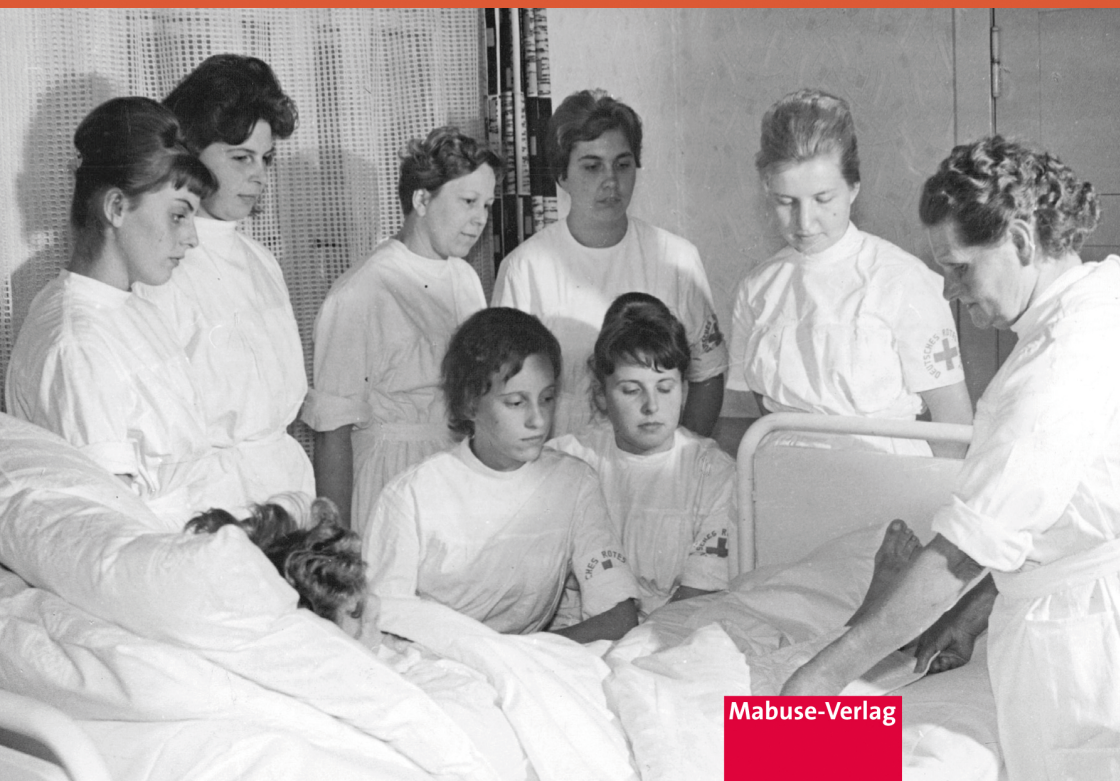


Sylvelyn Hähner-Rombach, Pierre Pfütsch (Hrsg.)

Entwicklungen in der Kranken- pflege und in anderen Gesund- heitsberufen nach 1945

Ein Lehr- und Studienbuch



Mabuse-Verlag

Sylvelyn Hähner-Rombach, geb. 1959, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart.

Pierre Pfütsch, geb. 1986, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung Stuttgart.

Sylvelyn Hähner-Rombach, Pierre Pfütsch (Hrsg.)

Entwicklungen in der Krankenpflege und in anderen Gesundheitsberufen nach 1945

Ein Lehr- und Studienbuch

Mabuse-Verlag
Frankfurt am Main



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren AutorInnen und zum Verlag finden Sie unter: www.mabuse-verlag.de.

Wenn Sie unseren Newsletter zu aktuellen Neuerscheinungen und anderen Neuigkeiten abonnieren möchten, schicken Sie einfach eine E-Mail mit dem Vermerk „Newsletter“ an: online@mabuse-verlag.de.

