

Das 19. Jahrhundert

Bei jeder Darstellung des 19. Jahrhunderts müssen wir uns vor Augen halten, daß wir damit bereits in die Vorbedingungen unserer eigenen Zeit eintreten. Dies gilt nicht nur für die Medizin und die Krankenpflege, dies gilt für alle Bereiche unserer heutigen Existenz. Es gibt in den Politischen, sozialen und wissenschaftlichen Strukturen der neuesten Zeit kaum ein Element, das nicht im 19. Jahrhundert geprägt worden wäre. Nur vor dem Hintergrund dieser Umschichtung von Weltbild und Gesellschaft können wir die Grundlegung auch unserer heutigen Medizin und Krankenpflege begreifen. Die soziale Entwicklung wird genährt durch das Gedankengut der Französischen Revolution und die Folgen der zunehmenden Industrialisierung. Freiheit, Gleichheit und der Wunsch nach nationaler Eigenständigkeit werden zum Leitbild Europas und der übrigen Welt, das liberale Bürgertum ersetzt die alte ständische Ordnung. Der Industriearbeiter wird zum Träger eines neuen Standes, der nach politischem Einfluß drängt und neben dem Nationalismus den Sozialismus zur Entfaltung bringt. Revolutionen fordern die Demokratie, Klassenkämpfe sind das Zeichen wachsender sozialer Konflikte. Die Bevölkerungszahl, die in Europa vom 8. bis zum 18. Jahrhundert nahezu konstant geblieben war, steigt um das Fünffache innerhalb eines Jahrhunderts. Das Landschaftsbild wird durch ein revolutionäres Anwachsen der Industrie grundlegend gewandelt, die Eisenbahn, Dampfschiffahrt und Telegraphie verbinden Länder und Kontinente. Es entstehen Großmächte mit Kolonien in Übersee, ein überspannter Nationalismus fördert die wirtschaftliche und politische Rivalität und ebnet den Weg zu neuen Kriegen. Religiöse Bindungen verflachen und werden durch den aufklärerischen Glauben an den Fortschritt der Zivilisation ersetzt. Die geistige Bewältigung der Probleme orientiert sich an der sich wandelnden Gesellschaft. Speziell als deutsches Ereignis steht am Anfang des Jahrhunderts noch eine letzte Reaktion gegen den aufkommenden Materialismus in der Dichtung und Philosophie der Romantik. Als letzter universaler europäischer Geist stirbt Johann Wolfgang von Goethe im Jahre 1832. Dann wenden sich auch Kunst und Philosophie einem neuen Realismus zu, der die Welt zeitgebunden darstellt, wie sie sich aus der industriellen Revolution ergibt. Ein optimistisches Vertrauen in den Fortschritt des Menschengeschlechtes in Zivilisation und Humanität (Positivismus) wird durch die Philosophie eines G. F. W. Hegel (1770-1831) und eines Auguste Comte (1798-1857) gestützt, es findet nachhaltige Wirksamkeit in der Lehre von Karl Marx (1818-1883) von der Überwindung der Klassengesellschaft durch den Kommunismus; die Sozialbewegung führt zur erwachenden Kritik an der bürgerlich-nationalen Gesellschaft. Am Ende steht der Zerfall der Nationen im ersten der Weltkriege und die endgültige Umwertung der Gesellschaft in der russischen Revolution. Vor diesem nur angedeuteten Hintergrund entsteht die Medizin unserer Zeit nicht nur als sachliches Phänomen, sondern unlösbar eingefügt in die sozialen und geistigen Bewegungen des Jahrhunderts. Die Krankenpflege geht zunächst einen eigenen Weg in der Umformung ihrer Organisation. Beide Bereiche erscheinen von außen gesehen zunächst in entscheidender Weise getrennt, ihre gemeinsamen inneren Gesetzmäßigkeiten treten erst nach der Erringung ihrer jeweiligen neuen Gestalt wieder zutage.

1. Die Grundlegung der modernen Medizin

Aus der gewaltigen und in sich ungeheuer komplexen Entwicklung der Heilkunde im 19. Jahrhundert können und sollen in diesem Rahmen nur die großen Linien skizziert werden. Die vielfältigen Teilaspekte und Bausteine, aus denen das Gebäude unserer heutigen Medizin zusammengesetzt ist, wurden nahezu alle im letzten Jahrhundert geformt. Wir dürfen dabei nicht vergessen, daß diese vom 19. Jahrhundert geprägte Medizin unserer Tage keine direkte Fortführung der Traditionsreihe der Heilkunde darstellt, sondern in den letzten hundert Jahren neu errichtet wurde. Alle Anzeichen sprechen jedoch dafür, daß auch sie wiederum in Bewegung geraten ist und über ihre anscheinend so festgefügtten Grenzen hinüber fragt.

a) Die großen Schulen Paris

Die ersten Jahrzehnte des 19. Jahrhunderts sind von Entwicklungslinien bestimmt, die in den einzelnen Ländern unterschiedlich abliefen. Dominierend war zunächst die Schule von Paris, wo die Revolution eine glänzende Ausgangssituation für neue Formen von Forschung und Lehre geschaffen hatte. Sie hatte die alten Institutionen aufgehoben und durch eine vorzüglich durchorganisierte Ecole de Sante ersetzt, wo nunmehr die klinische Forschung einen großen Aufschwung erlebte. Das große Krankengut der Pariser Hospitäler erlaubte systematische Arbeit, und man begann in konsequenter Fortführung der Ideen Morgagnis den Befund an der Leiche routinemäßig zur Aufklärung und Abgrenzung der Krankheitsformen heranzuziehen. Hatte Morgagni das Organ in seiner Gesamtheit mit der Erkrankung in Beziehung gesetzt, so ging Xavier Bichat (1771-1802) einen Schritt weiter, indem er die in allen Organen wiederkehrenden Gewebeformen beschrieb. Damit waren die anatomischen und physiologischen Vorstellungen weiter in die Tiefe getragen und vor allem die pathologische Anatomie einen wesentlichen Schritt weitergekommen. Von seiten der Klinik erfuhr die Organpathologie eine wesentliche Stütze und Bereicherung durch die Verfeinerung der Untersuchungsmethodik: Jean Nicolas Corvisart (1755-1821), der Leibarzt Napoleons, erkannte den hohen Wert des Auenbrugger'schen Perkussionsverfahrens und machte es zur Grundlage der allgemeinen Diagnostik; sein Schüler Rene Theophile Hyacinthe Laennec (1781-1826) erfand das Stethoskop. Er prüfte das fast zufällig entdeckte neue Verfahren durch sorgsame mehrjährige Vergleichsuntersuchungen am Patienten und an der Leiche und machte es durch eine hervorragende Publikation über die Herz- und Lungenerkrankungen bekannt. Damit waren die Grundlinien der Pariser klinischen Schule geschaffen: die Kombination von physikalischer Untersuchung und Sektion als Basis der klinischen Medizin. Daneben hatte auch die Chirurgie eine glückliche Entwicklung erfahren, indem die Revolution die alte Trennung von der Medizin aufgehoben hatte und bedeutende Kliniker gleichzeitig große Chirurgen waren. Erwähnenswert sind hier vor allem Guillaume Dupuytren (1778-1835) und Jean Dominique Larrey (1768-1842), der als Chefchirurg von Napoleons Heer die Kriegschirurgie umgestaltete. Die Hervorhebung des einzelnen Organs im Krankheits-

geschehen hatte letztlich bereits eine erste Aufteilung der Medizin in Spezialgebiete zur Folge; mehrere Ärzte widmeten sich ausschließlich der Dermatologie, der Kinderheilkunde, der Psychiatrie, der Otologie und der gerichtlichen Medizin. Die Pariser Schule hatte in kurzer Zeit Weltgeltung bekommen und zog die jungen Ärzte aus aller Welt an. Die neue klinische Methode fand Eingang in die großen medizinischen Zentren Europas und wurde besonders in England (Richard Bright, Thomas Addison, Thomas Hodgkin) und in Wien weiter ausgebaut.

Wien

Hier wurde durch Karl Rokitinsky (1804-1878) die pathologische Anatomie zu einer eigenen Spezialdisziplin, indem sie sich nicht mehr wie in Paris ausschließlich an klinischen, sondern an anatomischen Gesichtspunkten orientierte. Das klinische Haupt dieser zweiten Wiener Schule war Joseph Skoda (1805-1881), der die Methoden der Auskultation und Perkussion wissenschaftlich vertiefte und in ihre endgültige Form brachte. Daneben wirkte eine Reihe hervorragender Spezialisten der Dermatologie Hebra, der Anatom Hyrtl, der Kinderarzt Mauthner, der Psychiater von Feuchtersieben die Wien als Zentrum der klinischen Ausbildung ebenbürtig neben Paris stellte. Hier in Wien fand aber auch diese erste, klinisch-naturwissenschaftliche Methode die Grenzen ihrer Erkenntnismöglichkeit. Man begnügte sich mit der exakten Differentialdiagnostik, deren Ergebnisse Skepsis gegenüber den üblichen überkommenen Behandlungsmethoden hervorrief. Unterstützt wurde diese Haltung durch die statistische Überprüfung der Behandlungsergebnisse, die von dem Franzosen Pierre Louis (1787 bis 1872) eingeführt worden war und zeigte, daß die alten Methoden des Aderlassens, Abführens, Schwitzens usw. den Krankheitsverlauf überhaupt nicht nennenswert beeinflussten. Die Folge war ein therapeutischer Nihilismus, der geneigt war, am besten auf jede Behandlung zu verzichten.

Deutschland

Inzwischen war in Deutschland die Entwicklung völlig andere Wege gegangen. Als Reaktion auf den französischen Einfluß der Aufklärung war eine neue, philosophisch begründete Naturschau in Erscheinung getreten, die gleichermaßen von den Dichtern und den Gelehrten aufgegriffen wurde: die deutsche Romantik.

Ihr Ausgangspunkt war die Naturphilosophie von Friedrich Wilhelm Schelling (1775 bis 1854), dessen Ideen 1797 erstmalig erschienen waren. Für ihn und seine Anhänger waren Natur und Geist ein und dasselbe, die Erscheinungen der Naturgesetze waren nicht durch Beobachtung, sondern durch die Erkennung allgemeiner geistiger Prinzipien erklärbar. Dies eröffnete die Möglichkeit zur Erstellung geistvoller Systeme, die alle über das Materielle hinaus das Wesen und die Idee des Ganzen zu erfassen suchten. Ansätze des 18. Jahrhunderts wurden übernommen und weiter ausgebaut, so erfreute sich das System Browns besonderer Beliebtheit in der romantischen Medizin. Seine Erregungslehre entsprach den naturphilosophischen Vorstellungen von den drei Grundkräften des Organismus, der Irritabilität, der Sensibilität und dem Streben nach Reproduktion. Ihnen standen drei Grundkräfte im anorganischen Bereich entgegen: die chemische, die elektrische und die magnetische Kraft. Aus der Verallgemeinerung von Prinzipien entstand eine Vielzahl von naturphilosophischen Krankheitsauffassungen, die Gesundheit und Krankheit als polar entgegengesetzte Erscheinungen eines einzigen lebendigen Prinzips definierten. Damit war der Erhellung der Krankheit als geistigem Phänomen ein breiter Spielraum gegeben.

Dem realen Erkenntniszuwachs war die naturphilosophische Medizin nicht besonders förderlich, obwohl wir in dieser Zeit einige hervorragende Mediziner zu nennen haben. Hierzu gehören die bedeutenden Praktiker der Goethezeit Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836), Ernst Ludwig Heim (1747-1834) und Carl Gustav Carus (1779 bis 1868). Von Hufeland stammt die letzte umfassende Darstellung des Gesamtgebietes der alten Diätetik; unter dem Titel »Makrobiotik oder die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern« wurde es in allen Kultursprachen verbreitet und noch im 20. Jahrhundert wieder aufgelegt.

