



BERLINER BEITRÄGE ZUR SKANDINAVISTIK

Titel/
title: *Gesundheit/Krankheit
Kulturelle Differenzierungsprozesse um Körper, Geschlecht und
Macht in Skandinavien*

Autor/
author: Susanne Kreutzer

Kapitel/
chapter: »Krankenbeobachtung. Zur Entwertung einer pflegerischen
Schlüsselkompetenz in der Bundesrepublik und Schweden nach
1945«

In: Körber, Lill-Ann/von Schnurbein, Stefanie (Hg.):
Gesundheit/Krankheit. Kulturelle Differenzierungsprozesse um
Körper, Geschlecht und Macht in Skandinavien. Berlin:
Nordeuropa-Institut, 1. Auflage, 2010

ISBN: 978-3-932406-31-7

Reihe/
series: Berliner Beiträge zur Skandinavistik, Bd. 16

ISSN: 0933-4009

Seiten/
pages: 167-188

© Copyright: Nordeuropa-Institut Berlin sowie die Autoren

© Copyright: Department for Northern European Studies Berlin and the authors

Diesen Band gibt es weiterhin zu kaufen. This book can still be purchased.

SUSANNE KREUTZER

Krankenbeobachtung

Zur Entwertung einer pflegerischen Schlüsselkompetenz in der Bundesrepublik und Schweden nach 1945

»Unsere Schwestern«, erinnert sich die Diakonisse Marie*¹ in einem Interview, wussten bei einem Patienten:

Der schafft es nicht, der stirbt, der sieht schlecht aus, mit dem geht es bergab. Und die Ärzte sagten: »Nein, die Werte sind in Ordnung«. Ja, die Werte sind in Ordnung, aber da ist mehr, irgendwann hört Kraft auf oder Energie oder der Körper reagiert anders. Und das ist der Vorteil, wenn man länger mit Menschen zusammenlebt.²

Diese Kompetenz der Krankenbeobachtung, die Schwester Marie beschreibt, also das genaue Wahrnehmen individueller Veränderungen des Körpers und seines Ausdrucks, wurde seit dem 19. Jahrhundert bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts als Schlüsselkompetenz der Schwestern und Kern pflegerischer Eigenständigkeit angesehen.³ Aufgrund ihres kontinuierlichen Kontaktes mit den Patienten galten die Schwestern im Gegensatz zu den Ärzten als besonders geeignet, den Allgemeinzustand der Kranken einzuschätzen.

Die Krankenbeobachtung erlebte in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts im Zuge einer allgemeinen Verwissenschaftlichung und Rationalisierung der Krankenversorgung einen dramatischen Bedeutungsverlust. Dieser Prozess wird im Folgenden am Beispiel der westdeutschen und schwedischen Pflegegeschichte genauer beleuchtet. Die Darstellung stützt sich auf ein Forschungsprojekt, das am Beispiel eines bundesdeutschen Diakonissenmutterhauses, der Henriettenstiftung in Hannover, die Erosion und Transformation evangelischer Krankenpflege nach 1945 untersucht.⁴ Der Schwerpunkt des Beitrags liegt deshalb auf der bundes-

1 Alle mit Sternchen gekennzeichneten Namen wurden anonymisiert.

2 Interview mit Schwester Marie Seifert am 5.4.2005.

3 Im anglo-amerikanischen Raum wird der Begriff der Krankenbeobachtung auf Florence Nightingale zurückgeführt, die damit die Notwendigkeit einer soliden Pflegeausbildung begründet hat. Vgl. SANDELOWSKI: 2000, 135. Ob und wie die Schriften von Nightingale die Geschichte der deutschen Krankenpflege beeinflusst haben, müsste eine Rezeptionsgeschichte klären.

4 Der Beitrag basiert auf einem von der VolkswagenStiftung geförderten Forschungsprojekt »Krankenpflege und religiöse Gemeinschaft. Das Beispiel des Diakonissenmutter-

deutschen Entwicklung. Auch wenn die Ausführungen zur schwedischen Geschichte eher skizzenhaften Charakter haben, zeigen sie dennoch eindrucksvoll, dass sich bei der Modernisierung der Krankenversorgung – trotz unterschiedlicher Rahmenbedingungen – in beiden Ländern ähnliche Grundfragen gestellt haben. Bei der Entwertung der Krankenbeobachtungskompetenz wird es sich demnach um eine internationale Entwicklung gehandelt haben, die die Pflege- und Medizingeschichte nach dem Zweiten Weltkrieg auszeichnet.

In der Bundesrepublik dominierten noch Anfang der 1950er Jahre die großen Mutterhausschwesternschaften der Caritas, Inneren Mission und des Deutschen Roten Kreuzes das Berufsfeld Krankenpflege. Sie vertraten ein dezidiert unberufliches Verständnis von Pflege als christlicher ›Liebesdienst‹. Dieses Berufsbild änderte sich in den 1960er Jahren grundlegend. Das tradierte Arbeitsethos entsprach immer weniger den Lebensentwürfen der nachkommenden Frauengenerationen. Unter dem Druck eines gravierenden Pflegenotstands wurde der ehemals zölibatäre christliche ›Liebesdienst‹ am Kranken zu einem modernen Frauenberuf umgestaltet, den auch verheiratete Frauen in Teilzeitarbeit ausüben konnten. Hinzu kam, dass sich mit den Fortschritten in der Medizin die Anforderungen an das Pflegepersonal grundsätzlich änderten. Gefordert war immer weniger eine »Berufung zur Nächstenliebe«⁵ als vielmehr eine theoretisch fundierte Ausbildung.⁶

Diese Transformation von der Berufung zum Beruf kennzeichnete auch die schwedische Pflegegeschichte. Der Umbau des Berufsbildes setzte jedoch bereits in den 1930er Jahren ein und scheint insgesamt weniger konfliktreich als in der Bundesrepublik verlaufen zu sein. Dies dürfte nicht zuletzt auf die stärker säkulare Organisation des schwedischen Gesundheitswesens zurückzuführen sein, das einer Verberuflichung und Professionalisierung der Krankenpflege vergleichsweise offen gegenüber stand. In der Bundesrepublik hingegen waren die Widerstände gegen eine Modernisierung des Berufsbildes deutlich stärker. Denn die ausgeprägte Patientenorientierung christlicher Krankenpflege ließ sich kaum mit den Anforderungen modernen, rationellen, professionellen Handelns verein-

hauses der Henriettenstiftung seit 1944«. Ich danke außerdem der Robert Bosch Stiftung für die finanzielle Förderung.

5 RÜTHER: 1951, 87.

6 Vgl. KREUTZER: 2005; SCHMIDBAUR: 2002, 147–175.

baren. Insofern werden anhand der christlichen Krankenpflege der Bundesrepublik die Ambivalenzen des Modernisierungsprozesses besonders sichtbar.

Der Beitrag gliedert sich in vier Abschnitte. Zunächst wird das tradierte Berufsbild Krankenpflege in der Bundesrepublik skizziert und gefragt, wie das Schwestern-Patienten-Verhältnis in diesem Rahmen gestaltet und die Kompetenz der Krankenbeobachtung erlernt wurde. Der zweite Abschnitt beleuchtet den Bedeutungsverlust der Krankenbeobachtung im Kontext der Reform des Berufsbildes in den 1960er Jahren. Anschließend wird der Blick auf die schwedische Pflegegeschichte gerichtet, um zu zeigen, dass es sich bei der Entwertung der Krankenbeobachtungskompetenz um eine nationenübergreifende Entwicklung handelte. Abschließend geht es um den medizingeschichtlichen Platz dieses Verlustes.