© 2018 Mabuse-Verlag GmbH

Kasseler Str. 1 a

60486 Frankfurt am Main

Tel.: 069-70 79 96-13

Fax: 069-70 41 52

verlag@mabuse-verlag.de

www.mabuse-verlag.de

www.facebook.com/mabuseverlag

Satz: Fotosatz Buck, Kumhausen

Umschlaggestaltung: Marion Ullrich, Frankfurt am Main

Umschlagbild: DRK-Schwester bei Ausbildung am Bett eines

Patienten; aus dem Bildarchiv des Bundesarchivs, Signatur 183-B0626-0012-005

ISBN: 978-3-86321-411-1

eISBN: 978-3-86321-484-5

Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Einführung	7
<i>Sylvelyn Hähner-Rombach und Pierre Pfüttsch</i>	
Historischer Rahmen	12
<i>Sylvelyn Hähner-Rombach</i>	
Erster Teil	
Männlichkeit und die (Selbst-)Positionierung von Kranken- pflegern in der Bundesrepublik ca.1945 bis 2000	29
<i>Christoph Schwamm</i>	
Psychiatriepflege nach 1945	65
<i>Christof Beyer und Karen Nolte</i>	
Sorge für Leib und Seele – Arbeits- und Lebensalltag evangelischer Krankenpflege, 1950er bis 1970er Jahre	91
<i>Susanne Kreutzer</i>	
Abschied vom zölibatären Berufsbild? Gewerkschaftspolitik in der Pflege nach 1945	120
<i>Susanne Kreutzer</i>	
Aus- und Weiterbildung in der Krankenpflege in der Bundes- republik Deutschland nach 1945	146
<i>Sylvelyn Hähner-Rombach</i>	

Quantitative Entwicklung des Krankenpflegepersonals 195
Sylvelyn Hähner-Rombach

Spritzen, Kittel, Schnabeltassen – Objekte als Quellen in der pflegehistorischen Forschung 220
Isabel Atzl

Zweiter Teil

Nichtärztliche Gesundheitsberufe nach 1945. Eine Einführung 239
Pierre Pfütsch

Altenpflegerin – ein neuer Beruf für die „moderne“ Frau. Die Entstehung einer eigenständigen Altenpflegeausbildung und deren Entwicklung, 1950 bis 1990 249
Nina Grabe

Häusliche Altenpflege von 1945 bis 1985 287
Kristina Matron

Hebammen und ihr Beruf in der Bundesrepublik zwischen 1950 und 1975 312
Marion Schumann

Rettungssanitäter – Rettungsassistenten – Notfallsanitäter: Ein Berufsbild im Wandel, 1949 bis 2014 350
Pierre Pfütsch

„Man darf keine Kenntnisse beim Laien voraussetzen!“ Die Genese der Diabetes-Beratungs- und -Schulungsberufe 383
Aaron Pfaff

Einführung

Sylvelyn Hähner-Rombach und Pierre Pfütsch

In der Lehre der Geschichte der Krankenpflege wurde immer wieder das Fehlen geeigneter Forschungsliteratur für den Zeitraum nach 1945 beklagt, und zwar sowohl für die Vorbereitung des Unterrichts als auch für die Studierenden zur Anfertigung von Referaten, Semester- oder Bachelorarbeiten. Es gibt zwar einige Arbeiten¹, aber die Forschungslücken sind weiterhin groß. Das liegt daran, dass die Pflegegeschichte immer noch ein relativ junges Forschungsfeld ist. Dieses Feld hat zudem bislang vor allem Arbeiten zum 19. und zur ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts hervorgebracht.

Die Geschichte anderer nichtärztlicher Gesundheitsberufe, für die erste Lehranfragen noch abschlägig beschieden werden mussten, ist mit Ausnahme des Hebammenwesens genau genommen erst im Entstehen begriffen. Für diesen sehr komplexen und weitgehend unerforschten Bereich geht es nicht nur darum, die wenigen existierenden Arbeiten bekannter zu machen und zu versuchen, einige Forschungslücken zu schließen, sondern auch darum, über den Tellerrand der Pflegegeschichte auf benachbarte Berufe zu schauen. Da sich die meisten dieser Berufe im selben Feld bewegen – im Gesundheitswesen –, teilweise sogar in direkter oder indirekter Zusammenarbeit agieren, mitunter auch voneinander abhängig und in der Regel in den Hierarchien des Feldes ähnlich positioniert sind, ist es sinn- und reizvoll, mögliche Beziehungen oder Verflechtungen aufzuzeigen.