In die romantische Welt gehören auch bestimmte therapeutische Bestrebungen wieder Magnetismus von Franz Anton Mesmer (1734-1815), der durch Händeauflegen und andere Methoden eine spezifische magnetische Kraft übertragen wollte. Von seiner Zeit hochgefeiert und auch als Quacksalber verschrien, wurde er jedoch zu einem Vorläufer der modernen Suggestionstherapie.

Große Polemiken entfachte auch die homöopathische Heilkunde von Samuel Hahnemann (1755-1863). Sein Prinzip war, die Krankheiten mit solchen Mitteln zu behandeln, die beim Gesunden die gleichen Symptome hervorrufen, wie sie die Krankheit zeigt, die man behandeln will. Erzeugt also eine Droge bei einem Gesunden z.B. Fieber, so wird man die Substanz gerade bei fieberhaften Erkrankungen zur Anwendung bringen (*similia similibus curantur*). Die Heilwirkung beruht nicht auf direkter Einwirkung auf das Fieber, sondern in einer Umstimmung der Lebenskraft, die wiederum nur durch extrem kleine Dosen zu erzielen ist. Daher die hohe Verdünnung der homöopathischen Heilmittel, die in Verbindung mit Ruhe und Diät innerhalb der damaligen therapeutischen Anschauungen eine vieldiskutierte Neuheit darstellten. Im ganzen gesehen ist die deutsche romantische Medizin in keine der Pariser und Wiener Entwicklungen eingetreten, mit Ausnahme einiger Ansätze bei dem Berliner Kliniker Johann Lukas Schönlein (1793-1864), der die Grundsätze der exakten klinischen Diagnostik mit einem noch spekulativ gefärbten System verband.

In den dreißiger Jahren des 19. Jahrhunderts schienen sowohl die Bestrebungen von Paris und Wien als auch die deutsche romantische Medizin an einem toten Punkt angelangt; hier war der Ansatzpunkt, wo eine junge Generation bedeutender Ärzte Systeme und Theorien der alten Heilkunde in Frage stellte und die Führung der Medizin endgültig der exakten naturwissenschaftlichen Methodik anvertraute.

b) Die naturwissenschaftliche Medizin

»Die Medizin kann wahre Fortschritte nur dadurch machen, daß die ganze Physik, Chemie und alle Naturwissenschaften auf sie angewendet, und daß sie auf die gegenwärtig erstiegene Höhe derselben gestellt und mit ihren glänzenden Fort-

schritten in Übereinstimmung gebracht werde.« Dieser Satz des Berliner Physiologen Johannes Müller (1801-1858) charakterisiert am besten die neue Richtung, die ihre Impulse nun mehr für lange Jahrzehnte aus Deutschland empfing. Johannes Müller, der selbst noch von der Romantik zur exakten Wissenschaft gekommen war, wurde zum Lehrmeister einer neuen Physiologie, die sich auf die experimentelle Anwendung der Methoden von Physik und Chemie auch in der Medizin gründete. Von ihm stammt das Gesetz von der spezifischen Energie der Sinnesorgane sowie weiterführende Anregungen auf den Gebieten der Anatomie, der Pathologie und der allgemeinen Biologie. Zu seinen Schülern zählten nahezu alle bedeutenden Forscher, die nunmehr mit den verfeinerten Methoden chemischer und physikalischer Analysen eine Ära exakter experimenteller Detailuntersuchungen eröffneten. Damit wurden zunächst die Grundlagenfächer wie Anatomie, Physiologie und Pathologie das Feld quantitativ messender Untersuchungsverfahren.

Die verbesserte Optik des Mikroskopes erlaubte dem Müller-Schüler Theodor Schwann (1809-1885) und seinem Freund, dem Botaniker Matthias Schleiden (1804-1881) den Beweis, daß der gesamte tierische und pflanzliche Organismus aus Zellen aufgebaut ist. Die Erkenntnis, daß diese Zellen das eigentliche Formelement des Körpers darstellen und daß eine Zelle nur aus einer Zelle entstehen kann, wurde hierauf aufbauend von Rudolf Virchow (1821-1902) im Jahre 1854 vorgebracht; sie war die Grundlage zu seiner Zellulärpathologie, die wir unten noch näher betrachten werden.

Mit dem Mikroskop wurde das große Gebiet der normalen und pathologischen Histologie erschlossen, als deren Wegbereiter Jakob Henle (1809-1885), Albert von Koelliker (1817-1905) und Johannes Evangelista Purkinje (1787-1869) zu gelten haben. Auf dem Boden des physikalisch bestimmten Experimentes gelang die Erfindung des Augenspiegels durch Hermann von Helmholtz (1821-1894), die Grundlegung der Elektrophysiologie durch Emil du Bois-Reymond (1818-1896) und der Kreislaufphysiologie von Carl Ludwig (1816-1895). Dieser war wiederum der Lehrer des Russen Iwan Petrowitsch Pawlow (1849-1936), der mit der Lehre von den bedingten Reflexen einen der wesentlichsten Beiträge zur modernen Physiologie geleistet hat.

Die chemischen Methoden, mit denen die naturwissenschaftliche Medizin an die Erhellung der körperlichen Vorgänge ging, hatten in dem Chemiker Justus von Liebig (1803-1873) einen Wegbereiter gefunden, der die Grundnährstoffe in Eiweiße, Fette und Kohlehydrate aufteilte. Die physiologische Chemie wurde zur gesonderten Disziplin, man entdeckte die Grundlagen der Verdauungsphysiologie, der Stoffwechselvorgänge und der inneren und äußeren Sekretion. Die Entwicklung chemischer Reinsubstanzen und die Möglichkeit ihrer experimentellen Prüfung durch die neuen physiologischen Methoden eröffneten das Gebiet der wissenschaftlichen Pharmakologie. Die hier nur angedeuteten, sich überstürzenden Ereignisse in der Entwicklung neuer Verfahren und Methoden waren in wenigen Jahrzehnten zur Grundlage eines neuen medizinischen Weltbildes geworden. Man bediente sich nicht mehr nur der Naturwissenschaften, die wissenschaftliche Medizin selbst war zur Naturwissenschaft geworden, zur experimentellen Medizin. Ihr großer Theoretiker war der französische Physiologe Claude Bernard (1813-1878), der Entdecker der Pankreasfunktion und der Glykogensynthese, der nunmehr das Laboratorium zum Heiligtum der Medizin erklärte. Das entscheidende, die gesamte Theorie und Praxis umprägende Ereignis war aber die Zellulärpathologie von Rudolf Virchow, die an die Stelle aller humoralpathologischen und vitalistischen Krankheitsauffassungen eine biologisch und pathologisch allgemein verbindliche Grundtheorie des Lebendigen setzte. Virchow, gebürtig aus Schivelbein in Pommern, war Schüler von Johannes Müller in Berlin, ging von dort auf den Lehrstuhl für pathologische Anatomie in Würzburg und kehrte 1856 nach Berlin zurück. Nahezu fünf Jahrzehnte dominierte er dort als Forscher und Lehrer, als Arzt und Politiker; er war in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Weltautorität auf allen Gebieten der Medizin. Im Zentrum seines Lebenswerkes steht die Auffassung, »daß die Zelle wirklich das letzte Formelement aller lebendigen Erscheinungen sowohl im Gesunden als im Kranken ist, von welchem alle Tätigkeit des Lebens ausgeht«. Krankheit ist daher nichts anderes als eine »Zellentätigkeit unter abnormalen Umständen«, ihre Erforschung hat sich auf die physikalisch-chemischen Veränderungen der Zelle oder des Zellverbandes zu konzentrieren. Die Krankheit sitzt somit in der Zelle oder im Gewebe, also in den soliden Körperbauelementen damit war die Humoralpathologie als Lehre von der krankhaften Verhinderung der Säfte durch eine Solidarpathologie abgelöst. Virchows Lehre war zunächst streng morphologisch, sie gestattete jedoch die Ordnung einer überwältigenden Menge von Einzelerkenntnissen. In einem beispiellosen Siegeszug um die Welt wurde sie die Grundlage aller medizinischen Basiswissenschaften, vor allem der Pathologie, der Anatomie und der Embryologie. Kritische Erweiterung erfuhr die Zellulärpathologie durch die Frage nach den letzten Ursachen auch jener krankhaften Zellveränderungen, die man nun mehr als Krankheit ansah. Hier war es die Bakteriologie, welche mit dem Beweis der spezifischen Infektion der naturwissenschaftlichen Medizin die ersten großen praktischen Erfolge verschaffte. Im Jahre 1858 hatte der französische Chemiker Louis Pasteur (1822-1895) nachgewiesen, daß die Gärung des Weines kein rein chemischer Vorgang, sondern das Werk von Mikroorganismen sei. Er wies weiterhin nach, daß man durch Erhitzen der Flüssigkeiten (Pasteurisieren) die Mikroorganismen abtötet und die Zersetzung verhindert. Die Idee, daß das gefürchtete Wundfieber, der Hospitalbrand, von in ähnlicher Weise verschmutzten Wunden ausgehe, war 1847 schon durch Ignaz Semmelweis (1818-1865) in Wien auf empirische Weise angegangen worden; durch einfaches Händewaschen mit Chlörlösung beendete er in eindrucksvoller und zunächst angefeindeter Weise das Kindbettfieber in der Wiener geburtshilflichen Klinik. Aus Pasteurs Beobachtungen zog der englische Chirurg Joseph Lister (1827-1912) die Konsequenz, fiebererzeugende Keime durch einen mit Karbolsäure getränkten Wundverband von den Wunden fernzuhalten (Antisepsis) und darüber hinaus das Operieren selbst durch sterilisierte Instrumente und Vorbehandlung des Operationsfeldes möglichst keimfrei zu machen. An der Ausarbeitung des letzteren Verfahrens (Asepsis) beteiligte sich in hohem Maße die Chirurgie selbst, wo vor allem der Berliner Chirurg Ernst von Bergmann (1836-1907) bahnbrechend wirkte. 1878 führte der praktische Arzt Robert Koch (1843-1910) den Nachweis, daß der Milzbrand bei Mensch und Tier in jedem Falle von einem gleichen Erreger hervorgerufen werde; dies war der eigentliche Anfang der wissenschaftlichen Bakteriologie. In rascher Folge entdeckte man spezifische Krankheitserreger, wozu die von Koch ausgearbeitete Technik der Nährbodenzüchtung und verbesserter Färbemethoden wertvolle Dienste leisteten. 1879 fand Neisser den Gonokokkus, 1881 Pasteur den Pneumokokkus, 1882 Koch den Tuberkulosebazillus und 1883 den Choleraerreger, Klebs und Löffler beschrieben 1884 den Diphtheriebazillus, Kitasato 1894 den

