich mehr oder weniger widerstandslos zurückzuziehen, sobald sie in dieser Rolle nicht mehr „gebraucht“ werden. Übertragen auf das Verhältnis Ärzte – Schwestern führt diese Erfahrung von Frauen seiner Meinung nach zu folgendem Resultat:

68 TRICONCONSULT Hg., Image der Krankenpflege, wie Anm. 5, 3.

69 IFES Hg., Krankenpflegepersonal, wie Anm. 5, 7.

70 Franziska Hüttner u. Stefan Umbauer, Die Pflegerin als Hilfskraft des (männlichen) Arztes (Titelgeschichte), in: Österreichische Krankenpflege-Zeitschrift 45 (1992). Vgl. auch Elisabeth Gaal, Motive für die Ergreifung des Pflegeberufes im 19. und 20. Jahrhundert, in: Österreichische Krankenpflege-Zeitschrift 49, 2 (1996), 18f.

71 Ehrenreich/English, Hexen, wie Anm. 39, 48.

Wie mit einem Schalter in seiner Kompetenz an- oder ausgeknipst zu werden, ist eine narzißtische Belastung, der Frauen meist viel besser standhalten als Männer.⁷²

Die auch innerhalb der Ärzteschaft beobachtbare Bevorzugung von Schwestern gegenüber männlichen Pflegern gründet denn auch bei illusionsloser Betrachtung zu einem Gutteil auf der Vorstellung rollenkongformen Verhaltens und damit auf der Erwartung bescheidenerer Positions- und Kompetenzansprüche.

Auch heute besteht der eklatanteste Widerspruch zwischen Anforderungsprofil des Pflegeberufs und praktischer Umsetzungsmöglichkeit in der erwarteten Fähigkeit zu selbständigem, verantwortlichem Handeln und realer Kompetenzverteilung. Die Brüche zwischen aktueller und historischer Berufssituation sind ebenso evident, wie das Spannungsverhältnis zwischen Bestrebungen um ein autonom definiertes Berufsbild einerseits und bewußt oder unbewußt intendiertem Festhalten an der traditionellen Schwesternrolle andererseits. So hat eine Umfrage unter Spitalärzten der deutschsprachigen Schweiz ergeben, daß diese den Pflegeberuf zwar als intellektuell eher anspruchsvolle, verantwortungsvolle und physisch wie psychisch belastende Tätigkeit einschätzen, „Führungsqualitäten“ werden jedoch für „nicht unbedingt erforderlich“ gehalten. Die eventuelle Einführung eines Studiums für Krankenpflege wird sogar überwiegend als nicht sinnvoll gesehen, wobei der Haupteinwand auf die damit gegebenenfalls entstehenden Kompetenzstreitigkeiten bzw. auf die Frage abzielt, wer dann die tatsächliche Arbeit am Krankenbett verrichten soll.⁷³

Angesichts noch heute massiv wirksamer überlieferter Sichtweisen, strikter Spitalshierarchie und veränderter, nämlich emotional motivierter Erwartungshaltungen der Bevölkerung, wird es erheblicher argumentativer Anstrengungen bedürfen, um die Krankenpflege auch im allgemeinen Bewußtsein als eigenständigen Gesundheitsberuf – also nicht als „Heilhilfsberuf“ bzw. „medizinischen Assistenzberuf“⁷⁴ – anzusiedeln. Dennoch: Das eigentlich sensationelle Ergebnis der Umfrage unter der Wiener Bevölkerung besteht in der Einschätzung, daß hinsichtlich des Beitrages zur Gesundheit der Patient/inn/en das diplomierte Pflegepersonal in ihrer Bedeutung vor den Ärzt/inn/en gereiht wird.⁷⁵ Dieses Urteil unterstreicht eindeutig die Wichtigkeit der Zukunftsvorstellung eines kooperierenden „therapeutischen Kollektivs“. Auch die Verwirklichung eines solchen auf Gleichwertigkeit und Gleichberechtigung aller Gesundheitsberufe ausgerichteten Modells wird allerdings eine Besonderheit der Pflegeberufe nicht aufheben: nämlich die über professionelle Kompetenz hinausgehende, bewußte oder unbewußte Erwartung persönlicher Zuwendung – genau jenen Umstand eben, der die Bezeichnung „Schwester“ so nachhaltig etablieren half.

72 Wolfgang Schmiedbauer, Helfen als Beruf. Die Ware Nächstenliebe, Hamburg 1992, 124f.

73 Katrin Simonet-Krähenbühl, Interdisziplinarität auf dem Prüfstand, in: Die Krankenpflege 8 (1987), 96f.

74 Barbara Schwochert, Aspekte: Berufsbild Pflege, in: Krankenpflege 2 (1992), 86.

75 TRICONCONSULT Hg., Image der Pflegeberufe, wie Anm. 5, 116.