Die Auswahl der im Band behandelten Berufe unterlag zu einem Großteil der Forschungslage, das heißt der Frage, zu welchen Gesundheitsberufen

1 Kreutzer (2004); Kreutzer (2014); Grabe (2016); Matron (2017).

es Forschungen gibt bzw. zu welchen Aspekten man diese in einem zeitlich überschaubaren Zeitraum leisten kann. Von Anfang an war klar, dass mit diesem Buch lediglich erste Schritte zur Schließung von Forschungsdefiziten in Angriff genommen werden können. Andere Historikerinnen und Historiker sind also aufgerufen, zu den weiter bestehenden Lücken zu forschen und ihre Ergebnisse zu veröffentlichen, um das Panorama zu erweitern und differenzierte Vergleiche zu ermöglichen.

Die ehemalige DDR konnte leider nicht berücksichtigt werden. Mit Ausnahme der Krankenpflege, für die außer kleineren Aufsätzen eine Arbeit zur Ausbildung in der DDR² existiert, gibt es kaum Forschung zur Geschichte der nichtärztlichen Gesundheitsberufe. Das ist jedoch nicht das einzige Manko dieses Bandes: Wenn in der historischen Forschung von Pflege die Rede ist, zielt diese meist auf die Krankenpflege, und darunter wiederum in der Regel auf die stationäre Krankenpflege. Das bedeutet, dass nicht nur die außerhalb von Kliniken geleistete Pflege (z.B. in „Heimen“ aller Art) weiterhin eine Art Schattendasein fristet, sondern auch diejenige, die quantitativ den größten Raum einnimmt: die häusliche³, Familien- oder Privatpflege. Dazu gehört ebenfalls die Rund-um-die-Uhr-Pflege, die vielfach, und dies schon lange, von Migrantinnen und Migranten übernommen wird, sowie die sog. Laien- oder außerprofessionelle Pflege, die vor allem in der Betreuung alter und behinderter Menschen zum Zuge kommt und die Gesellschaft und das Gesundheitswesen – darunter die professionelle Pflege – enorm entlastet.

Dass die Familien- und Privatpflege so selten berücksichtigt werden kann, liegt nicht zuletzt an der schwierigen Quellenlage: In diesem Bereich wird wenig Schriftliches verfasst, und wenn doch, dann gehört es in der Regel nicht zu den Zeugnissen, die aufgehoben werden und der Wissenschaft zur Verfügung stehen.

Dass nur eine Auswahl von Gesundheitsberufen für den Band berücksichtigt werden konnte, wurde schon erwähnt, und dass die Krankenpflege dabei einen großen Raum einnimmt, liegt daran, dass hier die Forschung und Lehre am weitesten fortgeschritten sind. Zwar waren uns auch vom Buchumfang her Grenzen gesetzt, aber dass keine weiteren Gesundheitsberufe zum Zug kamen, lag auch

2 Vgl. Thiekötter (2006).

3 Zur gegenwärtigen Lage länderübergreifend vgl. Kollak: Internationale Modelle (2001).

schlicht daran, dass nach unserem Kenntnisstand niemand an der historischen Aufarbeitung dieser Berufe sitzt.

Die Konzeption der einzelnen Beiträge ist ganz unterschiedlich: Es finden sich sog. *state-of-the-art* Abhandlungen, die bereits vorliegende Forschungen zusammengefasst aus einer bestimmten Perspektive auf den Punkt bringen oder neu bearbeiten. Dazu zählen die Beiträge von Susanne Kreutzer, Kristina Matron, Nina Grabe und Marion Schumann. Daneben werden erste Ergebnisse oder Teilbereiche von in der Entstehung befindlichen größeren Arbeiten von Pierre Pfütsch und Aaron Pfaff vorgestellt. Andere Beiträge präsentieren ein noch (weiter) zu bearbeitendes, junges bzw. lückenhaftes Forschungsfeld, so die von Isabel Atzl, Christoph Schwamm, Christof Beyer und Karen Nolte, und schließlich gibt es solche, die versuchen, die disparate Quellen- und Forschungslage zu bestimmten Bereichen zusammenzufassen, um weitere Forschungen anzuregen, wie die von Sylvelyn Hähner-Rombach. Da das gesamte Forschungsfeld noch jung ist, schien es uns legitim, verschiedene Ansätze zum Zuge kommen zu lassen.