Pesterreger, Schaudinn und Hoffmann 1905 den Erreger der Syphilis. Dies sind nur die wesentlichsten Stationen, welche in wenigen Jahrzehnten die Aufhellung der alten großen Volksseuchen mit sich brachten; hinzukommt eine Vielzahl ergänzender bakteriologischer Erkenntnisse in aller Welt. Sie veränderten ebenso das Bild der medizinischen Praxis, wie die Zellenlehre die theoretische Medizin geprägt hatte. Diese wurde durch die Erkenntnis erweitert, daß bestimmte Infektionskrankheiten nicht nur Veränderungen der Zelle im Gefolge hatten, sondern auch im Chemosmus des Blutes Änderungen bedingten. Die Entdeckung der Antitoxine eröffnete das weite Gebiet der Serologie und der Immunbiologie und hatte die Entwicklung von Schutzimpfungen und Serumtherapie zur Folge. Endokrinologie und Vererbungslehre erweiterten die Einsichten in die Dynamik und die Gesetzmäßigkeiten von Gesundheit und Krankheit und festigten die Grundlagen zur nunmehr eigenständigen Entwicklung der verschiedenen Spezialfächer. Aus diesen sei nur noch einmal die Chirurgie hervorgehoben, die im 19. Jahrhundert neben der Asepsis durch die Entwicklung geeigneter Schmerzbekämpfungsmethoden die Grundlage zu einer gewaltigen Erweiterung ihrer Möglichkeiten erarbeitete. Im Jahre 1844 versuchte der Zahnarzt Horace Wells (1815-1847) in Boston, eine Zahnextraktion mit Hilfe des als Belustigungsmittel bekannten Lachgases durchzuführen. Mit seinem Freund William Morton und dem Bostoner Chirurgen John Collins Warten wurde am 16. Oktober 1846 die erste Operation in Narkose vollzogen, diesmal mit dem von Morton erprobten ähnlich wirksamen Äther. James Young Simpson (1811-1870) in Edinburgh führte 1847 das Chloroform als Anaesthetikum ein, welches bald den Äther verdrängte. Damit waren der Chirurgie bisher undenkbare Eingriffe möglich, man drang in die Bauchhöhle (Theodor Billroth), in das Gehirn (Viktor Horsley) und später auch in die Brusthöhle (Ferdinand Sauerbruch) ein. Verschiedene Formen der örtlichen Betäubung kamen hinzu, letztlich erlaubten auch neue diagnostische Verfahren bessere Kontrollen des Eingriffes. Hierher gehört vor allem die 1895 erfolgte Entdeckung von Strahlen, welche die Weichteile durchdringen und Photographien des knöchernen Skelettes erlauben. Wilhelm Konrad Röntgen (1895-1922) hat damit die gesamte medizinische Diagnostik beeinflußt und ein eigenes Spezialgebiet der Therapie eingeleitet.

Dieser neue Aufstieg der Medizin rückte die Heilkunde in den Mittelpunkt des wissenschaftlichen Weltbildes im 19. Jahrhundert. Es gab scheinbar keine Grenzen der Erkenntnismöglichkeiten mehr, die sichtbaren Erfolge bewiesen die Folgerichtigkeit des eingeschlagenen Weges. Der Zeithintergrund mit seinen wachsenden sozialen Spannungen und Aufgaben war von nachhaltiger Wirkung auf das Arbeitsfeld jener Heilkunde, die nunmehr imstande war, die Seuchen zu bekämpfen, die Sterblichkeit zu senken und von der Wurzel her die Volksgesundheit zu heben. Virchow, der Zeit seines Lebens auch als aktiver Politiker tätig war, prägte das Wort von der Medizin als einer sozialen Wissenschaft; die Politik sei im Grunde genommen nichts weiter als eine Medizin im Großen. Der Heilkunde fiel es zu, die Bedeutung der gesamten Umwelt für Gesundheit und Krankheit zu erforschen und praktische Maßnahmen zur Beseitigung des Völkerelendes vorzuschlagen. Die Folge davon war ein erster Aufschwung der Sozialhygiene und der Präventivmedizin, womit die Heilkunde zu einem bedeutsamen Faktor in der gesamten Sozialbewegung des 19. Jahrhunderts geworden ist. Mit den Erfolgen der Bakteriologie ging man an die Sanierung der Städte und ganzer Landstriche, die Entdeckung der Seuchenerreger senkte die Sterblichkeit von Jahrzehnt zu Jahrzehnt. 1875 führte Preußen die gesetzliche Impfpflicht gegen die Pocken ein, ein Verfahren, das schon 1796 durch den englischen Landpraktiker Edward Jenner (1749-1823) erfolgreich erprobt worden war. Berufserkrankungen und Geschlechtskrankheiten wurden gesetzlich zu steuern versucht, auch die Einführung der staatlichen Krankenversicherung in Deutschland im Jahre 1884 war als prophylaktische Maßnahme gedacht. Von den charakteristischen Zügen unserer heutigen Medizin ist somit kaum einer nicht schon im 19. Jahrhundert entwickelt worden. Dennoch erkennen wir heute immer deutlicher, daß die Probleme von Krankheit und Gesundheit nicht mehr ausschließlich mit den Mitteln der naturwissenschaftlichen Medizin anzugehen sind. Dies gilt schon für den konkreten Bereich, wo etwa die Solidarpathologie durch die Endokrinologie eine wiederum humoraltheoretische Belebung erfahren hat und wo die Erforschung der Mikrostrukturen in Genetik und Virologie neue Probleme in den Grundstrukturen der Körpersubstanz eröffnet. Vor allem aber hat sich die Aufmerksamkeit unserer letzten Jahrzehnte in zunehmendem Maße auf die psychischen und gesellschaftlichen Belastungen des Menschen gerichtet und deren Rolle auch in der Entstehung der körperlichen Krankheiten mit einem neuen Akzent versehen. Am Anfang steht hier die Bewegung, die von dem Wiener Neurologen Sigmund Freud (1856 bis 1939) ausging, und die im Unbewußten des Menschen den Schlüssel zur Erkenntnis seiner psychischen und physischen Reaktionsweisen sucht (Psychoanalyse). Der Versuch einer kritischen Einordnung und Handhabung aller Erkenntnisse der letzten hundert Jahre und die unablässige Suche, der Krankheit weiteren Boden abzugewinnen, bestimmen das erneut in Bewegung geratene Bild der Medizin unserer eigenen Zeit.

2. Motive und Formen der Krankenpflege

Wenn wir nach den treibenden Kräften fragen, die der Erneuerung der Krankenpflege im 19. Jahrhundert ihren entscheidenden Antrieb verliehen, so können wir diese den vier grundsätzlichen Organisationsformen ableiten, die das 19. Jahrhundert erneuert bzw. entwickelt hat: die katholische Ordenspflege, die protestantische Diakonie, die weltlichen Mutterhausverbände und die freiberufliche Krankenpflege. Die organisatorische Reform der Krankenpflege angesichts neuer Anforderungen in Medizin und Gesellschaft ist die große Leistung des 19. Jahrhunderts. Die dahinterstehenden Motive sind nicht nur aus Medizin und Pflege selbst ableitbar; sie entstammen ebenso eindeutig der großen geistigen und gesellschaftlichen Umschichtung der Zeit. Neben dem Umbruch der Medizin und dadurch bedingten neuen wissenschaftlichen Anforderungen an die Pflege gehören hierzu der öffentliche Dienstwille der Frau, Krieg und Nationalismus, die soziale Frage und die Emanzipation als wichtige Impulse der Entwicklungen in der Pflege. Nur diejenigen Schwerpunkte können hier herausgearbeitet werden, welche die grundsätzlichen Strukturen des heutigen Pflegewesens noch bestimmen, die moderne Problematik des Verbandswesens gehört nicht mehr zur Geschichte, sondern zum eigenständigen Bereich der Berufskunde.

a) Restauration, Romantik und Ordenspflege

Nach dem Sturz der alten Ordnung durch die französische Revolution hatte Kaiser Napoleon angesichts der drückenden Verhältnisse in den Hospitälern die weiblichen caritativen Ordensgenossenschaften wieder zugelassen und unter seinen besonderen Schutz gestellt. Er berief 1807 ein Generalkapitel der Barmherzigen Schwestern, bei dem 31 Pflegegemeinschaften vertreten waren. Bereits 1814 waren in Frankreich wieder mehr als 12000 Schwestern in 300 Anstalten tätig; neue Kongregationen mit gleichen Zielen und Regeln entstanden während des ganzen Jahrhunderts in Europa und Übersee. In den ersten Jahrzehnten wurden für Deutschland vor allem drei weibliche Pflegeorden bedeutsam, die alle zur Gruppe der Barmherzigen Schwestern zu rechnen sind. Das Mutterhaus Nancy entsandte die Borromäerinnen in Krankenhäuser des damals französisch beeinflussten Rheinlandes und gründete 1849 ein eigenes Provinzialmutterhaus in Trier. Von Straßburg aus entfalteten die Vinzentinerinnen ihre Tätigkeit zunächst im katholischen Bayern, wo König Ludwig I. den Entschluß gefaßt hatte, die Krankenpflege in seinem Land durch die Barmherzigen Schwestern auf eine neue Grundlage zu stellen. Neben München (1832) entstanden in rascher Folge selbständige Niederlassungen an anderen Orten Deutschlands, so in Fulda (1834), Paderborn (1841) und Hildesheim (1857). Die erste deutsche Kongregation von Barmherzigen Schwestern wurde am 1.11.1808 in Münster durch den Bischoff Clemens Droste zu Vischering (1773-1845) ins Leben gerufen. Nach dem Vorbild der Vinzentinerinnen wurde die Regel gestaltet, an deren Ausarbeitung die erste Oberin Maria Alberti (1767-1812) tätigen Anteil hatte. Sie war die zum katholischen Glauben übergetretene Tochter eines evangelischen Pfarrers aus Hamburg und hat im Gedankenaustausch mit Bischof Clemens Satzungen entwickelt, die weit über den eigenen Rahmen der Gemeinschaft der Klemensschwwestern wirksam werden sollten. Diese erste Pflegeerneuerung des 19. Jahrhunderts erfolgte in Deutschland unter dem tätigen Einsatz der fahrenden Köpfe der deutschen Romantik, vor allem von Clemens von Brentano und Joseph Görres. Brentano reiste 1827 mit dem Koblenzer Stadtrat und Armenvater Hermann Joseph Dietz über Trier nach Frankreich, um Material für eine Schrift zu sammeln, die 1831 unter dem Titel »Die Barmherzigen Schwestern« in Bezug auf Armen und Krankenpflege erschien und von der er 1838 an seine Freundin und Betreuerin des Koblenzer Bürgerspitals Luise Hensel schrieb »Wunderbar war die Wirkung meines Buches über die barmherzigen Schwestern.« In der Tat war es der direkte Einfluß und die Beratung von Brentano und Görres, die 1832 den Anstoß zur Einführung der Barmherzigen Schwestern auch in Bayern und in übrigen Teilen Deutschlands bewirkt hatten. Görres hatte mit klarem politischem Instinkt im Novemberheft 1831 der Zeitschrift »Katholik« die Chance des gerade herrschenden Cholera-Schreckens genutzt, um für die Erneuerung katholischer Wohlfahrtsanstalten einzutreten; er überschrieb seine Anzeige des Brentanoschen Buches mit dem Titel »Staat, Kirche und Cholera«. Damit haben wir ein wichtiges Motiv gewinnen können, welches für den katholischen Zweig der Pflegeerneuerung in unserem Raume wirksam geworden ist. Es ist dies die deutsche Romantik mit ihrer besonderen Hinwendung zu den Traditionen des Mittelalters und ihrer Ehrfurcht vor der Römischen Kirche. Es muß hierzu erwähnt werden, daß die führenden Persönlichkeiten der Krankenpflege im deutschen Westen unter dem Einfluß der Romantik zum Katholizismus konvertiert waren: hierzu gehört Brentano selbst, der Graf Leopold zu Stolberg mit seinem Einfluß auf Amalie Sieveking und Theodor Fliedner sowie die schon genannte Oberin der Klemensschwwestern in Münster, Maria Alberti. Diese Bewegung hat den guten Ruf der traditionellen Ordenspflege auch unter der evangelischen Bevölkerung weiterverbreitet. Aufrufe zu analogen Bestrebungen im evangelischen Raume äußern sich seit etwa 1830 häufig und in positiver Form zu dieser katholischen Tätigkeit. Hengstenbergs Evangelische Kirchenzeitung berichtet wiederholt über diese »Ehre und Zierde der Katholischen Kirche« und stellt den Bericht von 1833 unter das Motto: »Ich will Euch zum Wetteifer reizen« (Röm 10, 19). Die sich solchermaßen am katholischen Vorbild orientierenden ersten protestantischen Entwürfe - ob es sich um Amalie Sieveking, Johann Daniel Neigebaur, den Freiherrn vom Stein, Johannes Evangelista Goßner oder letztlich um Theodor Fliedner handelt - beinhalten alle den gleichen Grundgedanken: die Kritik an der derzeitigen Krankenpflege, insbesondere Irrenpflege durch die »christuslose Philanthropie« bürgerlicher Behörden, die Forderung nach einem protestantischen »Jungfrauenorden« als notwendige Entwicklung, die Beachtung der katholischen Mutterhausregeln, ihrer Verpflichtungen und ihrer übernommenen Aufgabengebiete.