Die Darstellung zur bundesdeutschen Pflegegeschichte basiert zum einen auf Interviews mit den Diakonissen der Henriettenstiftung, zum anderen auf der Bearbeitung des umfangreichen Schwesternarchivs der Stiftung, insbesondere der Personalakten der etwa 900 Schwestern, die nach 1945 dem Mutterhaus angehörten. Diese Personalakten sind oft sehr umfangreich und enthalten ausführliche Briefwechsel der Schwestern mit dem Mutterhaus. Über diese Quellen lassen sich sowohl Alltag und Selbstverständnis der Schwestern als auch ihre Sicht auf die Modernisierung der Krankenversorgung sehr gut verfolgen. Darüber hinaus wurden die Zeitschriften und Publikationen des bundesdeutschen Gesundheitswesens ausgewertet. Die Ausführungen zur schwedischen Geschichte beruhen auf Recherchen im Archiv der schwedischen Krankenschwesternorganisation, *Svensk sjuksköterskeförening* (SSF), sowie der Auswertung ihrer Verbandszeitschrift, *Tidskrift för Sveriges Sjuksköterskor*. Außerdem wurden erste Recherchen im Archiv der Diakonissenanstalt Ersta durchgeführt.

Christlicher ›Liebesdienst‹ und Krankenbeobachtung

Das Mutterhaussystem hat sich in Deutschland im Laufe des 19. Jahrhunderts zur dominierenden Organisationsform in der Pflege entwickelt, die bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts relativ unverändert blieb. Die Mutterhäuser verstanden sich als Lebens-, Dienst- und Glaubensgemeinschaften unverheirateter Frauen, die ihre Arbeit als christlich motivierten ›Liebesdienst‹ und nicht als Erwerbsberuf betrachteten. Die

Schwestern erhielten eine Ausbildung und zeitlich unbegrenzte Versorgung zugesichert, wenn sie sich dafür verpflichteten, ihr Leben ganz in den Dienst der Schwesterngemeinschaft zu stellen. Damit bot das Mutterhaussystem also Frauen eine sichere Lebensperspektive jenseits von Familie und Ehe.⁷ Die Mutterhäuser betrieben eigene soziale Einrichtungen und schlossen außerdem Verträge mit anderen Institutionen über die Bereitstellung von Schwestern ab, so dass der Einfluss des jeweiligen Mutterhauses weit über den unmittelbaren lokalen Raum hinausging. So betrieb die Henriettenstiftung nicht nur zwei eigene große Krankenhäuser in Hannover, sondern versorgte außerdem Krankenanstalten und Gemeindepflegestationen (heute: Sozialstationen) in Niedersachsen und selbst noch in Schleswig-Holstein mit Schwestern.⁸

Die Dominanz der Mutterhäuser bedeutete, dass religiöse Berufungsvorstellungen in der Bundesrepublik bis in die 1960er Jahre hinein eine starke Prägekraft hatten. Als ›gute‹ Schwester galt eine Frau, die ihr Leben ganz auf die Bedürfnisse der Patienten ausrichtete und nicht für Geldlohn arbeitete. Das Arbeitsethos des aufopferungsvollen ›Liebedienstes‹ basierte auf dem christlichen Gebot der Barmherzigkeit. Indem sich die Schwestern den kranken und bedürftigen Menschen widmeten, zeugten sie von der Liebe Gottes und nahmen am Aufbau seines Reiches teil. »Den Kranken und Gesunden in ihrem Leiden helfen und dienen zu können«, schrieb etwa die angehende Diakonissenschülerin Therese Naumann 1947 an die Probemeisterin⁹ der Henriettenstiftung, bedeute für sie, »zugleich auch unserem Herrn und Heiland Liebe zu erweisen.«¹⁰ So gesehen verstand sich die Krankenpflege nicht in erster Linie als medizinischer Assistenzberuf, sondern in hohem Maße als religiöser Auftrag.

Diese Berufungsvorstellung korrespondierte mit einem spezifischen Pflegekonzept. Eine christliche Krankenpflege, wie sie die konfessionellen Schwesternschaften und Wohlfahrtsverbände vertraten, sollte »nie in

7 Vgl. SCHMIDT: 1998, 192–203. Zu den katholischen Schwesternschaften im 19. Jahrhundert vgl. MEIWES: 2000.

8 Die Henriettenstiftung erreichte 1934 mit 870 Frauen ihren höchsten Mitgliederstand. Im Jahr 2006 lebten nur noch 34 Diakonissen, von denen die meisten zwischen 70 und 90 Jahre alt waren.

9 Die Probemeisterin war die Stellvertreterin der Oberin und für die Begleitung der Diakonissenschülerinnen während ihrer Ausbildung zuständig.

10 Archiv der Henriettenstiftung, S-3-135: Therese Naumann an Schwester Alma Sander am 6.12.1947.

der äußeren Pflege stecken [...] bleiben«,¹¹ sondern neben dem Leib auch die Seele der Kranken berücksichtigen. Jenseits der im engeren Sinne pflegerischen Aufgaben hatten die Schwestern also auch seelsorgerliche Funktionen zu erfüllen und den Patienten religiöse Stärkung anzubieten. Zu den wichtigen Aufgaben einer christlichen Schwester gehörte es deshalb auch, mit den Kranken zu beten und deren Glauben zu stärken. Die Krankenpflege war demnach eines der Felder, auf dem die Kirchen ihren schwindenden gesellschaftlichen Einfluss zu sichern suchten.

Ärzte und Schwestern galten als sich ergänzende Berufsgruppen, die jeweils einen spezifischen und eigenständigen Beitrag zur Heilung der Patienten leisteten. Während die Ärzte als »Sachverwalter des Wissens«¹² an den Krankheitssymptomen, deren Diagnose und Therapie ansetzten, sollten sich die Schwestern dem Patienten in seiner gesamten Persönlichkeit widmen. Gerade die Vermittlung von ›Geborgenheit‹ galt als entscheidender Heilungsfaktor und machte die hohe Bedeutung pflegerischer Arbeit aus.¹³

Der Aufbau eines persönlichen Kontaktes zwischen Schwestern und Patienten setzte ein extrem hohes Maß an Verfügbarkeit der Pflegenden voraus. Die Stetigkeit im Einsatz am Krankenbett galt als unabdingbare Voraussetzung einer ›guten‹ Krankenpflege, da den Patienten ein Wechsel der Betreuungspersonen nicht zugemutet werden könne. Eine 70–80-Stundenwoche gehörte deshalb Anfang der 1950er Jahre zur Normalität in der Pflege. Die Tagschicht arbeitete im geteilten Dienst mit einer mehrstündigen Mittagspause, wenn der Arbeitsanfall im Krankenhaus gering war. Diese Arbeitszeitorganisation setzte voraus, dass die Schwestern in Unterkünften der Krankenhäuser lebten und weitgehend auf ein Leben jenseits der Anstalt verzichteten. Die Stationsschwester wohnte sogar auf der Station. Schwester Ingelore*, die von den 1950er bis 1980er Jahren als Stationsschwester im Mutterhauskrankenhaus der Henriettenstiftung tätig war, erinnert sich:

11 Schwester Clotilde: 1952, 282–283.

12 Vgl. BUSSE-KENN: 1953, 33. Trotzdem waren die Schwestern in der Krankenhaushierarchie den Ärzten unterstellt. So betont Busse-Kenn, die Schwestern sollten sich in wissenschaftlichen Fragen nicht gegen die Ärzte wenden. Aufgrund ihres steten Kontaktes mit den Patienten könnten sie den Ärzten jedoch wichtige Hinweise geben. In den konfessionellen Krankenanstalten gelang es den Ärzten allerdings erst Ende der 1950er Jahre, sich tatsächlich als dominierende Profession durchzusetzen, vgl. SCHMUHL: 2003, 193.

13 Zur Konzeption des tradierten Berufsbildes vgl. KREUTZER: 2005, 17–20.

Als ich auf der Station war, war ich wirklich von morgens bis abends da. [...] Die Patienten waren gewohnt, dass ich jeden Abend noch mal durchging und »Gute Nacht« sagte. Und wenn die dann unsicher waren und fragten: »Was ist denn nun mit mir los?«, konnte man alles noch einmal erklären.¹⁴

Damit verweist sie sehr deutlich auf die familiär gedachte Konstruktion des Stationsalltags. Die Stationschwester als ›Mutter der Station‹ ging abends noch einmal durch alle Zimmer, schaute nach dem Rechten, wünschte eine gute Nacht und erkundete, ob noch jemand Redebedarf hatte. Sie übte also eine wichtige Mittlerfunktion zwischen Patienten und Ärzten aus, indem sie einerseits die Ängste und Nöte ihrer Patienten aufgriff und andererseits das medizinische Fachvokabular der Ärzte in eine verständliche Sprache übersetzte. Es dürften demnach oft die Schwestern gewesen sein, die den Kranken ihr körperliches Leid und die Behandlungsweisen erklärten.