Das vorliegende Werk ergänzt in gewisser Weise die Quellensammlung zur Geschichte der Pflege⁴, indem hier manche Themen, die dort nur angeschnitten werden konnten (zum Beispiel Männer in der Pflege oder Psychiatriepflege), weitergeführt oder neu erarbeitet wurden. Zugleich ergänzt hinsichtlich der Lehre zur Geschichte der Krankenpflege die Quellensammlung auch diesen Sammelband, weil sie Quellen zu den hier ausgeführten Themen bereithält.

Aufbau

Nach einem einführenden Kapitel zum historischen Rahmen von Sylvelyn Hähner-Rombach unterliegt das Buch einer Zweiteilung. Der erste Teil wird von Beiträgen zur Geschichte der Krankenpflege bestritten: Männer in der Krankenpflege von Christoph Schwamm, Psychiatriepflege von Christof Beyer und Karen Nolte, Arbeits- und Lebensalltag in der evangelischen Krankenpflege von Susanne Kreutzer, Krankenpflege und Gewerkschaftspolitik, ebenfalls von Susanne Kreutzer sowie Aus- und Weiterbildung in der Pflege von Sylvelyn Hähner-Rombach. Zudem gibt es einen „Service-Beitrag“ von Sylvelyn Häh-

4 Hähner-Rombach (2017).

ner-Rombach, der statistische Daten zu verschiedenen Parametern in der Entwicklung der Krankenpflege zur Verfügung stellt. Am Schluss dieses Teils eröffnet der Beitrag von Isabel Atzl zu „Dingen in der Pflege“ die Perspektive auf eine Quellengattung, die bislang viel zu sehr vernachlässigt wurde und die sich auch für die Lehre und den Unterricht hervorragend anbietet.

Der zweite Teil, der mit einer kurzen Einführung von Pierre Pfütsch beginnt, ist den anderen Gesundheitsberufen vorbehalten: der stationären und der häuslichen Altenpflege von Nina Grabe resp. Kristina Matron, die zwischen Gesundheits- und Sozialberuf rangieren und zu den neuen Berufen gehören, der Geburtshilfe von Marion Schumann, dem Rettungswesen von Pierre Pfütsch und den Diabetesberaterinnen von Aaron Pfaff, ein Beruf, der aus der Verbreitung dieser Erkrankung zur Volkskrankheit als ganz neues Betätigungsfeld hervorging und sich erst gegen andere Berufe etablieren musste.

Danksagung

Das vorliegende Buch ist das Ergebnis einer höchst erfreulichen und produktiven Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten der Geschichte nichtärztlicher Gesundheitsberufe nach dem Zweiten Weltkrieg bis in die Zeitgeschichte, und ihnen soll an dieser Stelle besonders herzlich gedankt werden, haben sie doch alle ihre Arbeit – wie leider so oft in den Geistes-, Kultur- und Sozialwissenschaften – unentgeltlich geleistet. Die Gruppe kam im November 2016 das erste Mal zusammen und hat das ehrgeizige Ziel, das Manuskript ein Jahr später beim Verlag einzureichen, mitgetragen und möglich gemacht.

Unser herzlicher Dank gilt daneben dem Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, das einen großzügigen Druckkostenzuschuss gewährte, und dem Mabuse-Verlag, dessen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter uns tatkräftig unterstützten.

Bibliographie

Grabe, Nina: Die stationäre Versorgung alter Menschen in Niedersachsen 1945–1975. Stuttgart 2016

- Hähner-Rombach, Sylvelyn (Hg.): Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mit Einführungen und Kommentaren. 4. erw. Aufl. Frankfurt/Main 2017.
- Kollak, Ingrid (Hg.): Internationale Modelle häuslicher Pflege. Eine Herausforderung und verschiedene Antworten. Frankfurt/Main 2001.
- Kreutzer, Susanne: Arbeits- und Lebensalltag evangelischer Krankenpflege. Organisation, soziale Praxis und biographische Erfahrungen, 1945–1980. Osnabrück 2014.
- Kreutzer, Susanne: Vom „Liebesdienst“ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt/Main; New York 2005.
- Matron, Kristina: Offene Altenhilfe in Frankfurt am Main 1945 bis 1985. Stuttgart 2017.
- Thiekötter, Andrea: Pflegeausbildung in der Deutschen Demokratischen Republik. Ein Beitrag zur Berufsgeschichte der Pflege. Frankfurt/Main 2006.