b) Die protestantische Diakonie

Die Tätigkeit der katholischen Orden standen in der ungebrochenen Tradition der alten kirchlichen Pflegegemeinschaften und stellen von der Organisation her kein eigentliches Reformwerk dar. Ihre Tätigkeit war jedoch Vorbild für mehrere Versuche privater Initiative, im außerkirchlichen Bereich eine fürsorgliche und pflegende Tätigkeit zu entfalten. So plante die Hamburger Kaufmannstochter Amalie Sieveking (1794-1859), die Leiterin einer Privatschule für Mädchen, die Kräfte vieler unverheirateter Frauen in einer Gemeinschaft zusammenzufassen, wobei ihr als Endziel eine evangelische Entsprechung zu den Barmherzigen Schwestern vorschwebte. Sie konnte diesen Plan nicht realisieren, gründete jedoch unter dem Eindruck der großen Choleraepidemie des Jahres 1831 in Hamburg einen »Weiblichen Verein für Armen- und Krankenpflege«. Während der Epidemie hatte sie sich selbst an der Cholerapflege beteiligt und durch ihre Uneigennützigkeit die Achtung der Umwelt erworben. Ihr Verein sollte nunmehr mit Hilfe gebildeter Frauen vor allem die Hauspflege aktivieren und notleidender Familien durch Arbeitsbeschaffung behilflich sein. Ähnliches versuchte der Berliner Prediger Johannes Evangelista Goßner (1773-1858); die Wirkung dieser kleinen Pflegevereine angesichts der herrschenden Bedürfnisse nach einer geordneten Krankenpflege blieb aber von geringer Bedeutung. Ihre Tätigkeit gehört jedoch zu den Vorstufen jener evangelischen Bewegung, die aus der Erneuerung des frühchristlichen Diakoniegedankens ein wirksames Element der Krankenpflegereform hervorbringen sollte. Den Vorschlag, Frauenvereine im Sinne des alten Diakonissenamtes auf ehrenamtlicher Basis in den Dienst der Kirche zu stellen, hatte schon 1820 der Pfarrer aus Bislich bei Wesel, Friedrich Klänne (1794-1834) veröffentlicht. Dieser Plan konnte indessen auf breiterer Basis nicht wirksam werden, seine Realisierung verlangte eine weiter gespannte Konzeption; sie war das Werk des Pfarrers der kleinen evangelischen Gemeinde in Kaiserswerth, Theodor Fliedner (1800-1864). Fliedner war der Sohn des Pfarrers von Eppstein im Taunus. Nach dem frühen Tod seines Vaters studierte er mit Unterstützung von Freunden der Familie an den theologischen Fakultäten von Gießen und Göttingen und

trat 1822 sein erstes Pfarramt in Kaiserswerth an. Die Not der Gemeinde zwang ihn zu Kollektentreisen nach Holland und England, wo er die durch Elisabeth Fry begründete Gefangenenfürsorge kennenlernte. Nach diesem Beispiel begründete er 1826 einen eigenen Verein für Gefangenenfürsorge, die Rheinisch-Westfälische Gefängnisgesellschaft, und beginnt in zunächst kleinem Maßstab vornehmlich mit der Fürsorge für entlassene weibliche Strafgefangene. Seine nächste Initiative galt der Verbesserung des Erziehungswesens, wozu in Düsseldorf 1835 der Verein zur Einrichtung von Kleinkinderschulen ins Leben gerufen wurde. Aus einem Seminar für Kleinkinderlehrerinnen entwickelte sich später ein evangelisches Lehrerinnenseminar. Sowohl dem Asyl für weibliche Strafgefangene wie auch der Lehrerinnenbildung verschaffte Fliedner Räumlichkeiten in Kaiserswerth. Die Krankenpflege ist erst das dritte große Arbeitsgebiet, welches Theodor Fliedner in Angriff nimmt. Der äußere Anstoß kam auch hier aus der dringenden Notwendigkeit nach besserem Pflegepersonal, durch die gleichzeitige Verwirklichung des Diakoniegedankens erhielt die Idee jedoch grundsätzlicheren Charakter. Wir müssen daher die sachlichen und die theologischen Absichten Fliedners gesondert ins Auge fassen. Im Jahre 1836 gründete er den »Evangelischen Verein für christliche Krankenpflege in der Rheinprovinz und Westfalen«, kaufte ein Haus in Kaiserswerth und richtete darin ein Krankenhaus ein. Ziel des Vereins war nach § 2 der Satzung »den hilfsbedürftigen und leidenden Teilen der bürgerlichen Gesellschaft, vorzugsweise den armen Kranken Hilfe zu leisten mittels evangelischer Pflegerinnen, welche das Diakonissenamt im apostolischen Sinne unter ihnen verwalten, sowohl in Krankenhäusern als in den Wohnungen derselben. Dies besagte also, daß es Fliedner um die Pflege der Armen unter den Kranken ging, daß sie sowohl in Krankenhäusern als auch zu Hause gepflegt werden sollen, daß dies durch weibliche Pflegekräfte geschehen soll, die schließlich Diakonissen zu sein haben, also nach dem Vorbild der frühchristlichen Gemeinden ein kirchliches Amt ausüben. Für die äußere Organisation und die sachliche Ausrichtung seines Unternehmens orientierte sich Fliedner am Vorbild der Barmherzigen Schwestern. Er übernahm deren Prinzip des Mutterhauses im Hinblick auf die enge Verbindung der Schwestern untereinander, der Altersversorgung, der leitenden Stellung der Vorsteherin und anderer nützlicher Einzelheiten. Die Regeln der Borromierinnen in Koblenz und der Klemensschwestern in Münster studierte er sehr genau und entnahm ihnen wesentliche Elemente für seine Anweisungen zur Krankenpflege. Im Gegensatz zu den Barmherzigen Schwestern unterstellte er jedoch von Anfang an die Ausbildung in der »leiblichen Krankenpflege« einem Arzt, der den Diakonissen wöchentlich eine Stunde theoretische und praktische Anleitungen zu geben hatte. Dem Unterricht lag die 1832 in Berlin erschienene »Anleitung zur Krankenwartung« des Charite-Arztes Johann Friedrich Dieffenbach (1792-1847) zugrunde, später die Neufassung dieses Werkes von seinem Schüler Carl Emil Gedike. Dieffenbach hatte ebenfalls 1832 nach dem Muster Franz Anton Mais eine Krankenwärterschule errichtet, sein hierfür verfaßtes Buch entsprach in Aufbau und Inhalt der Maischen Vorlage bis zur oft wörtlichen Übereinstimmung. Der Unterricht wurde ergänzt durch Instruktionen, welche den Schülerinnen durch die erste Diakonisse Gertrud Reichardt, einer erfahrenen Pflegerin, und durch Fliedners Frau vermittelt wurden. Seit ihrer Heirat 1828 war Friederike Fliedner (1800-1842) an der Arbeit ihres Mannes in hohem Maße beteiligt und als erste leitende Vorsteherin zur Mitschöpferin des Diakonissenwerkes geworden. Fliedners eigene Anweisungen zur Krankenpflege wie auch seine Hausordnung und Dienstanweisung für die Diakonissen reflektieren seine theologischen Grundgedanken. Er hatte vom Pietismus die Vorstellung übernommen, daß das Reich Gottes schon in dieser Welt zum Ziele komme, in einem paradiesischen irdischen Christusreich am Ende der Zeiten. Alle Gläubigen waren aufgefordert, sich in missionarischem Dienst in diesen Reich-Gottes-Gedanken zu stellen; einen dieser missionarischen Dienste sah er in der Krankenpflege der Diakonissen. Diese treten damit in ein dreifaches Dienstverhältnis: sie sind Dienerinnen Jesu, Dienerinnen der Kranken um Jesu willen und Dienerinnen untereinander. Unter dein zweiten Dienstverhältnis stehen alle Anweisungen zur Krankenpflege, daß also getreu dem Matthäusewort der Kranke stellvertretend für Christus steht und die Diakonisse in ihrer Pflege dem Herrn selbst dient: »Sie beweise in all ihrer leiblichen Pflege des Kranken solche Liebe, Zartheit, Geduld, Sanftmut und Ausdauer, daß man gewahr werde, sie pflege den Kranken, als pflege sie den Leib des Herrn Jesu selbst, und empfange dazu die Kraft aus der Höhe.« Fliedners Auffassung von der Krankheit als sichtbares Zeichen Gottes unterstützte die seelsorgerische Fundierung der Diakonissenpflege. Die Diakonisse hat durch die Art ihrer Pflege beim Kranken eine gottgefällige und geduldige Seelenstimmung zu erwecken, schon die normalen Pflegeakte tragen damit missionarischen Charakter und sind Reich-Gottes-Arbeit. Hinzu kommen jedoch spezielle Aufgaben in »geistlicher Krankenpflege«, die den Schülerinnen von Kaiserswerth in abendlichen Konferenzen vermittelt wurden. Diese übernahm Fliedner größtenteils selbst und unterrichtete in Bibelkunde, Glaubenlehre und Ethik der Krankenpflege, wie auch in Schriftenkenntnis und anderen nützlichen Dingen. Die seelsorgerische Aufgabe der einzelnen Schwester bestand in der Praxis im wesentlichen aus Vorlesen und Gespräch mit dem Kranken, auch die Anleitung zur Handarbeit rechnete Fliedner zur »geistlichen Pflege«. Diese soll aber die Diakonisse alles nur nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Zeit einrichten, denn grundsätzlich hat bei Fliedner die leibliche Pflege den Vorrang vor der geistlichen. Streng trennt er den Aufgabenbereich von Arzt und Seelsorger, nur die Diakonisse als Krankenpflegerin verbindet beide Aufgaben und bringt durch ihr Tun die Einheit von Leib und Seele zum Ausdruck. Fliedners Bedeutung liegt nicht so sehr in der Originalität seiner Gedanken; vieles davon ist bei Vinzenz von Paul und in der Pflegestruktur der alten Pflegegemeinschaften vorgebildet. Mit einem lebendigen Sinn für das Notwendige und Realisierbare hat er jedoch mit sicherem Griff das Brauchbare übernommen und als geschickter und unermüdlicher Organisator die Diakonissenpflege auf eine feste Grundlage gestellt. Das Neue an seinem Werk läßt sich in wenigen Worten zusammenfassen: er hat das Mutterhaus zu einer Lebensform auch für nicht ordensgemäß gebundene Frauen gestaltet, er hat im evangelischen Bereich die erste organisierte und geschlossene Pflegegemeinschaft geschaffen, er hat durch die Form des Unterrichtes den Typ einer neuzeitlichen Schwesternschule vorbereitet, und er hat letztlich der Verbreitung einer christlichen Berufsethik neue Wege geebnet. Die Krankenpflege durch Diakonissen breitete sich unter großer Anteilnahme staatlicher und städtischer Behörden rasch aus. Bald nach der Gründung von Kaiserswerth entstanden eine Reihe selbstständiger Mutterhäuser und Tochtergründungen an anderen Orten Deutschlands, wozu teilweise von Fliedner ausgebildete Diakonissen Einsatz fanden. Bei dieser Organisationsarbeit wurde er von seiner zweiten Frau Caroline Bertheau (1811-1892) unermüdlich unterstützt; er hatte sie nach dem Tode von Friederike Fliedner durch Amalie Sieveking kennengelernt

und im Jahre 1843 geheiratet. 1849 entstand die erste Niederlassung in Pittsburgh/USA, 1851 eine weitere in Jerusalem. Andere Häuser wurden gegründet oder übernommen in fast allen europäischen Ländern, auf dem Balkan, in Rußland und in Nordafrika. Als 1861, drei Jahre vor Fliegners Tod, aus Anlaß der 25-Jahr-Feier die Vorstände aller Mutterhäuser nach Kaiserswerth kamen, waren bereits 28 Mutterhäuser mit 1207 Diakonissen in aller Welt tätig; Kaiserswerth selbst zählte 380 Diakonissen an 83 auswärtigen Stationen.