Diesem familiär gedachten Verständnis von Krankenpflege entsprach das Konzept der ›Ganzheitspflege‹, in der die Arbeitsteilung nicht tätigkeits-, sondern patientenorientiert erfolgte. Jede Schwester war für eine bestimmte Anzahl von Patienten zuständig und übernahm deren gesamte pflegerische Versorgung. Die Patienten wurden also während ihres gesamten Krankenhausaufenthaltes meist von ein und derselben Schwester betreut. Die persönliche Rundumbetreuung der Patienten, die nicht zwischen qualifizierten und unqualifizierten, pflegerischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten unterschied, machte gerade das Konzept der familiär organisierten Pflege als „Liebesdienst“ aus und prägte das berufliche Selbstverständnis der Schwestern. Insbesondere die Grundpflege, also die Sorge um die elementaren Bedürfnisse der Patienten wie Essen, Trinken, Betten und Waschen, galt als der tatsächlich eigenständige pflegerische Aufgabenbereich, in dem die Ärzte keine Gestaltungskompetenzen beanspruchten.¹⁵ Dieses Konzept von Krankenpflege sicherte den Schwestern eine relativ große Unabhängigkeit.

Die stete Betreuungssituation war eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass die Schwestern die Kompetenz der Krankenbeobachtung erlernten, die Schwester Rosemarie* folgendermaßen erklärt:

¹⁴ Interview Susanne Kreutzer/Christiane Schröder mit Schwester Ingelore Giese am 1.4.2004.

¹⁵ Vgl. KRANER: um 1953.

Sie müssen einfach wach sein, mit dem Herzen und mit den Augen. Sie müssen viel beobachten lernen. Das ist etwas, was man in unserer Zeit, weil wir so viel am Krankenbett waren, sehr, sehr gelernt hat – also das Beobachten von Menschen, von Verhalten, von Beschwerden, da war man einfach sensibilisiert für, dass man das wahrnahm, wo kann ich jetzt im Augenblick körperlich helfen, was kann ich machen.¹⁶

Der Beschreibung von Schwester Rosemarie liegt das tradierte Krankheitsverständnis zugrunde, wie es noch in der Nachkriegszeit vorherrschte und in dem Krankheit etwas Physisches war, dessen Symptome sich in der Gegenwart konkret erfahrbar äußerten. Der Blick galt dem einzelnen Kranken, dessen Verhalten und Beschwerden durch die menschlichen Sinne wahrgenommen werden konnten.¹⁷ Schwester Rosemarie beobachtete mit dem Herzen und mit den Augen und entschied dann aufgrund ihrer Erfahrungen, was im Falle des jeweils spezifischen Patienten zu tun sei.

Doch wie wurde diese Kompetenz der Krankenbeobachtung nun in der Praxis erlernt? Die Krankenpflegeausbildung basierte in den 1950er Jahren noch ganz auf dem Prinzip des Erfahrungswissens. Anders als im Bundesgebiet galt in Niedersachsen bereits Anfang der 1950er Jahre eine dreijährige Ausbildungszeit, die mit lediglich 300 Unterrichtsstunden nach wie vor überwiegend praktisch erfolgen sollte.¹⁸ Die Ausbildung der Diakonissen dauerte deutlich länger, meist fünf oder sechs Jahre, und umfasste neben der Krankenpflegeausbildung auch den diakonischen Unterricht. Die Diakonissenschülerinnen lernten zunächst mehrere Jahre in der praktischen Arbeit auf den Stationen. Dabei übernahmen sie vom ersten Tag an die Betreuung einer bestimmten Anzahl von Patienten. Die theoretische Ausbildung konzentrierte sich auf einen fünfmonatigen Unterrichtsblock am Ende der Ausbildung. Das heißt, den Schülerinnen standen zunächst kaum standardisierte Wissensbestände zur Verfügung. Schwester Else* beschreibt dieses erfahrungsbasierte Ausbildungsprinzip so:

Man lernt das [die Krankenpflege, SK] halt auch immer an den Wiederholungsfällen, wobei einem da auch sehr deutlich wird, dass die gleiche Krankheit bei jedem wieder anders ist. Oder was mir damals auch so manchmal durch den Kopf ging, ist, es waren ja nun viele Zimmer [...]. Hinter jeder Zimmertür war es völlig anders, obwohl es die gleiche Krankheit war, weil einfach auch der Mensch das Ganze da drin prägt.¹⁹

16 Interview mit Schwester Rosemarie Kaufmann am 25.1.2005.

17 Vgl. DUDEN und ZIMMERMANN: 2002, 7.

18 Im Bundesgebiet galt bis 1957 eine eineinhalbjährige Ausbildungszeit mit 200 Unterrichtsstunden, vgl. KREUTZER: 2005, 231–233.

19 Interview mit Schwester Else Kuhn am 23.2.2005.

Die Schülerinnen lernten Krankheiten also zunächst anhand konkreter Patienten und der Beobachtung einer Vielzahl von Einzelfällen kennen. Dabei machten sie schnell die Erfahrung, dass sich Erkrankungen abhängig von der Persönlichkeit der Patienten unterschiedlich entwickeln.

Dieser Lernprozess wurde durch den geringen Spezialisierungsgrad der Stationen zusätzlich unterstützt. So lernten die Schülerinnen die Krankheiten in verschiedenen Stadien kennen, da die Patienten während des gesamten Krankenhausaufenthaltes auf der gleichen Station blieben. Förderlich waren dabei nicht zuletzt die langen Liegezeiten der Kranken. Viele blieben über Wochen und Monate auf der Station.²⁰ Da auch die Schülerinnen oft ein bis eineinhalb Jahre auf einer Station ihre Ausbildung absolvierten, konnten sie die einzelnen Patienten über einen langen Zeitraum begleiten. Schwester Rosemarie erinnert sich:

Sie waren bei den Patienten. Sie haben alles ganz eng mitbekommen vom Einweisen bis zu der Entlassung oder bis zum Tod, den ganzen Vorgang. [...] Das hatte einen ganz großen Vorteil, weil man wirklich wusste, wie kam der Mensch, was wurde getan, wie ging er wieder weg.²¹

Den Schülerinnen wurden Erkrankungen also als Krankheitsverläufe nahe gebracht, die sich abhängig von den Patienten unterschiedlich gestalteten. Die genaue Beobachtung des einzelnen Menschen war demnach fest in das Ausbildungssystem eingeschrieben.²²

Krankenbeobachtung im Umbruch der 1960er Jahre

Die Rahmenbedingungen krankenpflegerischer Tätigkeit veränderten sich in den 1960er Jahren fundamental. Mit dem Ausbau des Krankenhauswesens stieg der Bedarf an Pflegepersonal. Gleichzeitig verlor das christliche Konzept des ›Liebedienstes‹ die Reste seiner Prägekraft, und der Nachwuchs an Diakonissenschülerinnen versiegte. Der Mitgliederstand der Diakonissen-Schwesternschaft der Henriettenstiftung sank zwischen 1955 und 1970 von 560 auf 330 Frauen. Von diesen 330 Frauen war die Hälfte im Ruhestand.²³ Viele Gemeindestationen mussten aufgegeben werden,

²⁰ Die durchschnittliche Verweildauer in den allgemeinen Krankenhäusern der Bundesrepublik lag in den frühen 1950er Jahren bei 25 Tagen. Vgl. SPREE: 1996, 65.

²¹ Interview mit Schwester Rosemarie Kaufmann am 25.1.2005.

²² Vgl. auch KREUTZER: 2006.