Historischer Rahmen

Sylvelyn Hähner-Rombach

Vorbemerkung

Die folgende Darstellung des historischen Kontextes soll die Folie für die Beiträge des Buches bieten. Es muss allerdings eingeräumt werden, dass aufgrund der Forschungslage die Krankenpflege besser „bedient“ wird als die anderen Gesundheitsberufe. Außerdem können die einzelnen Entwicklungen nur skizziert werden. Mehr als ein Überblick über die wichtigsten Meilensteine in Westdeutschland bzw. in der Bundesrepublik Deutschland kann nicht geleistet werden, um das Buch nicht zu überfrachten. Dennoch soll zum einen der Horizont aufgespannt werden, innerhalb dessen die einzelnen Berufe entstanden bzw. sich entwickelten, zum anderen sollen auch die „Hypothesen“ des „Dritten Reiches“ für die einzelnen Berufe deutlich werden.

Kriegsende

Mit der Kapitulation der Deutschen Wehrmacht am 8. Mai 1945 endete ein von den Deutschen begonnener Krieg mit über 60 Millionen Kriegstoten, von denen mehr als die Hälfte Zivilisten waren. Dazu kommen 13 Millionen Menschen, die Opfer deutscher Massenverbrechen wurden: Juden durch den Holocaust, KZ-Häftlinge in den Arbeits- und Vernichtungslagern, Patienten während der sog. „Euthanasie“-Morde, Deportierte, Zwangsarbeiter, Kriegsgefangene sowie politisch, sozial und ethnisch ausgegrenzte Bevölkerungsgruppen.

Zu den Folgen des verlorenen Krieges gehörten zum einen Vertreibung und Massenflucht der deutschsprachigen Bevölkerung aus Mittel- und Osteuropa, die laut Wehler „dramatische demographische Konsequenzen“ hatten.¹ Diese zeigten sich in einer fast schlagartigen Vermehrung der Bevölkerung auf einem durch Gebietsverluste (Ost- und Westpreußen, Sudetenland, Schlesien, Pommern etc.) deutlich verkleinerten Reichsgebiet. Die Vertriebenen, deren Zahl bis April 1947 auf 10,1 Mio. Menschen angewachsen war, trafen auf acht bis zehn Millionen sog. *Displaced Persons*. Unter diesen Begriff fielen ehemalige Zwangsarbeiter, Kriegsgefangene und Überlebende der Konzentrationslager, die auf ihre Ausreise warteten. Deren Zahl fiel bis zum Frühjahr 1947 auf etwa eine Million. Außerdem waren viele sog. „Hilfswillige der Wehrmacht“ nach Deutschland geflüchtet, um als Kollaborateure der Verfolgung in ihrem Heimatland zu entgehen.² Diese Menschenmassen kollidierten mit der deutschen Zivilbevölkerung, deren Lebensbedingungen so schlecht waren, dass von einer „Zusammenbruchsgesellschaft“ gesprochen wird. Zu den drängendsten Problemen gehörte der Wohnraumangel. Bombardements hatten ein Viertel aller Wohnungen auf dem späteren Gebiet der Bundesrepublik vernichtet. In den Industriestädten waren es teilweise 50 bis 70 Prozent der Wohnräume, selbst 1949 wurde noch ein Defizit von rund 4,7 Mio. Wohnungen festgestellt.

Die Arbeitsmöglichkeiten waren durch demolierte Industrieanlagen (in den drei Westzonen 22 Prozent, in der Ostzone 15 Prozent), Verkehrswege und Kommunikationsnetze sowie fehlende Rohstoffe eingeschränkt. Da während des „Dritten Reiches“ die Nahrungsmittel, die den eroberten Ostgebieten entzogen wurden, die Ernährungslage im Reich noch einigermaßen stabil gehalten hatten, kam erst mit Kriegsende, dann aber sehr schnell eine Nahrungsmittelknappheit auf. Diese nahm zeitweise Ausmaße einer Hungerkrise an. Der schlechte Allgemein- und Ernährungszustand der Bevölkerung führte zusammen mit den beengten Wohnverhältnissen zu einem starken Anstieg gefürchteter Infektionskrankheiten, wie der Tuberkulose. Die Zerstörungen und Schäden betrafen nicht nur Wohnraum und Gewerbeimmobilien, sondern auch Krankenhäuser und Einrichtungen zur Versorgung kranker und schwacher Menschen. So fielen beispielsweise im Stuttgarter Stadtgebiet im Laufe des Krieges 82 Prozent der