c) Die Krankenpflege im Kriege

Ein weiteres wichtiges Motiv für die Entstehung neuer organisatorischer Pflegeformen sind die vielfältigen Kriege des 19. Jahrhunderts. Sie standen in den jeweiligen kriegführenden Nationen unter der Gewalt eines elementaren Nationalismus und Patriotismus und waren von nicht zu unterschätzendem Einfluß auf die Struktur der Krankenpflege, ihrer Träger und ihrer Aufgaben. Ein erster Anstoß erfolgt in Deutschland zur Zeit der Befreiungskriege von der napoleonischen Herrschaft. Ein allgemeiner Wille zum Eingreifen in Sachen des Gemeinwesens besinnt hierbei auch einen Aufbruch des weiblichen Geschlechtes zu sozialem Wirken im Kriege. Am 13. März 1813, eine Woche nach dem berühmten Aufruf des preußischen Königs »An mein Volk« wurde von neun deutschen Prinzessinnen ein »Aufruf an die Frauen im preußischen Staate« unterzeichnet, dessen starker Widerhall in allen Schichten des deutschen Volkes ungeheuer war. Es bildeten sich an vielen Orten vaterländische Frauenvereine zu unmittelbarer Hilfeleistung, wie sie von den Prinzessinnen vorgeschlagen worden waren. Auch nach den Freiheitskriegen stellten sich solche Vereinigungen unter das Motto der Schrift der Betty Gleim: »Was hat das wiedergeborene Deutschland von seinen Frauen zu fordern?«, und die Satzungen etwa des Vereins von Frauen und Mädchen in Frankfurt 1814 nennt unter seinen Zielen außer der Krankenpflege schon die Hinterbliebenen-Hilfe sowie »daß man überhaupt da zu helfen im Sinne habe, wo Hilfe nötig ist«. Diese idealistischen Ziele der Frauenbewegung aus den Freiheitskriegen sind in Deutschland nach der Revolution 1848 mit politischem Akzent wieder aufgetaucht; das berühmte erste Programm von Luise Otto-Peters verlangte die Erziehung der Frau zu selbständiger wirtschaftlicher und geistiger Arbeit im Dienste nationaler und sozialer Ideale. Dies war der Boden, auf dem 1865 in Leipzig der Allgemeine Deutsche Frauen-Verein gegründet wurde, hierauf beruhen auch teilweise die Erfolge der neuentstehenden großen Krankenpflegeverbände. Diese entfalten ihre Tätigkeit in unmittelbarem Zusammenhang mit den großen Kriegen der Jahrhundertmitte, wobei das patriotisch gefärbte Motiv des Völkerwettstreites auch aus der Krankenpflege nicht auszuklammern ist. In einem geradezu pathetischen Humanitätsaufbruch kommen hier Motive zum Tragen, die von der selbstlosen Hilfsbereitschaft bis zur Vermeidung der »nationalen Schande« eines pflegerisch schlecht betreuten Heeres reichen. In diesen Zusammenhang gehören die zwei wichtigsten, zunächst außerdeutschen Entwicklungen der Nightingale-Bewegung und des Roten Kreuzes.

England

Die dortigen Verhältnisse sind in ihren Vorbedingungen mit den Ereignissen auf dem Kontinent insofern nur bedingt zu vergleichen, als die Traditionen der Krankenpflege in England völlig andere Wege gegangen sind. Wir müssen daher zum besseren Verständnis noch einmal etwas weiter in die Geschichte zurückgreifen. Im 16. Jahrhundert war unter König Heinrich VIII. (1491-1547) die Loslösung der englischen Kirche von Rom erfolgt, es entstand die anglikanische Staatskirche mit dem König als kirchlichem Oberhaupt, katholischer Verfassung und Kultformen und einem lutherisch-calvinistischen Mischbekenntnis. Zwischen 1534 und 1539 kam es im Zuge dieser Umgestaltung zur Aufhebung aller Klöster, ihr riesiger Besitz wurde an Adel und Bürgertum verkauft. Damit war die Tradition der hier tätigen katholischen Pflegeorden unterbrochen, auch das seit dem hohen Mittelalter sehr reich verzweigte Hospitalwesen war der Auflösung nahe. Auf Drängen der Bürgerschaft setzt Heinrich VIII. jedoch die Tätigkeit der wichtigsten Hospitäler wieder ein, die nun durch private Wohltätigkeit weiter finanziert wurden. In London waren im 16. und 17. Jahrhundert vor allem St. Bartholomews und St. Thomas führend, zwei Hospitäler, deren Ursprünge im 12. Jahrhundert liegen. In ihnen arbeiteten bezahlte, vornehmlich weibliche Pflegekräfte (sisters) unter der Aufsicht einer »matron«; sie bewohnten einen gemeinsamen Schlafsaal und unterstanden bestimmten Verhaltens- und Pflegeregeln. Im 18. Jahrhundert ging auch durch England eine Welle von Hospitalgründungen; reisende Ärzte stellten die Ordnung des Londoner Hospitalwesens weit über die Pariser Verhältnisse. Besondere Aufmerksamkeit erregten die Sisters, die für die Erhaltung der Ordnung in den Krankensälen sorgten; ihnen unterstanden noch einmal besondere nurses, denen die direkte Wartung der Kranken anvertraut war. Pro Saal wurden 1-4 Pflegekräfte angegeben, sie wurden vom Hospital unterhalten und mäßig entlohnt. Am Hospital in Edinburgh waren auch männliche Clerks tätig, im großen und ganzen dominierte jedoch im 18. Jahrhundert in England bereits die ausschließlich weibliche Krankenpflege. Um die Wende des 19. Jahrhunderts traten in den englischen Hospitälern die gleichen kritischen Mißverhältnisse auf, die wir schon für die kontinentalen Verhältnisse geschildert hatten. Der medizinische Aufschwung, die Überfüllung der Krankenhäuser und der niedrige Ausbildungsstand der Pflege waren nicht mehr miteinander zu vereinbaren. Unter der zunehmend ungebildeten Schwesternschaft kam es zu Erscheinungen, wie sie Charles Dickens (1812-1870) in seiner Erzählung »Martin Chuzzlewit« mit Recht geschildert hat. Die ersten Reformversuche kamen aus den Reihen der Quaker, jener durch George Fox (1624-1691) gegründeten »Society of Friends«, die in Anlehnung an den Protestantismus einen eigenständigen Christusglauben entwickelt hatte. Sie zeichneten sich durch vielfältige humanitäre Bemühungen aus und hatten am Ende des 18. Jahrhunderts in York ein eigenes Irrenhospital gegründet. Zu ihnen gehörte Elisabeth Fry (1780 bis 1845), eine verheiratete Frau mit elf Kindern, die ab 1813 im Newgate-Gefängnis in London fürsorglich zu arbeiten begann; es war diese Arbeit, die Fliegnier die ersten Anregungen gegeben hat. Umgekehrt hat Elisabeth Fry durch einen Besuch in Kaiserswerth im Jahre 1840 den Anstoß erhalten, in London einen Verein für Krankenpflegerinnen ins Leben zu rufen. Zwanzig sorgfältig ausgewählte junge Frauen wurden zur Unterweisung in die Hospitäler geschickt, sie lebten gemeinsam in einem Heim und bezogen ihren Unterhalt von dem Institut. Nach einigen Monaten wurden diese »Fry Nurses«, wie sie genannt wurden, in die private Hauspflege ausgesandt. Die eigentliche Reform der Krankenhauspflege begann 1848 mit der Gründung des ersten Krankenpflegeordens der anglikanischen Kirche, dem Orden von St. John, dem »Ausbildungsinstitut für