²³ Archiv der Henriettenstiftung, S-8-8: Rückblick auf das Jahr 1955 und Rückblick auf das Jahr 1970.

da das Mutterhaus nicht mehr genügend Schwestern stellen konnte. Die Henriettenstiftung war deshalb zunehmend auf die Beschäftigung freier Schwestern angewiesen. Wollte sie jedoch freie Schwestern gewinnen, musste sie ihre Arbeitsbedingungen den Lebensentwürfen der jüngeren Frauen anpassen. Das hieß vor allem, Freiraum für ein eigenes Privat- und Familienleben zu schaffen. Dreh- und Angelpunkt war die Gestaltung der Arbeitszeit. Die kommunalen Krankenhäuser verkürzten seit 1956 die Wochenarbeitszeit in der Pflege und stellten außerdem allmählich auf den Schichtdienst um. Dies setzte das Mutterhaus massiv unter Druck. Doch eine Reform der Arbeitszeiten traf den Nerv des herkömmlichen Pflegekonzeptes. So erinnert sich Schwester Marie an eine leidvolle fünfwöchige Vertretungszeit auf einer Station, die bereits im Schichtdienst arbeitete, und berichtet in dem Interview, wie sich ihrer Erfahrung nach der Blick auf die Patienten dadurch veränderte:

Für mich war das dermaßen ungut. Ich kam mittags auf die Station, hörte, was gewesen war, hatte aber keine persönliche Beziehung zu den Abläufen, zu den Patienten. Man hatte die Patienten nicht gesehen, mit denen man arbeiten sollte. Man hat das Gesicht nicht selber gesehen. Eine Gesichtsfarbe bedeutet viel. Wenn man einen Patienten sieht, wenn er einem wie immer ›guten Morgen‹ sagt, dann sieht man: Hat er dieselbe Farbe wie gestern oder ist plötzlich was eingetreten. Alles sagt bei einem Patienten was aus [...]. Ich habe immer gedacht, du kannst nicht die Verantwortung übernehmen für etwas, das du nicht miterlebt hast.²⁴

Für Schwester Marie brach mit dem Schichtdienst also der Kern ihrer Tätigkeit weg: die kontinuierliche Beobachtung der Kranken, die es ermöglichte, auch nur minimale Veränderungen im Befinden der Patienten feststellen zu können. Dies dürfte ein entscheidender Grund gewesen sein, warum die meisten Diakonissen an ihrer tradierten Arbeitszeitorganisation festhielten. Die Durchsetzung des Schichtdienstes gestaltete sich deshalb in der Henriettenstiftung als sehr langwieriger Prozess, der bis etwa 1980 dauerte.²⁵ Die 1970er Jahre waren von einer Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen gekennzeichnet, indem die Diakonissen weiterhin im geteilten Dienst und die freien Schwestern im Schichtdienst arbeiteten.

Die Arbeitszeitreformen sind ein besonders augenfälliger Aspekt, an dem sich die Transformation im Schwestern-Patienten-Verhältnis aufzei-

²⁴ Interview mit Schwester Marie Seifert am 5.4.2005.

²⁵ Archiv der Henriettenstiftung, S-II-2-2: Henriettenstiftung, Krankenhausverwaltung, an Schwester Emmi Niemeyer, 23.10.1980.

gen lässt. Der Bedeutungsverlust der Krankenbeobachtung erfolgte jedoch im Kontext eines gesamten Reformbündels. Dies zeigt erneut der Blick auf die Ausbildung. Das auf Erfahrungswissen basierende Ausbildungssystem wurde in den 1960er Jahren grundlegend umgebaut und mit dem Krankenpflegegesetz von 1965 der Anteil theoretischer Ausbildung nachhaltig erhöht. Dies galt mittlerweile als längst überfälliger Schritt, um in der Pflege mit den Fortschritten in der Medizin Stand halten zu können.²⁶ Die Erhöhung der Stundenzahl sagt jedoch nur relativ wenig darüber aus, wie tief greifend die Ausbildungspraxis umgestaltet wurde und damit auch der Rahmen, in dem vormals die Krankenbeobachtungskompetenz erworben wurde. So erhöhte die Henriettenstiftung nicht nur die Anzahl theoretischer Unterrichtsstunden. Ausschlaggebender war vielmehr, dass ab 1962 der theoretische Unterricht parallel zur praktischen Tätigkeit durchgeführt und zu einem regelmäßigen Bestandteil der Ausbildung wurde.²⁷ Damit verschob sich der Bezugspunkt für die Ausbildung grundlegend: An die Stelle des Lernens am Patienten trat der Erwerb eines theoretischen, standardisierten, von einzelnen Patienten abstrahierten Wissens. In dem Zuge verlor nicht nur die unmittelbare Beobachtung der Kranken an Bedeutung, gleichzeitig tat sich für die Schwesternschülerinnen ein ganz neues Konfliktfeld auf: Wie sollten sie die Widersprüche zwischen dem Allgemeingültigkeitsanspruch theoretisch-wissenschaftlicher Erklärungen und der Besonderheit der einzelnen Patienten balancieren? Was heute als doppelte Handlungslogik der Pflege beschrieben wird, ist damit ein Produkt der Professionalisierungsgeschichte seit den 1960er Jahren.²⁸

Doch wurde nicht nur die Theorie aufgewertet, auch die Fragmentierung der Ausbildung nahm insgesamt rasant zu. So machte die zunehmende Spezialisierung der Abteilungen ein häufigeres Rotieren der Schülerinnen zwischen den Stationen erforderlich, damit diese ein ausreichendes Spektrum pflegerischer Tätigkeitsfelder kennen lernten. Entsprechend verkürzte sich die Verweildauer der Schülerinnen auf den Stationen erheblich. Außerdem wurde zum ersten Mal geregelt, ab welchem Ausbildungssemester die Schwesternschülerinnen welche Aufgaben überhaupt ausführen durften – nämlich dann, wenn sie nach Plan genügend

26 Vgl. KREUTZER: 2005, 253–254.

27 Archiv der Henriettenstiftung, S–8–8: Rückblick auf das Jahr 1962.

28 Vgl. REMMERS: 1999, 369.

Erfahrung nachweisen konnten.²⁹ Es war also nicht mehr möglich, die Schülerinnen vom ersten Tag an für alle Tätigkeiten auf den Stationen einzusetzen. Auf diese Weise wurde gleichzeitig das System der ›Ganzheitspflege‹ ausgehebelt, das schließlich auf dem Einsatz der Schülerinnen als vollwertige Arbeitskräfte basiert hatte. Die Ausbildungsreform bildete demnach einen wesentlichen Hintergrund für die Einführung der Funktionspflege, das heißt einer tätigkeitsorientierten Arbeitsteilung, die in den 1960er Jahren auch die Henriettenstiftung erreichte.³⁰ Dadurch nahm seit den 1960er Jahren die Kontinuität in der Betreuung der Patienten massiv ab, und es wurde sehr viel schwieriger, die Kompetenz der Krankenbeobachtung zu erlernen und eine Sicherheit im Umgang mit den Patienten zu erlangen.

Krankenbeobachtung und die Reform der Krankenpflege in Schweden³¹

Während sich das Berufsbild in der Bundesrepublik in den 1960er Jahren innerhalb kürzester Zeit rasant veränderte, setzte dieser Prozess in Schweden bereits in den 1930er Jahren ein, zog sich aber bis in die 1950er Jahre hin. Dieser Umbau des Berufsbildes kann im Folgenden nicht mit der gleichen Tiefenschärfe dargestellt werden, wie es das Fallbeispiel der Henriettenstiftung erlaubt. Es soll vielmehr gezeigt werden, dass sich bei der Modernisierung des Berufsfeldes in beiden Ländern vergleichbare Grundkonflikte ergaben.

Nicht nur in Deutschland, sondern auch in Schweden spielten christliche Traditionen eine wichtige Rolle bei der Herausbildung der modernen Krankenpflege seit dem 19. Jahrhundert. Die erste Krankenpflegeschule wurde von einer Diakonissenanstalt ins Leben gerufen, neu gegründete Schwesternschaften wie das Sophiahemmet in Stockholm und

29 Interview mit Schwester Rosemarie Kaufmann am 25.1.2005.

30 Der Übergang zur Funktionspflege zeigt sich u. a. an der Abgrenzung eines pflegerischen Tätigkeitsfeldes und der Eröffnung einer Pflegehelferinnenschule, in der Frauen zur Übernahme von Tätigkeiten in der Grundpflege ausgebildet wurden. Archiv der Henriettenstiftung, 4.05: Mitteilung der Henriettenstiftung über die Eröffnung einer Pflegehelferinnenschule am 1.4.1964; Archiv der Henriettenstiftung, S-II-2-2: Maßnahmen zur Entlastung des Pflegepersonals im Krankenhaus der Henriettenstiftung, November 1965.