Krankenpflegerinnen in Krankenhäusern, Familien und für die Armen«. Hier gab es, wie schon im 18. Jahrhundert, zwei Gruppen von Pflegerinnen, die gesellschaftlich voneinander geschieden waren. In die Gruppe der »Nurses« rückten nach zweijähriger Tätigkeit die Schülerinnen auf, sie erhielten nach Abschluß der Ausbildung Gehalt, Wohnung und freie Station. Die »Sisters« stammten aus gehobenen Gesellschaftsschichten, stifteten gewöhnlich erhebliche Zuwendungen und konnten bei ihren Angehörigen wohnen. 1856 übernahm der Orden das King's College Hospital und pflegte auch in verschiedenen anderen Hospitälern. Gleichzeitig entstanden auch wieder einige römisch-katholische Pflegegemeinschaften auf englischem Boden. Dies waren die Verhältnisse, als sich England im nationalen Interessensstreit der Jahrhundertmitte an einem Krieg beteiligte, der von folgenreicher Bedeutung für die Krankenpflege werden sollte. Im Jahre 1854 hatte Zar Nikolaus I von Rußland die Schutzherrschaft über alle griechischen Christen im türkischen Reich gefordert und damit die alten russischen Eroberungspläne gegenüber Konstantinopel wieder erneuert. Hiergegen verbündeten sich England und Frankreich mit dem türkischen Sultan und landeten Truppen auf der Krim. Der Kriegskorrespondent der Londoner »Times« berichtete über die verlustreichen Schlachten und schilderte die unmöglichen Verhältnisse in den englischen Lazaretten, wohingegen die Franzosen durch die Anwesenheit Barmherziger Schwestern weit besser versorgt wären. Die Berichte hatten eine Welle der nationalen Empörung zur Folge; der Kriegsminister Sidney Herbert bat eine mit ihm freundschaftlich verbundene Frau, die Organisation der Pflege in der Türkei zu übernehmen: Florence Nightingale (1820-1910). Sie stammte aus einer vermögenden Familie, ihr Vorname war ihrem Geburtsort Florenz nachgebildet. Auf vielen Reisen mit ihren Eltern und Freunden erwarb sie sich umfassende Sprachkenntnisse und eine ungewöhnlich hohe Bildung auf vielen anderen Wissensgebieten. Ihrem früh geäußerten Wunsch, sich caritativen Aufgaben und besonders der Krankenpflege zu widmen, stand ihre gesellschaftliche Stellung entgegen, die in der viktorianischen Zeit keinem Mädchen aus ihren Kreisen eine Tätigkeit in der Öffentlichkeit gestattete. Die Familie lehnte daher ihren Wunsch ab, für drei Monate in ein Krankenhaus zu gehen und die Pflege zu erlernen. Dennoch studierte sie alles erreichbare Material über das Krankenhauswesen in aller Welt und nahm 1850 Gelegenheit, auf der Rückkehr von einer Ägyptenreise für 14 Tage in Kaiserswerth Station zu machen. Die Arbeit der Diakonissen beeindruckte sie sehr, wenn sie auch mehr die geistige Haltung lobte als die nach ihrer Ansicht nicht ganz gleichwertige praktische Pflegearbeit. 1851 kehrte sie für drei Monate dorthin zurück, während ihre Schwester in Karlsbad zur Kur weilte. Überzeugt, daß die Ausbildung der katholischen Pflegeorden die bessere sei, erwirkte sie sich 1853 die Möglichkeit, bei den Barmherzigen Schwestern der Maison de la Providence in Paris zu arbeiten. Zwei dortige Aufenthalte wurden jedoch durch äußere Umstände auf nur wenige Wochen verkürzt, dafür bot man ihr nach ihrer Rückkehr den Posten der leitenden Oberin eines Krankenhauses für gebildete Frauen an. Dort arbeitete sie ein Jahr, unterbrochen von einer kurzen Zeit der Notpflege im Middlesex-Hospital während einer Choleraepidemie, als sie der Ruf des Kriegsministers erreichte, auf den Kriegsschauplatz zu gehen. Sie hatte ihm den gleichen Dienst in einem sich mit dem seinen überkreuzenden Brief angeboten. Mit einer Gruppe von 38 Schwestern, darunter 10 katholischen Ordensfrauen und 6 Schwestern von St. John kam Florence Nightingale im November 1854 in der Türkei an. Sie arbeitete in den nächsten 18 Monaten hauptsächlich in Skutari. Mit drastischen Maßnahmen und in ständigem Kampf mit den Armeestäben und den Behörden sorgte sie allmählich für Ordnung und Sauberkeit, gute und sachgemäße Pflege, gesunde Ernährung und zureichende Zuteilung von Wäsche und Kleidung in den Lazaretten. Unordentliche Wärterinnen schickte sie zurück, neu eintreffende Gruppen von Pflegerinnen unterstellte sie kategorisch ihrer Leitung. Dreimal besuchte sie den Kriegsschauplatz auf der Krim, den Ärzten schuf sie durch Verbesserung der Operationsmöglichkeiten und Sektionsverhältnisse eine Grundlage zum Ausbau der Heeresmedizin. Im Februar 1856 erhielt sie den Titel einer Generaloberin der weiblichen Krankenpflege der Militärkrankenhäuser der Armee und kehrte erst ein halbes Jahr nach Friedensschluß im August des gleichen Jahres nach England zurück. Nach ihrer Rückkehr arbeitete sie zunächst weiter an der Verbesserung des englischen Heeressanitätswesens und nahm 1860 ihren alten und eigentlichen Wunsch in tätigen Angriff: die Krankenpflege zu einem gut ausgebildeten und öffentlich anerkannten Beruf zu machen. Die Grundlage hierzu schuf ein 1855 errichteter Nightingale-Fonds, mit dessen Summe am 4. Juni 1860 dem St. Thomas-Hospital in London die erste Krankenpflegeschule nach den Vorstellungen von Florence Nightingale angegliedert wurde. Neu daran war die Tatsache, daß die Schule vom Krankenhaus unabhängig war und durch die Stiftung unterhalten wurde. Die Schülerinnen erhielten eine einjährige Ausbildung, arbeiteten daneben als Hilfspflegerinnen im Krankenhaus und wurden dann für zwei weitere Fortbildungsjahre verpflichtet. Den theoretischen Unterricht in der Schule versahen hierfür bezahlte Ärzte und Oberpflegerinnen. Die Leitung der Schule hatte Florence Nightingale nicht selbst übernommen, sondern der Oberin des St. Thomas-Hospitals Mrs. Wardroper an vertraut; ihre Persönlichkeit garantierte die Forderung, die Schule zum Ausgangspunkt einer planmäßig und sachgerecht ausgebildeten Hospitalpflege zu machen. Damit waren die zwei wesentlichen neuen Aspekte für eine Reform der Krankenpflege in die Wege geleitet, daß nämlich erstens die Krankenpflege auf den Stand eines erlernten Berufes gehoben werden solle und daß zweitens die Frau innerhalb der Gesellschaft ebenfalls die Möglichkeit erhält, eine öffentlich anerkannte Ausbildung zu erhalten. Letztlich war die vom Krankenhaus unabhängige und diesem nur zu Ausbildungszwecken angegliederte Form der Schwesternschule eine wesentliche Neuerung. Das »Nightingale System« fand zunächst in den englischen Kolonien, in Amerika und in den skandinavischen Ländern Nachahmung, erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts drangen seine Elemente auch in andere Verbandsformen ein. Florence Nightingale arbeitete bis zu ihrem Tode zurückgezogen an vielen Problemen der öffentlichen Gesundheitspflege, des Hospitalwesens und anderer staatlicher Interessengebiete. In zahlreichen Schriften und einem ausgedehnten Briefwechsel hat sie fruchtbare Gedanken zu all diesen Gebieten niedergelegt, wovon für ihre Auffassung von der Krankenpflege vor allem die 1859 entstandenen Notes on Nursing, die Bemerkungen über Krankenpflege, was sie ist und was sie nicht ist, bedeutungsvoll geworden sind. Nach dem Vorwort sind diese »keineswegs Denkübungen zum Selbstunterricht in der Krankenpflege; sie sind auch kein Handbuch zur Schulung von Krankenpflegerinnen in der Krankenpflege. Aber sie sollen die Frauen, denen die Verantwortung für die Gesundheit anderer obliegt, zum Denken anregen«. In späteren Jahren wandte sie sich der christlichen Mystik zu und half dem Philosophen Benjamin Jowett bei der Übersetzung der Dia-

loge des Plato. Ein langer Lebensabend ließ ihre Gestalt zum Symbol werden, während Tausende von Nightingale-Schulen bereits in aller Welt in Tätigkeit waren.

Das Rote Kreuz

Ein Jahr vor der Gründung der Nightingale-Schule war der Krieg der Verbündeten Frankreich und Sardinien gegen Österreich ausgebrochen. Der Schweizer Bankier Jean Henri Dunant (1828-1910) wurde auf einer Italienreise Augenzeuge der Schlacht bei Solferino am 24. Juni 1859, wo 40000 Gefallene und Verwundete zu beklagen waren. Unter dem Eindruck der unzulänglichen ärztlichen und pflegerischen Versorgung der Verwundeten organisierte Dunant in aller Eile eine Hilfsaktion der Bevölkerung aus den umliegenden Orten. In seinen drei Jahre später erschienenen Erinnerungen an Solferino (1862) beschrieb er in eindrucksvollen Worten diese Aktion und erwog Pläne zur Verhütung ähnlicher Mißstände in künftigen Kriegen. Am 17. Februar 1863 trat innerhalb einer seit 1810 in Genf tätigen privaten Wohlfahrtsorganisation, der Schweizerischen Gemeinnützigen Gesellschaft, das sogenannte »Komitee der Fünf« zusammen, dem Dunant seine Pläne vortrug. Der Präsident dieser Gesellschaft, Gustave Moynier, wurde zum Förderer und zur treibenden Kraft der Dunant'schen Ideen. Diese waren in wenigen Worten folgende: Jeder Staat solle nach Maßgabe seiner Gesetze Zentralvereine gründen, welche im Frieden für die Ausbildung geeigneter Hilfskräfte und die Bereitstellung nötiger Hilfsmittel sorgen, um für die Verwundetenpflege im Kriegsfall gerüstet zu sein. Zweitens sollen sich diese Verbände durch eine freiwillige internationale Bindung verknüpfen, das Personal aller Länder soll mit einem gemeinsamen Kennzeichen versehen werden und damit den Schutz der Neutralität genießen. Dunant, der sich und sein Vermögen ganz in den Dienst seiner Ideen stellte, reiste mit Empfehlungen der bereits bestehenden Wohlfahrtsvereine durch alle Länder Europas und konnte an vielen Stellen Zustimmung erwecken. Auf Einladung Gustave Moyniers trat im Oktober 1863 in Genf eine erste internationale Konferenz zusammen, zu der vierzehn Staaten Vertreter entsandten. Sie trug noch halbamtlichen Charakter und diente nur einer ersten Verständigung. Auf einer zweiten Konferenz im August 1864 unterzeichneten dann wiederum in Genf die ordentlichen Bevollmächtigten von zwölf Staaten (Baden, Belgien, Dänemark, Frankreich, Holland, Italien, Portugal, Preußen, Sachsen, Schweiz, Spanien und Württemberg) die erste Genfer Konvention. Sie legte die Neutralität der Lazarette, des militärischen Pflegepersonales und der zivilen Hilfskräfte fest, die zur Betreuung der Verwundeten im Kriege herangezogen werden. Das allgemein verbindliche Schutzzeichen wurde das Rote Kreuz im weißen Feld, also die Flagge der Schweiz mit umgekehrten Farben. Die Verbindung zwischen den einzelnen Staaten wurde dem Internationalen Komitee vom Roten Kreuz mit dem Sitz in Genf übertragen, ihr erster Präsident war bis 1910 Gustave Moynier. Henri Dunant trat durch Verlust seines Vermögens für längere Jahre aus der Öffentlichkeit zurück, arbeitete jedoch unermüdlich an allgemeinen Wohlfahrtsfragen weiter. Durch einen Zeitungsman 1895 in dem Schweizer Ort Heiden »wiederentdeckt«, war er Gegenstand vieler Ehrungen und Berufungen, als deren Krönung er 1901 den ersten Friedens-Nobelpreis erhielt. Die Weiterentwicklung der internationalen Rotkreuzbewegung wurde für die allgemeine Reform auch der Friedenskrankenpflege von Bedeutung. Die sich rasch ausbreitenden lokalen Rotkreuzgesellschaften fanden ihre Träger nicht nur in den zunächst vorgesehenen männlichen Hilfskräften, sondern wurden begeistert auch von bestehenden oder entstehenden Frauenvereinigungen gestützt. Nationalismus und Patriotismus hatten zur Wiedererweckung der Idee von vaterländischen Frauenvereinen geführt. Unter diesen trat besonders der 1859 von der badischen Großherzogin Louise (1838-1923) geschaffene »Badische Frauenverein« hervor, der sich vornehmlich der Krankenpflege gewidmet hatte und eine eigene Anleitung zur Krankenwartung für Frauen und Jungfrauen herausgegeben hatte. Er wurde vom Internationalen Komitee in Genf als erste nationale Rotkreuzorganisation anerkannt und erhielt die Bezeichnung »Badischer Frauenverein vom Roten Kreuz«. Das 1860 in Karlsruhe entstandene Schwesternheim ist somit das älteste Rotkreuzmutterhaus auf deutschem Boden. Die Zahl der Rotkreuzschwesternschaften wuchs rasch in allen Teilen der Welt und mit verschiedenen Organisations- und Ausbildungsformen. Eine rein deutsche Spezialität ist die Übernahme des Mutterhaussystems katholischer und evangelischer Vorbilder; auch hier dient das Mutterhaus satzungsgemäß dem »Zusammenschluß der Schwestern zur Pflege der inneren und äußeren Zusammengehörigkeit und ihrer Berufsausübung in caritativem Geiste und des Gemeinschaftslebens auf religiös-sittlicher Grundlagen«. Wer wie in vielen der großen nun entstehenden Pflegeverbände trafen Organisationsmuster aus alten religiösen Gemeinschaften und der Kriegskrankenpflege mit bestimmten Vorstellungen von der Stellung der Frau in der bürgerlichen Gesellschaft zusammen, deren gegenseitige Durchdringung den inneren Aufbau und die äußere Erscheinungsform sehr stark beeinflusste. In den Jahrhunderten vor der Genfer Konvention waren in einer klar nachzuweisenden Regelmäßigkeit immer wieder internationale Verträge zwischen kriegführenden Mächten abgeschlossen worden, um sich der eigenen und der feindlichen Verwundeten anzunehmen. Zweifellos jedoch sind die Kriege der Jahrhundertmitte und die damit verbundene Gründung großer Pflegeverbände von nicht zu unterschätzendem Einfluß auf die Struktur der Krankenpflege und sicher auch auf den Wandel ihrer Rollensituation in den Krankenhäusern gewesen. Die Lazarett- und Barackenpflege setzte grundsätzliche Erörterungen über die Einrichtung von Krankenhäusern in Gang, gefolgt von zwangsläufigen Forderungen nach einer genügenden Anzahl geschulten Personales, welche nun nicht mehr den Krieg als die Hauptbestimmung der organisierten Pflege zum Ziele hatten, sondern überhaupt die Krankenpflege als öffentliche Aufgabe, als öffentliche Gesundheitspflege.

d) Emanzipation und Sozialbewegung

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts verdichtete sich das Problem und die Diskussionen über die Stellung der Frau innerhalb der Gesellschaft, insbesondere im Hinblick auf eine berufliche Tätigkeit in der Krankenpflege. Diese Frage stand zunehmend im Vordergrund, vor allem bedingt durch die allgemeinen sozialpolitischen Tendenzen der Zeit, den Aufbruch der weltlichen Krankenpflege und den oben bereits genannten neuerlichen Aufschwung der Frauenbewegungen. Hier hegt eine wesentliche Wurzel für die letzte der großen Reformbewegungen des ausgehenden 19. Jahrhunderts, die noch heute in vollem Gange ist: die Entwicklung der freiberuflichen Krankenpflege. Die Krankenpflege als interkonfessioneller, in der Gesellschaft geachteter und finanziell gesicherter Frauenberuf mit staatlich geregelter Ausbildung und persönlicher Freiheit

der Arbeitsplatzwahl, dies waren die Ideale, die sich nach tastenden Vorversuchen um die Jahrhundertwende Bahn brachen. Zunächst war es jedoch vor allem aus der Medizin heraus zu langwierigen und heftigen Kontroversen um die endgültige Zuweisung des Platzes von Pflege und Pflegerin innerhalb einer mündig werdenden Krankenhausmedizin gekommen. Eine gegenüber den emanzipatorischen Bestrebungen der Frauenbewegung bald einsetzende Gegenemanzipation orientierte sich an der sogenannten natürlichen Rolle der Frau innerhalb der menschlichen, d.h. der bürgerlichen Gesellschaft, und es wundert uns nicht, wenn gerade mit dem Blick auf die Krankenpflege von vornherein klare und scharfe Standpunkte bezogen wurden. Wohl war es selbstverständlich und auch Virchow äußert sich in diesem Sinne -, daß es die Frau ist, welche aus ihrer naturgegebenen Anlage heraus für das Geschäft der Krankenpflege vorbestimmt scheint. Jedoch - so heißt es 1875 - ist die Hausfrau als Krankenpflegerin in ihrer Familie eine andere als die Krankenpflegerin im Dienste der Allgemeinheit und in einem Spital«. Hier ist die »Trennung der Geschlechter und damit der Aufgabenbereiche «das Fundamentalgesetz der Natur, auf der ihr ewiger Verjüngungsprozeß beruht, und welches in letzter Instanz unsere ganze sittliche Weltordnung reguliert«. Hinter solchen pathetischen Worten steckte mehr als nur das patriarchalische Geheimratsdenken in der Medizin des 19. Jahrhunderts. Die Konfrontation der Geschlechter zwischen noch männlicher Medizin und der weiblichen, nunmehr vorwiegend weltlichen Krankenpflege erhielt neue Akzente aus dem übernommenen Gehorsamsdenken der Armenkrankenpflege; zum anderen aber war es die so problematische Übernahme einer säkularisierten Ordenshierarchie durch die großen Verbände, welche Pflege und Medizin auch bei Annäherung der Sachbereiche in verschiedene Rollensysteme zwang. Hinzu trat noch die Betonung einer pointierten Weiblichkeit durch die Wiederaufnahme des alten Ideals der Anlehnung an die Landesmutter als Wahrerin aller sittlichen Ideale der Frau. Das Bemühen sowohl der Medizin als auch der Krankenpflege, sich selbst und den anderen einen fest umrissenen Platz zuzuweisen, schuf jenen bedauernswerten Graben zwischen den beiden Aufgabenbereichen, der vielfach bis heute weiter wirksam ist. Die Medizin erklärte kategorisch die Pflegerin zur »zuverlässigen Beihilfin des Arztes, die sich emanzipierende Pflege sah sich im Spiegel einer betonten weiblichen Selbständigkeit. In diesem Gespinnst von Zeitgeist und Ideologiestreben, von Fortschrittsglauben und Standeskampf erfolgt nun die Entwicklung der Krankenpflege zum freien und in der Gesellschaft anerkannten Beruf. Auch hierzu gab es einige Vorläufer und Parallelentwicklungen auf dem Boden der angestammten Traditionen. Schon 1859 entstand »La Source«, eine Krankenpflegeschule privater Initiative in Lausanne. Die Gründerin, Comtesse Valirie de Gasparin, errichtete diese Schule in bewußtem Gegensatz zu den Mutterhaussystemen katholischer und evangelischer Prägung. Sie wollte freie, bezahlte Pflegerinnen heranbilden, mit einer allgemein im Evangelium verwurzelten berufsethischen Grundhaltung, aber eigenständiger Wahrnehmung der jeweiligen Schwesternpersönlichkeit. Da sie der Schule das Haus und die Geldmittel aus ihrem Besitz zur Verfügung stellte, schuf eigentlich sie die erste unabhängige Stiftungskrankenpflegeschule. Sie konnte jedoch keine so weite Wirksamkeit entfalten, wie das gleichsinnige Werk Florence Nightingale, auch ist ihre weiterweisende Idee von der freien Grundstruktur des Pflegerinnenberufes in der Zeit des Mutterhausgedankens noch auf keinen fruchtbaren Boden gefallen. Eine weitere Bemühung auf diesem Wege war das in den Jahren 1881/82 in Berlin eröffnete Victoria-Haus mit einer Schule zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen. Hier sollten auf Anregung der damaligen preußischen Kronprinzessin, einer Tochter der englischen Königin Victoria, die Schwestern nach englischem Vorbild erzogen werden; die erste Oberin wurde in der Londoner Nightingale-Schule ausgebildet. Das Haus war interkonfessionell, verpflichtete die Schülerinnen für drei Jahre und stellte ihnen frei, später den Arbeitsplatz zu wechseln. Es garantierte ihnen jedoch auch dann weitere Versorgung und ist auf diesem Wege wieder in das Mutterhaussystem übergegangen. Der von Friedrich Zimmer (1855-1919) im Jahre 1894 gegründete Evangelischen Diakonieverein zur Sicherstellung von Dienstleistungen in der Diakonie eröffnete 1894 am Städtischen Krankenhaus Elberfeld das erste »Diakonieseminar«, das sich die fachliche Ausbildung in der Krankenpflege, jedoch ohne Verpflichtung zur Ausübung des erlernten Krankenpflegeberufes zum Ziel gesetzt hatte. Hier haben deutlich Rudolf Virchows Ideen von der notwendigen Gründung von Pflegegenossenschaften Pate gestanden, die weiter unten noch referiert werden sollen, hinzu kam außerdem der Wunsch nach einer zeitgemäßen evangelischen Frauenerziehung. Religiöse Überzeugung wurde gefordert, jedoch konnte die Schwester jederzeit aus dem Verein ausscheiden oder sich beurlauben lassen. Auf dem Diakoniegedanken aufbauend, entwickelte der Diakonieverein neben den Pflegeseminaren auch Erziehungs- und Wirtschaftsseminare, die für die Entwicklung der Frauenarbeit in der öffentlichen Fürsorge bedeutsam geworden sind. Wegen der zeitlich schnell eintretenden Überfüllung des Elberfelder Pflegeseminars errichtete Zimmer ein zweites am Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, weitere folgten schnell hintereinander u. a. in Danzig, Stettin, Magdeburg und Erfurt. Für die auf freiwilligem, genossenschaftlichem Zusammenschluß der Mitglieder beruhende Schwesterngemeinschaft entstand 1898 in Berlin-Zehlendorf ein sogenanntes »Heimathaus« des evangelischen Diakonievereines als Zentrale der Verwaltung, als Ort der Begegnung und als geistiger Mittelpunkt der Schwesternschaft. Um die Jahrhundertwende arbeiteten neben den Mutterhaus oder genossenschaftsgebundenen Schwestern bereits eine große Anzahl von Schwestern meist in der Privatpflege, die ohne Bindung an eine der Organisationen ihrem Beruf nachgehen wollten oder mußten. Die Verbände bezeichneten sie gerne als »wilde« Schwestern, sie suchten meist in den schnell wachsenden Großstädten einen Arbeitsplatz. Gelegentlich hatten sie aus freiwilligem Zusammenschluß kleine Vereine gebildet, ihre Probleme waren naturgemäß groß. Zu ihnen gehörte Agnes Karll (1868-1927), eine ehemalige Rotkreuzangehörige, die aus familiären und finanziellen Gründen 1891 in die Privatpflege gegangen war; in zehn Jahren angestrenzter Tätigkeit arbeitete sie sich dabei an den Rand des körperlichen Ruins. Ihr Problem wie das der anderen frei tätigen Schwestern lag in der Tatsache, daß die Mutterhausverbände wie die Orden innerhalb der Öffentlichkeit als geschlossene Systeme imponierten und damit die Möglichkeit einer freien beruflichen Tätigkeit der Frau in der Pflege innerhalb der Sozialbewegung noch keine Diskussionsgrundlage hatte. In diesen Jahren hatte eine ehemalige Victoriaschwester, Elisabeth Storp, eine mutige kleine Schrift: »Die soziale Stellung der Krankenpflegerinnen herausgebracht, worin die Verstaatlichung der Ausbildung, zentrale Arbeitsplatzvermittlung und Verstaatlichung des Anstellungsverhältnisses gefordert wurde. Dies waren die Gedanken, die in einem kleinen Kreise von zunächst vier Schwestern (Agnes Karll, Elisabeth Storp, Marie Gauer und Helene Mayer) weiter ausgebaut und erstmals auf der Generalversammlung des Bundes Deutscher Frauenvereine in Wiesba-