31 Ich danke Gunnel Svedberg, die mich bei meinen Recherchen in Stockholm in jeder erdenklichen Weise unterstützte und mit ihrer Sachkenntnis eine unschätzbare Hilfe war.

das Samariterhemmet in Uppsala basierten auf dem Mutterhaussystem, und religiöse Berufungsvorstellungen prägten die Konzeption des Berufsbildes Krankenpflege.³² Wie Andersson betont, gewann jedoch Anfang des 20. Jahrhunderts ein säkularisiertes Berufungsverständnis an Bedeutung, und die Krankenpflege erhielt zunehmend den Charakter eines weltlichen Berufs, der allerdings nach wie vor besondere Anforderungen an die Berufsangehörigen stellte. Dazu zählte in erster Linie die Fähigkeit zur Selbstaufopferung.³³ In Schweden galt deshalb – ebenso wie in Deutschland – die unveränderte Erwartung, dass Krankenschwestern ihr Leben auf die Bedürfnisse der Patienten auszurichten hatten. Die Frauen waren selbstverständlich ledig, sie wohnten in den Unterkünften der Krankenanstalten und waren quasi rund um die Uhr im Dienst.³⁴

Auch der schwedische Krankenschwesternverband SSF, der 1945 insgesamt 94 Prozent der erwerbstätigen Krankenschwestern organisierte, hatte bei seiner Gründung im Jahr 1910 zunächst ein dezidiert unberufliches Konzept von Krankenpflege vertreten. So sprach sich der SSF Anfang der 1920er Jahre entschieden gegen Arbeitszeitverkürzungen in der Pflege aus, da zum einen die Versorgung der Patienten darunter leiden, zum anderen die Krankenpflege ihre Besonderheit verlieren würde, die sie bislang von anderen Erwerbsberufen abhebe. Seine Hauptaufgabe erblickte der SSF nicht in der Gestaltung von Arbeitsbedingungen, sondern im Engagement für eine Verlängerung und theoretische Fundierung der Ausbildung.³⁵

Eine Argumentation, die auf einer Sonderstellung der Schwestern in der Gesellschaft beruhte, verlor in Schweden jedoch bereits in den 1930er Jahren an Überzeugungskraft. Das Bild des weiblichen Pflegepersonals als besondere und unvergleichliche Berufsgruppe dürfte immer weniger in das Konzept des sich entwickelnden schwedischen Wohlfahrtsstaates gepasst haben, das die Gleichheit der Menschen betonte und auf eine Vereinheitlichung der Lebensverhältnisse zielte.³⁶ Wie tief greifend sich das Verständnis von Krankenpflege in den 1930er Jahren veränderte, zeigt die vollständige Umstrukturierung des SSF, der ab 1933 – nach erbitterten

32 Vgl. BOHM: 1972, 153–154; ANDERSSON: 1997; KOIVUNEN BYLUND: 1994, 144.

33 Vgl. ANDERSSON: 1997, 63–70.

34 Vgl. EMANUELSSON: 1990, 62.

35 Vgl. BOHM: 1972, 213; NICKLASSON: 1995, 284–285; EMANUELSSON: 1990, 98.

36 Vgl. KOLBE: 2002, 35–40.

Auseinandersetzungen innerhalb der Organisation – zur Gewerkschaft ausgebaut wurde und sich von nun an für eine arbeits- und tarifrechtliche Ausgestaltung des Tätigkeitsfeldes einsetzte.³⁷ Die Tatsache, dass 1945 der überwiegende Teil der schwedischen Krankenschwestern gewerkschaftlich organisiert war, belegt die hohe Akzeptanz einer verberuflichten Krankenpflege, während noch in der Bundesrepublik der 1950er Jahre die Gewerkschaftsmitgliedschaft einer Krankenschwester als ›unanständig‹ galt.³⁸ Da sich der SSF außerdem von Beginn an für eine Theoretisierung der Ausbildung stark gemacht hatte, waren die Widerstände gegen eine Professionalisierung der Pflege in Schweden erheblich geringer als in Deutschland. Bereits in den 1930er Jahren führten die schwedischen Krankenpflegesschulen eine dreijährige Ausbildung durch.³⁹

Die detaillierten Ausbildungsordnungen, in denen die schwedische Gesundheitsverwaltung Anfang der 1950er Jahre den Aufbau der Krankenpflegeausbildung festschrieb, belegen den vergleichsweise hohen Professionalisierungsgrad. Vorgesehen waren 800 Stunden theoretischer Unterricht, u. a. in Psychologie.⁴⁰ Es gab demnach schon früh die Bestrebung, auch den persönlichen Umgang mit den Patienten zu verwissenschaftlichen.⁴¹ Die theoretische Unterweisung fand im Allgemeinen in Form von drei Unterrichtsblöcken statt, wobei die Schülerinnen zu Beginn der Ausbildung einen zwei- bis dreimonatigen Einführungskurs durchliefen. Anders als die hannoverschen Diakonissen wurden die schwedischen Krankenpflegeschülerinnen also zunächst theoretisch auf ihren Praxiseinsatz vorbereitet.⁴² Dies galt ebenfalls für die christlichen

37 Die kommunalen Arbeitgeber erkannten den SSF 1940 als Tarifpartner an, vgl. BOHM: 1972, 198.

38 Vgl. KREUTZER: 2005, 63.

39 Vgl. HOLMDAHL: 1994, 193.

40 Ersta Arkiv, F 8/II: Kungl. Medicinalstyrelsens cirkulär med föreskrifter och anvisningar rörande undervisningen vid godkände sjuksköterskeskolor. II.II.1952.

41 In der Bundesrepublik schrieb erst die Ausbildungs- und Prüfungsordnung von 1966 eine Einführung in Psychologie, Pädagogik und Soziologie vor. Vgl. »Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Krankenschwestern, Krankenpfleger und Kinderkrankenschwester vom 2.8.1966«. In: *Bundesgesetzblatt* (1966), 462. Teil I, § 1, Absatz 2.

42 Zur allgemeinen Orientierung und Eignungsprüfung durchliefen die angehenden Schülerinnen außerdem vor der eigentlichen Ausbildung eine zwei- bis dreimonatige Probezeit, in der sie praktisch und theoretisch in das Tätigkeitsfeld eingeführt werden sollten. Vgl. »Intressanta siffror«: 1956, 753 und Ersta Arkiv, F 8/II: Kungl. Medicinalstyrelsens cirkulär med föreskrifter och anvisningar rörande undervisningen vid godkända sjuksköterskeskolor, II.II.1952.

Häuser. Zwar betonten auch in Schweden gerade die konfessionellen Einrichtungen die hohe Bedeutung praktischer Ausbildung, da die Erfahrung gezeigt habe, »dass es von großer erzieherischer Bedeutung ist, den Kranken auf eine persönlichere Art zu begegnen«. ⁴³ Dennoch waren sie gezwungen, sich in der Ausbildungspraxis den staatlichen Vorgaben anzupassen.