den 1902 durch diese Gruppe vertreten wurden. Der Kongreß bestätigte die Auffassung, die Krankenpflege auch als freien, bürgerlichen Beruf zu fördern und ermutigte die frei tätigen Schwestern, durch Selbstorganisation die Mißstände zu beseitigen. Agnes Karll entwarf eine Satzung zu einer »Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands«, deren Gründungsversammlung am 11. Januar 1903 in Berlin stattfand. Diese »B.O.« gab sich die Rechtsform eines Fachverbandes und bot seinen Mitgliedern Arbeitsplatzvermittlung bei absoluter Selbständigkeit im Vertragsabschluß, Beratung in Arbeits- und Rechtsfragen und bevor 1913 die Angestelltenversicherung geschaffen wurde die Möglichkeit zu günstigem privatem Versicherungsabschluß. Die Schwestern verfügten frei über ihr Gehalt und zahlten an die Berufsorganisation nur einen Beitrag. Agnes Karll forderte eine sachgemäße dreijährige Ausbildung mit gesetzlicher Verankerung und staatlicher Prüfung und hat wie auch Friedrich Zimmer starke Verdienste für das 1907 in Preußen entstandene erste Krankenpflegegesetz. Die dreijährige Ausbildung konnte damals wie auch im ersten reichseinheitlichen Gesetz von 1938 noch nicht durchgesetzt werden; dies wurde erst 1957 einheitlich verwirklicht. Inzwischen nahm jedoch der Berufsverband nur solche Mitglieder auf, die eine dreijährige Krankenhaustätigkeit nachweisen konnten. Bis 1911 hatte der Verband Ortsgruppen in Frankfurt am Main, Bremen, Hamburg, Karlsruhe, Stuttgart und Dresden. Auf Anregung der englischen Oberin Mrs. Bedford-Fenwick war im Jahre 1899 ein Weltbund der Krankenpflegerinnen vorgeschlagen worden mit dem Ziel, die Selbstverwaltung der Schwestern in ihren Berufsverbänden zu stützen, »um die Berufsausbildung, die Berufsethik, den Wert ihrer Arbeit für das Volkswohl und den Geist seiner Mitglieder immer mehr zu vertiefen«. Der erste ordentliche Kongreß fand nach einigen provisorischen Vor-konferenzen im Juli 1904 in Berlin statt, wo sich eine englische, irische und amerikanische Gruppe mit der Berufsorganisation von Agnes Karll offiziell zum Weltbund zusammenschloß (International Council of Nurses, ICN). Agnes Karll hatte damals schon 300 Mitglieder, die geschlossen der Vereinigung beitraten, sie selbst war von 1909-1912 Präsidentin des Weltbundes, später Ehrenpräsidentin. Der Welt älteste internationale Berufsorganisation tagt seither alle vier Jahre und umfaßt heute die nationalen Verbände von Berufskrankenschwestern aus 63 Ländern. Als Zeichen ihres Verbandes wählte Agnes Karll das Kreuz des alten, erloschenen Ordens der Lazaristen und gab ab 1906 eine eigene Zeitschrift heraus mit dem Titel »Unterm Lazaruskreuz«. Im ersten Weltkrieg, wo die Kriegskrankenpflege vornehmlich den Rotkreuzorganisationen vorbehalten war, kamen die Schwestern der B.O. besonders in Österreich zum Einsatz. Schwierigkeiten entstanden in der Nachkriegszeit, als viele Krankenhäuser aus Geldmangel zunächst die Einzelverträge freier Schwestern kündigen mußten. Erst nach dem zweiten Weltkrieg wurden durch Helene Blunck die B.O.-Schwestern unter dem Namen Agnes-Karll-Verband neu zusammengefaßt, der die alten Prinzipien der Gründerin weiterführte und darüber hinaus nunmehr eigene Schulen gründen konnte.

e) Krankenpflege und Wissenschaft

Die sich zur gleichen Zeit sprunghaft entwickelnde naturwissenschaftliche Medizin beobachtete aufmerksam die organisatorischen Umwälzungen im Pflegebereich, ohne ihrerseits wesentlich tätigen Anteil zu haben. Dennoch stand in Deutschland das Thema Krankenpflege fünfmal im 19. Jahrhundert auf der Tagesordnung der maßgeblichen Ärztevereinigung, der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte. Während die Referate von 1836 und 1849 im wesentlichen Gedanken wiederholten, wie sie aus den Problemen der Tradition überkommen waren, beschäftigte sich die 45. Tagung 1872 unter dem Eindruck der Reformbewegungen mit den wachsenden sachlichen Aufgaben für die neue Form der Pflegeausbildung. 1875 hieß das Thema: Ziele und Aufgaben der Krankenpflege; es unterschied zwischen Pflege und Wartung, die sich zueinander wie Wissen und Können verhielten. 1898 ging es bereits mit der Frage der Stellung der Krankenpflege in der wissenschaftlichen Therapie um die exakte Begründung der Pflege als medizinisch-wissenschaftliche Disziplin. Man erkennt leicht aus der Reihe der Themenstellungen, wie sehr die Medizin bestrebt war, der Pflege innerhalb der naturwissenschaftlichen Medizin ihren Platz anzuweisen. Es ging nicht mehr um Motive, sondern wie es 1898 formuliert wurde um »die Krankenpflege als Vehikel zu therapeutischen Reizeinwirkungen«. Ganz klar und scharf hat dies Rudolf Virchow in seiner berühmten Rede vom 6.11.1869 in der Konferenz der Frauenvereine in Berlin formuliert, die den Titel trug: »Die berufsmäßige Ausbildung zur Krankenpflege, auch außerhalb der kirchlichen Organisationen.« Virchow hatte in vielen Arbeiten zur Krankenpflege Stellung genommen und auch wesentliche Beiträge zu deren Geschichte geliefert. Nach seiner Ansicht haben nunmehr die für frühere Strukturen verdienstvollen konfessionellen Orden keine Berechtigung mehr, da jede kirchliche Aufgabe eines Pflegenden verhindert, daß »die Sachen rein sachlich angesehen werden«. In unserer Zeit, so ruft er an anderer Stelle aus, ist kein Platz mehr für »Asklepiaden oder Leviten, für Mönche und Diakonissen«; »unsere Medizin, wie alle nützlichen Wissenschaften und Künste, hat das einfache bürgerliche Gewand angetan, um es nicht wieder abzulegen«. Pflegen ist für Virchow keine christliche Liebestätigkeit mehr, sondern im weitesten Sinne bürgerliche Wohlfahrtspflege: »organisieren wir ganz innerhalb der bürgerlichen Gesellschaft, nach rein menschlichen Aufgaben, ohne irgendeinen weiteren Nebenzweck«. Diese radikale Einstellung ist nur aus der Zeit heraus zu verstehen; sie war die Grundlage der gesamten Sozialbewegung, war aber damit der Emanzipation der Frau in hohem Maße förderlich. Die eigentliche verantwortliche Stellung am Krankenbett läßt Virchow der Frau zufallen, auch in der Pflege des Mannes, »weil in der Hand einer gebildeten weiblichen Person die Sorge auch für einen Mann sicherer ruht, als in der eines 'Mannes«. Seine Forderungen tendieren auf die Errichtung einer Krankenpflegeschule an jedem staatlichen oder städtischen Krankenhaus, die von der Stadt, der Provinz oder dem Staate zu unterhalten sind. Auswahl, Pensionsfonds und allgemeine Gesundheitserziehung in den öffentlichen Schulen sollten zur Heranbildung qualifizierten Personals helfen. Virchow selbst begann mit der praktischen Durchführung seiner Gedanken - die mit den anderen Reformbestrebungen weitgehend übereinstimmten -, indem er in Verbindung mit dem neuen Friedrichshainer Krankenhaus eine Krankenpflegeschule eröffnete. All dies waren jedoch immer noch mehr oder weniger grundsätzliche Erörterungen anstelle ernst zu nehmender Versuche, die selbstverständliche Bindung von Medizin und Pflege im praktischen Tun auf eine neue Basis zu stellen. Wenn wir gesehen haben, wie im Rahmen der alten Traditionen der Heilkunde die diätetische Lebensführung des Kranken das selbstverständliche Anliegen des Arztes war, und daß die Grundlinien dieser Diätetik ebenso selbstverständlich die Pflege der menschlichen Grundbedürfnisse bestimmte, dann müssen wir

auf der Suche nach diesen Elementen im 19. Jahrhundert überraschende Schwerpunktverlagerungen feststellen. Die alte Diätetik in ihrer geschlossenen Form ging in den Programmen der Staatsarzneikunde und der öffentlichen Hygiene auf, von den alten *sex res non naturales* ist nur noch die Sorge um die Ernährung unter der Bezeichnung »Diät« im medizinischen Sprachgebrauch verankert. Die Diätetik als Unterrichtsfach verschwand im gleichen Maße von den Universitäten, als die Kriterien der exakten naturwissenschaftlichen Diagnose und der daraus abgeleiteten Therapieformen ein neues Vorgehen des Arztes bestimmten. Versuche am Ende des 19. Jahrhunderts, aus der Krankenpflege eine Teildisziplin der objektiven medizinischen Forschung zu machen, scheiterten am methodischen Ansatz und an der Verkenntung der eigentlichen Stellung der Pflege im Therapieplan. Der sachliche Hintergrund der Pflege und damit auch die Basis für ihre weitere wissenschaftliche Ausgestaltung blieb jedoch in erstaunlicher Kontinuität dem traditionellen Aufgabenbereich verpflichtet: Der direkten und unmittelbaren Sorge um die Lebensumstände des Patienten. Das 19. Jahrhundert hat bei allen Umwälzungen und Reformen an diesen Prinzipien keinerlei Änderung getroffen, sie sind ebenso Element der Entwürfe Fliedners und Florence Nightingales wie der Vorschriften aller sonstigen Verbände. Dies muß uns nunmehr bei tieferem Nachdenken als selbstverständlich erscheinen, denn zu allen Zeiten hat und wird der Patient von der Pflege die Bemühung um seinen ganz persönlichen Körper- und Umweltbereich erwarten. Es ist klar, daß die Erweiterung der modernen Medizin auch einen Ausbau der pflegerischen Grundfunktionen mit sich bringt; die Erfordernisse der Krankenbeobachtung, der Grundpflege und Behandlungspflege und der Verrichtungen im Auftrage des Arztes stellen Ausbildung, Tätigkeit und Haltung vor eine Fülle neuer Aufgaben.

Schlußbemerkung

Das 19. Jahrhundert führte zu den grundsätzlichen Organisationsformen des heutigen Pflegewesens; es übergab allerdings noch unserer Zeit ein ganzes Bündel von Problemkreisen, mit dem sich die Krankenpflege im Grunde noch immer auseinander zusetzen hat: es sind dies die ständig ineinander übergreifenden Interpretationen von christlichem Liebesdienst, säkularisiertem Ordens und Verbandsdenken, Humanitäts- und Sozialidealen und wissenschaftlichen Einordnungsversuchen. Es ist eine unbestreitbare Tatsache, daß die Entwicklungen und die Folgen des 19. Jahrhunderts das Berufsbild der Pflege in eine innere und äußere Auseinandersetzung gebracht haben, wie sie in der langen Geschichte des Pflegewesens niemals stattgefunden hat. Die vier Organisationsformen der katholischen Ordenspflege, der protestantischen Diakonie, der weltlichen Mutterhausverbände wie etwa des Roten Kreuzes und der freiberuflichen Krankenpflege sind zwar die tragenden Strukturen noch unserer Tage. Die Schwierigkeit aber, die im Grunde von allen Reformen nur variierten alten Elemente des Pflegewesens mit den Anforderungen der Medizin und der Gesellschaftsordnung von heute in Einklang zu bringen, betrifft jede Organisation und jede einzelne Schwester. Alle Pflegeverbände tragen in der Formulierung ihrer Ziele das Grundmuster der alten Traditionen, die im abendländischen Bereich von der deutlichen Berufung auf den christlichen oder den daraus abgewandelten humanitären Auftrag geformt sind. Es ist jedoch keineswegs mehr selbstverständlich, daß der Beruf von Mitgliedern der heutigen Gesellschaft aus einer in erster Linie karitativen Haltung heraus ergriffen wird und daß die allen Pflegegemeinschaften gemeinsame Daseinsform des alten Gemeinschaftslebens als notwendig angesehen wird. Die Medizin ist angesichts ihrer Aufgaben einen weit radikaleren Weg gegangen; sie spricht von einer »Totalsäkularisierung der Krankenpflege« und fordert einen immer tiefergreifenden Einbau der Pflege in den Funktionskreis des medizinischen Handelns. Im Zwiespalt zwischen Selbstverständnis und Aufgabenbereich sind die Dinge gerade hier nach wie vor im Fluß, sie betreffen Arzt und Schwester und bedingen eine sach- und wesensgemäße Besinnung auf das Gemeinsame im Tun. Der Blick in die Geschichte sollte hierzu in Erinnerung rufen, daß die Krankenpflege einen wesentlichen Teil aller Heilkunde nicht nur bewahrt hat, sondern sich weiterhin zum lebendigen Inhalt macht. Sie wird daher immer Heilkunde im besten Sinne des Wortes sein.