Auch wenn der theoretische Unterricht in Schweden deutlich früher als in der Bundesrepublik ausgebaut wurde, scheint sich die praktische Ausbildung Anfang der 1950er Jahre überraschend ähnlich gestaltet zu haben. Dies zeigt der Blick auf die Diakonissenanstalt Ersta, die eine eigentümliche Mischung aus tradierten und modernen Ausbildungselementen praktizierte. ⁴⁴ Die Schülerinnen nahmen zunächst an einem zweimonatigen Einführungsblock teil, der sie auf die Pflegearbeit vorbereiten sollte und in dem vermutlich medizinischer sowie pflegerischer Unterricht, weltlich-moderne Deutungen der Psychologie und tradierte ethisch-diakonische Ausbildungsinhalte relativ unverbunden nebeneinander gestanden haben werden. ⁴⁵ Der anschließende praktische Einsatz folgte dann vergleichbaren Prinzipien wie in der Henriettenstiftung. Auch in Ersta stellten die Schülerinnen den Großteil der Arbeitskräfte dar, und sie übernahmen während ihrer Ausbildung die Betreuung einer bestimmten Anzahl von Patienten, für deren Versorgung sie zuständig waren. Dazu gehörte ebenfalls das Reinigen der Krankenzimmer. ⁴⁶

Das praktische Erlernen der Krankenbeobachtungskompetenz durch eine kontinuierliche Begleitung der Patienten wird sich also in den christlichen Häusern Schwedens Anfang der 1950er Jahre ähnlich gestaltet haben wie in der Bundesrepublik. In vielen öffentlichen Krankenhäusern wurden hingegen schon seit den späten 1930er Jahren Pflegehilfskräfte (sjukvårdsbiträden und undersköterskor) beschäftigt, die Tätigkeiten in

43 »att det är av stor fostrande betydelse att få konfronteras med de sjuka på ett mer personligt sätt«. Ersta Arkiv, F 8/19: Bethanienstiftelsens styrelse till kungliga Medicinalstyrelsen, 30.7.1948.

44 Ich danke Gudrun Persson, die mir nicht nur den Zugang zum Archiv der Diakonissenanstalt Ersta ermöglichte, sondern auch Gesprächspartnerinnen vermittelte und einen Einblick in das gegenwärtige Leben einer schwedischen Diakonissenanstalt gewährte.

45 Ersta Arkiv, F 8/10: Årsredogörelse från Ersta Diakonissanstalts sjuksköterskeskola för år 1951.

46 Interview mit Agnes Larsson*, die Anfang der 1950er Jahre ihre Ausbildung als Diakonissenschülerin in Ersta absolvierte, am 4.10.2006.

der Hauswirtschaft und Grundpflege übernahmen.⁴⁷ Damit hatte sich in diesen Häusern bereits eine Aufteilung des ehemals ›ganzheitlichen‹ Arbeitsbereichs durchgesetzt. 1946 stellte die Zeitschrift des SSF fest, viele Krankenschwestern betrachten »einen Teil der Arbeit mit den Patienten als unter ihre Würde.«⁴⁸ Da aber die Zuständigkeiten der Krankenschwestern und Pflegehilfskräfte nicht klar voneinander abgegrenzt waren, konnte die konkrete Ausgestaltung der Arbeitsteilung nur vor Ort geregelt werden. Die Frage, in welchem Ausmaß das Hilfspersonal in der Betreuung von Patienten eingesetzt und von dem bisherigen Konzept der ›Ganzheitspflege‹ abgegangen wurde, wird sich damit von Krankenhaus zu Krankenhaus und von Station zu Station unterschieden haben.

Die Debatte um die Arbeitszeitfrage Mitte der 1950er Jahre belegt, dass es sich bei dem Abschied von der ›Ganzheitspflege‹ um einen längerfristigen Prozess handelte. 1946 hatte die schwedische Gesundheitsverwaltung in einer Richtlinie die 48-Stundenwoche in der Pflege gefordert, deren Umsetzung sich jedoch angesichts des herrschenden Personalmangels über mehrere Jahre erstreckte.⁴⁹ In der Praxis waren die Arbeitszeiten in der Pflege noch Ende der 1940er Jahre kaum reguliert. Die Schwestern arbeiteten, bis die Kranken versorgt waren.⁵⁰ Diese am Wohl der Patienten orientierte Arbeitszeitorganisation dürfte nach wie vor einen relativ kontinuierlichen Umgang mit den Kranken gesichert haben.

Nicht zuletzt angesichts der wachsenden Zahl verheirateter Krankenschwestern konnten diese langen Arbeitszeiten aber immer weniger durchgesetzt werden. Galt es noch Ende der 1930er Jahre als selbstverständlich, dass eine Schwester mit der Heirat aus dem Beruf ausschied, lag der Anteil verheirateter Krankenschwestern 1957 bereits bei 35 Prozent.⁵¹ Sollten diese Frauen im Beruf gehalten werden, um den Personalmangel nicht weiter zu verstärken, mussten die Arbeitszeitverkürzungen praxiswirksam werden. Mit der Durchführung der Arbeitszeitreformen wandelte sich das Schwestern-Patientenverhältnis jedoch grundlegend.

47 Vgl. ZETTERSTRÖM LAGERVALL et al.: 1985, 148–150.

48 »en del av arbetet med patienterna som under deras värdighet«. A.K.: 1946, 617.

49 Genau genommen empfahl das Medicinalstyrelse eine Arbeitszeit von 192 Stunden, verteilt auf vier Wochen. Vgl. HÖJER und SÖDERBERGH: 1952, 386.

50 Vgl. SVEDBERG: 2002, 105–106.

51 Vgl. HÖJER: 1957, 749.

Eine Konferenz zum Thema »Der Einfluss der Arbeitszeitverkürzung auf die Patientenpflege«⁵² stellte 1955 fest:

Aus einer verkürzten Arbeitszeit ergibt sich eine erhöhte Fluktuation, die dazu führt, dass der Patient es mit mehr Personen des Pflegepersonals zu tun bekommt. Eine gängige Rationalisierungsmaßnahme besteht darin, die Arbeit in einer Abteilung nach dem System der Funktionspflege zu verteilen – einem System, das ziemlich unbefriedigend sein muss.⁵³

Damit sprach die Konferenz die grundsätzliche Ambivalenz einer Verberuflichung bedürfnisorientierter Tätigkeiten an. Zweifelsohne gewannen Frauen mit den Arbeitszeitverkürzungen neue Handlungsmöglichkeiten, wie die Perspektive auf ein Privatleben und die Chance, Distanz zur Arbeit zu gewinnen. Die Arbeitszeitreformen führten jedoch auch zu einer erheblichen Fluktuation des Pflegepersonals. Außerdem erhöhten sie den Rationalisierungsdruck und forcierten damit die Einführung der Funktionspflege. Statt mit einer Hauptbezugsperson hatten die Patienten es nun mit einer Vielzahl von Pflegekräften zu tun, die jeweils nur noch für bestimmte Tätigkeiten zuständig waren und nach Schichtende die Station verließen. Dies hatte – in Schweden ebenso wie in der Bundesrepublik – nicht nur gravierende Folgen für die Patienten und deren persönliche Betreuung, sondern auch für das Pflegepersonal. Denn für die Beschäftigten in der Pflege stellte und stellt nach wie vor das Bedürfnis, Kontakt mit den Patienten herzustellen und zu helfen, eine wichtige Berufsmotivation dar, die in den modernisierten Krankenanstalten immer weniger Raum erhielt. Es blieb und bleibt bis heute den einzelnen Krankenschwestern überlassen, ihre Berufsvorstellungen mit der neu konzipierten arbeitsteiligen Berufswirklichkeit und den »altmodischen« Erwartungen der betreuten Kranken irgendwie in Einklang zu bringen.

Sowohl in der Bundesrepublik als auch in Schweden wurde diese Verlustgeschichte des Modernisierungsprozesses als Dehumanisierung des Krankenhauswesens diskutiert, das mit der Einführung des »Fließbandprinzips« an Menschlichkeit verloren habe. Dass die Reform der Kran-

52 »Arbetstidsförkortningens inverkan på patientvården«.

53 »Med en förkortad arbetstid följer tätare ombyte av personal, som medför att patienten får att göra med flera av vårdpersonalen. En vanlig rationaliseringsåtgärd är att arbetet på en avdelning fördelas enligt rondsystemet – ett system, som måste vara ganska otillfredsställande.« Vgl. »Patientvården diskuterades«: 1955, 693.

kenpflege auch mit einem Kompetenzverlust an Beobachtungsfähigkeit der Schwestern einherging, blieb in beiden Ländern ausgeblendet.⁵⁴

Verschmerzbar Verluste?

Der Bedeutungsverlust der Krankenbeobachtung erweist sich auf den ersten Blick als kaum intendierte Folge einer umfassenden Krankenpflegereform. Gleichwohl stellt sich die Frage, warum die Krankenhäuser nun mit einem Weniger an Beobachtungskompetenz der Schwestern auskommen sollten, also: Was ist der medizingeschichtliche Platz dieses Entwertungsprozesses? Dieser Frage kann im Folgenden nur thesenartig nachgegangen werden, da die Medizingeschichte der Nachkriegszeit bislang nur ungenügend erforscht ist.

Ohne Frage ist festzuhalten, dass dieser Entwertungsprozess als Teil eines tief greifenden Umbruchs in der Medizingeschichte des 20. Jahrhunderts zu verstehen ist. Schon an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert äußerten sich kritische Stimmen aus der Ärzteschaft, mit der zunehmende Spezialisierung der Medizin gerieten die Kranken als ganze Menschen aus dem Blick.⁵⁵ Auch die ärztliche Perspektive verschob sich also weg vom Patienten, und es setzte sich ein neues Verständnis von Krankheit und Gesundheit durch.⁵⁶

Erstens verlor die Prognostik, wie Nicholas Christakis gezeigt hat, seit dem frühen 20. Jahrhundert an Bedeutung. Die Prognostik ist neben der Diagnose und Therapie das dritte Standbein der Medizin, das sich vor allem mit individuellen Aspekten des Krankseins und der Perspektive des Einzelnen auf Heilung respektive Tod beschäftigt. Bei der Prognosestellung fragte der Arzt noch im 19. Jahrhundert, welche Chancen der einzelne Patient etwa aufgrund seiner Konstitution oder Lebensumstände auf Heilung hatte. Die Prognose orientierte sich damit weniger an den Krankheitssymptomen als vielmehr an den individuellen Bedingungen der Kranken und konnte sich entsprechend bei verschiedenen Patienten trotz gleicher Symptomatik unterschiedlich gestalten. In gewisser Hinsicht,

54 Auch Leininger beschreibt für die USA einen Kompetenzverlust der Schwestern im Zuge der Modernisierung und vor allem der Technisierung der Krankenpflege in den 1950er Jahren. Dabei hat sie allerdings vor allem einen Verlust fürsorglicher Fähigkeiten im Blick. Vgl. LEININGER: 1998, 27–35.

55 Vgl. HUERKAMP: 1985, 182–184.

56 Vgl. DUDEN and ZIMMERMANN: 2002.

argumentiert Christakis, hatten diese Patienten im 19. Jahrhundert also verschiedene Krankheiten. Bei der Prognosestellung dürfte ein kluger Arzt demnach gut beraten gewesen sein, auf die Beobachtungen, die die Schwestern bei der Begleitung der Patienten gesammelt hatten, zurückzugreifen.

Die Prognostik verlor Christakis zufolge im 20. Jahrhundert mit den Fortschritten in der Therapie an Bedeutung. Die richtige Diagnosestellung wurde nun zum Ausgangspunkt medizinischen Denkens und Handelns, von dem aus die Therapie und Prognose lediglich abzuleiten seien. Damit löste sich das Krankheitsverständnis vom Individuum und die Prognostik wurde zu einem quasi überindividuellen standardisierbaren Anhängsel der Diagnose.⁵⁷ Aussagen über zu erwartende Krankheitsverläufe büßten also den Bezug zu den jeweiligen Patienten ein und beruheten mit dem Siegeszug der Statistik immer mehr auf der Basis errechneter Wahrscheinlichkeiten, die sich auf Populationen und nicht den einzelnen kranken Menschen bezogen.⁵⁸ Im Zuge dieser Entwicklung wird die Krankenbeobachtungskompetenz der Schwestern vermutlich immer weniger nachgefragt worden sein.

Diese Abstraktion vom Patienten wurde *zweitens* durch die zunehmende Technisierung verstärkt, die die Medizingeschichte seit dem Zweiten Weltkrieg charakterisiert.⁵⁹ Erfolgte die Diagnoseerhebung in der Nachkriegszeit noch in der konkreten Arzt-Patienten-Begegnung, in der sich der Arzt auf den einzelnen Kranken und seine Befindlichkeit konzentrierte, gewannen Laboruntersuchungen und bildgebende Verfahren wie Röntgentechnik, Strahlendiagnose und Ultraschall seit den 1960er Jahren rasant an Bedeutung.⁶⁰ An die Stelle des genauen Blicks auf den Patienten trat die Untersuchung der Patientendaten, und die Ärzte lernten, vor allem den erhobenen ›harten‹ Fakten zu trauen. Intuitive Einsichten, praktische Erfahrungen, die der Krankenbeobachtung der Diakonissen zugrunde lagen, dürften somit den Charakter unwissenschaftlicher Behauptungen erhalten haben.⁶¹

57 CHRISTAKIS, 1997. Siehe auch CHRISTAKIS: 1999.

58 Vgl. auch PAUL: 2006, 143–152.

59 Zur Medizingeschichte nach 1945 vgl. HARDY und TANSEY: 2006, 405–533.

60 Vgl. ECKART: 2005, 270–277. Zur Technisierung der Medizin siehe auch: DOMMANN: 2003. Speziell zum Verhältnis von Pflege und Technik siehe: SANDELOWSKI: 2000, 135–175.

61 Vgl. DUDEN und ZIMMERMANN: 2002, 37–39.

Diese Entwertung des Erfahrungswissens wird sich *drittens* durch den Aufstieg der psychosomatischen Medizin, die in den 1970er Jahren erstmals als Fach an den bundesdeutschen Hochschulen institutionalisiert wurde, weiter verstärkt haben.⁶² Eine Geschichte der psychosomatischen Medizin ist bislang nicht geschrieben. Ihr Aufstieg scheint jedoch durchaus ambivalent gewesen zu sein. Denn einerseits dürfte ihre Anerkennung als medizinisches Fach als notwendige Antwort auf die Technisierung und beklagte Dehumanisierung des Krankenversorgungssystems zu verstehen sein.⁶³ Andererseits ging damit eine Entwertung bisher praktisch erworbener, nicht wissenschaftlich fundierter Beobachtungskompetenz, für die die Diakonissen standen, einher. Auf diese Weise forcierte die Etablierung der psychosomatischen Medizin eine Delegitimierung tradierter patientenorientierter Pflege. Außerdem beinhaltete die neue medizinische Disziplin mit ihrer Konzentration auf das therapeutische Gespräch vor allem eine Professionalisierung des Ohres, dem das Auge und der Blick auf Körperlichkeit nachgeordnet waren. Zudem entstand im Zuge dieses Professionalisierungsprozesses eine neue Spezialdisziplin, die in gesonderte Abteilungen und Kliniken ausgegliedert wurde. Eine Integration in den allgemeinen Krankenhausalltag fand damit nicht statt. So beklagten in den 1980er Jahren Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack – zwei führende Protagonisten bei der Etablierung der psychosomatischen Medizin in der Bundesrepublik –, dass Patienten in der Regel nur die Wahl haben, entweder als ›organisch Kranke‹ ärztlich versorgt oder aber als ›psychisch Kranke‹ psychotherapeutisch betreut zu werden. Uexküll und Wesiack forderten stattdessen eine patientenorientierte Medizin, die psychosoziale und somatische Aspekte gleichrangig berücksichtigen sollte. Zu diesem Zweck sollte das gesamte Pflegepersonal konsequent in psychosozialer Hinsicht aus- und weitergebildet werden. Eine Rehabilitation tradierten Erfahrungswissens war damit nicht gemeint.⁶⁴

Viertens wird mit der Durchsetzung der Genetik, der Epidemiologie und des Risiko-Konzeptes in der Medizin seit den 1970er Jahren das tradierte Konzept von Krankenbeobachtung endgültig als antiquiert er-

62 Die Approbationsordnung für Ärzte von 1970 verankerte erstmals die Psychosomatische Medizin als festen Bestandteil in der Ärzteausbildung. Vgl. *Approbationsordnung* [...]: 1975, 8–9, Anlagen 3 und 10.

63 Vgl. SCHMIDBAUR: 2002, 194.

64 Vgl. UEXKÜLL und WESIACK: 1998, 481–487.

schiene sein. Das neue Gebot der Risikosteuerung ist bislang vor allem im Hinblick auf Schwangerschaft und Geburt untersucht worden, da die Reproduktionstechnologien eine Vorreiterrolle bei der Etablierung des neuen Verständnisses von Medizin, Gesundheit und Krankheit hatten. Aus einer nachsorgenden, einen konkreten Krankheitsbefund therapierenden Medizin wurde zunehmend eine Beratungsinstanz zum Aufspüren von Gesundheitsrisiken.⁶⁵ Die Vorstellung von Gesundheit nahm damit den Charakter einer Restgröße an, die den Status des Noch-Nicht-Krankseins erhielt. Diese Neudefinition von Gesundheit und Krankheit entzog dem Konzept von Krankenbeobachtung, wie es die Diakonissen praktizierten, gleichsam vollends den Boden, da Krankheit nicht mehr aus einem konkreten Unwohlsein bestand, sondern sich in Gestalt von Risikofaktoren jeglicher sinnlichen Wahrnehmung entzog.

65 DUDEN: 2004, 507–508.

LITERATUR

- A.K.: »Vårt biträdesystem diskuteras i Danmark«. In: *Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor* 13 (1946), 617.
- ANDERSSON, Åsa: »Livsideal och yrkesetik: Om kalltankens betydelse i det kvinnliga vårdarbetets idéhistoria«. In: *Svensk medicinhistorisk tidskrift* 1 (1997), 53–71.
- Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970*. Mit Kommentaren und praktischen Hinweisen von Heinz-Peter Brauer und Thomas Zickgraf. Köln-Lövenich: Deutscher Ärzte-Verlag, 1975.
- BOHM, Eva: *Okänd, godkänd, legitimerad. Svensk sjuksköterskeförenings första femtio år*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförenings förlag, 1972.
- BUSSE-KENN, Marie-Luise: »Arzt und Schwester im Krankenhaus«. In: *Krankendienst* 26 (1953:2), 29–34.
- CHRISTAKIS, Nicholas A.: »The Ellipsis of Prognosis in Modern Medical Thought«. In: *Social Science and Medicine* 40 (1997:3), 301–315.
- CHRISTAKIS, Nicholas A.: *Death foretold. Prophecy and prognosis in medical care*. Chicago: University of Chicago Press, 1999.
- DOMMANN, Monika: *Durchsicht, Einsicht, Vorsicht. Eine Geschichte der Röntgenstrahlen 1896–1963*. Zürich: Chronos, 2003.
- DUDEN, Barbara, »Frauen->Körper«. Erfahrung und Diskurs (1970–2004)«. In: BECKER, Ruth und Beate KORTENDIEK (Hg.): *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2004, 505–518.
- DUDEN, Barbara und Beate ZIMMERMANN: *Aspekte des Wandels des Verständnisses von Gesundheit/Krankheit/Behinderung als Folge der modernen Medizin*. Gutachten für die Enquete-Kommission »Recht und Ethik der modernen Medizin«. Berlin, 2002, URL: http://webarchiv.bundestag.de/archive/2007/0206/parlament/gremien/kommissionen/archiv14/medi/medi_gut_dud.pdf, Zugriff am 21.12.2009.
- ECKART, Wolfgang U.: *Geschichte der Medizin*. 5. Aufl. Heidelberg: Springer, 2005.
- EMANUELSSON, Agneta: *Pionjärer i vitt. Professionella och fackliga strategier bland svenska sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden, 1851–1939*. Huddinge: Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund, 1990.
- HARDY, Anne und Elizabeth M. TANSEY: »Medical enterprise and global response, 1945–2000«. In: BYNUM, William F. et al. (Hg.): *The Western Medical Tradition 1800 to 2000*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006, 405–533.
- HÖJER, Gerda und Astrid SÖDERBERGH: »Utlåtande över arbetstidslagstiftning«. In: *Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor* 19 (1952), 386–390.
- HÖJER, Gerda: »Arbetstiden förkortas«. In: *Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor* 24 (1957), 749–750.
- HOLMDAHL, Barbro: *Sjuksköterskans historia. Från siukwakterska till omvårdnadsdoktor*. Stockholm: Liber Utbildning, 1994.
- HUERKAMP, Claudia: *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1985.
- »Intressanta siffror«. In: *Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor* 23 (1956), 752–754.

- KOIVUNEN BYLUND, Tuulikki: *Frukta icke, allenast tro. Ebba Boström och Samariterhemmet 1882–1902*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1994.
- KOLBE, Wiebke: *Elternschaft im Wohlfahrtsstaat. Schweden und die Bundesrepublik im Vergleich 1945–2000*. Frankfurt am Main, New York: Campus, 2002.
- KRANER, Elisabeth: *Die Eigenständigkeit des Schwesternberufes*. O. J., um 1953, unpag.
- KREUTZER, Susanne: *Vom ›Liebesdienst‹ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945*. Frankfurt am Main, New York: Campus, 2005.
- KREUTZER, Susanne: »Aus der Praxis lernen? Umbruch in den pflegerischen Ausbildungskonzepten nach 1945«. In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 25 (2006), 155–180.
- LEININGER, Madeleine M.: *Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1998.
- MEIWES, Relinde: *›Arbeiterinnen des Herrn‹. Katholische Frauenkongregationen im 19. Jahrhundert*. Frankfurt am Main, New York: Campus, 2000.
- NICKLASSON, Stina: *Sophiasystem som blev politiker. Bertha Wellin. Pionjär för moderat politik*. Stockholm: Carlsson, 1995.
- »Patientvården diskuterades«. In: *Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor* 22 (1955), 693–695.
- PAUL, Norbert W.: »Diagnose und Prognose«. In: SCHULZ, Stefan et al. (Hg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*, Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2006, 143–152.
- REMMERS, Hartmut: »Pfliegewissenschaft und ihre Bezugswissenschaften. Fragen pflegewissenschaftlicher Zentrierung interdisziplinären Wissens«. In: *Pflege* 12 (1999), 367–376.
- RÜTHER, Bernhard: »Wirksame Berufswerbung«. In: *Krankendienst* 24 (1951:4), 85–87.
- SANDELOWSKI, Margarete: *Devices and Desires. Gender, Technology, and American Nursing*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2000.
- SCHMIDBAUR, Marianne: *Vom Lazaruskreuz zur Pflege aktuell. Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903–2000*. Königstein/Taunus: Helmer, 2002.
- SCHMIDT, Jutta: *Beruf Schwester. Mutterhausdiakonie im 19. Jahrhundert*. Frankfurt am Main, New York, Campus Fachbuch, 1998.
- SCHMUEHL, Hans-Walter: »Ärzte in konfessionellen Kranken- und Pflegeanstalten 1908–1957«. In: KUHLEMANN, Frank-Michael und Hans-Walter SCHMUEHL (Hg.): *Beruf und Religion im 19. und 20. Jahrhundert*. (= Konfession und Gesellschaft; 26), Stuttgart: Kohlhammer, 2003, 176–194.
- Schwester Clotilde, Vinzentinerin: »Stellung und Aufgaben der katholischen Krankenschwester«. In: *Das Krankenhaus* 44 (1952:10), 282–283.
- SPREE, Reinhard: »Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens im 19. und 20. Jahrhundert: ›Ein Bild innerer und äußerer Verhältnisse‹«. In: LABISCH, Alfons und Reinhard SPREE (Hg.): *›Einem jeden Kranken im Hospitale sein eigenes Bett‹. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt am Main, New York: Campus, 1996, 51–88.
- SVEDBERG, Gunnel: *Omvårdnadstraditioner inom svensk psykiatrisk vård under 1900-talets första hälft*. Stockholm: Repro Print, 2002.
- UEXKÜLL, Thure von und Wolfgang WESIACK: *Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*. München et al.: Urban & Schwarzenberg, 1998.
- ZETTERSTRÖM LAGERVALL, Gerd et al.: *Systemskap i förändring. En bok utgiven till SSFs 75-årsjubileum 1985*. Stockholm: Selbstverlag 1985.