1 Wehler (2003), S. 944.

2 Vgl. Wehler (2003), S. 945.

vor dem Krieg vorhandenen Krankenhausbetten den Bomben zum Opfer.³ Das bedeutet, dass für die rasch steigenden Zahlen Kranker viel zu wenig Krankenhausbetten und Isolierungsmöglichkeiten für Infektiöse zur Verfügung standen.

Zum anderen führte der verlorene Krieg zur militärischen Besetzung des Deutschen Reichs und zur Errichtung von vier Besatzungszonen durch die Siegermächte USA, Großbritannien, Frankreich und die Sowjetunion. Im praktisch gleich nach dem Zweiten Weltkrieg einsetzenden sog. „Kalten Krieg“ kam es zur Teilung Deutschlands im Jahr 1949. Im Mai 1949 wurde die Bundesrepublik Deutschland (BRD) als föderalistischer Staat gegründet, während in der ehemaligen sowjetischen Besatzungszone im Oktober desselben Jahres die zentralistisch strukturierte Deutsche Demokratische Republik (DDR) proklamiert wurde. Die DDR-Führung ließ in Absprache mit der Sowjetunion im August 1961 eine Grenzmauer errichten, um dem personellen wie intellektuellen Aderlass der DDR-Bevölkerung durch die Massenflucht in den Westen zu stoppen.

Restauration oder Neubeginn?

Für einen Teil der Menschen im Deutschen Reich bedeutete die Niederlage der Deutschen Wehrmacht das Ende von Verfolgung, brachte die lang ersehnte Befreiung oder sicherte das Überleben. Für einen anderen Teil war die militärische Niederlage gleichbedeutend mit Zusammenbruch, Ungewissheit und der Gefahr, für die Verbrechen während des „Dritten Reiches“ zur Verantwortung gezogen zu werden. Dazwischen gab es noch die große Gruppe der Indifferenten, die sich nun sehr schnell als Opfer begriffen. Die Frage, wie das Kriegsende gewertet wurde bzw. zu werten sei, stellte sich erst im Rückblick:

„Über kaum etwas ist so lange und so ausdauernd gestritten worden wie über die richtige Begrifflichkeit für das Ende des Zweiten Weltkriegs. War es eine ‚Stunde Null‘, überwogen die Kontinuitäten oder die Neuanfänge und Aufbrüche, handelte es sich um einen ‚Zusammenbruch‘ oder um eine ‚Befreiung‘?“⁴

Von den Verantwortlichen, die im Verdacht standen, an Kriegsverbrechen und Verbrechen gegen die Menschlichkeit beteiligt gewesen zu sein, wurden knapp

3 Vgl. Jütte (1995), S. 409.

4 Schildt/Siegfried (2009), S. 21.

5.200 angeklagt; zur Verurteilung kam es nur bei einem geringen Teil von ihnen.⁵ In der amerikanischen Zone wurden rund 117.000 NS-Verdächtige verhaftet und inhaftiert, in der britischen waren es rund 65.000, in der französischen knapp 19.000.⁶ Fast alle wurden nach kurzer Zeit aus der Haft entlassen.

Zu den Versuchen, die deutsche Bevölkerung zu „entnazifizieren“, gehörte auch die Anweisung, Fragebögen zur persönlichen NS-Vergangenheit auszufüllen. Aus der Auswertung dieser mehrere Millionen umfassenden Fragebögen resultierten sog. Spruchkammerverfahren. Diese führten zu so wenigen Verurteilungen, dass von einer Entnazifizierung nicht gesprochen werden kann. Daran änderten auch die vereinzelt, 1947 beginnenden Gerichtsverfahren im Zusammenhang mit den Patientenmorden während der sog. „Euthanasie“, die von 1939 bis 1945 in den Heil- und Pflegeanstalten und Kinderfachabteilungen verübt worden und in die auch Pflegenden verwickelt waren, nichts.⁷ Die Berufsverbände der Mediziner, die Pflegenden und Hebammen stellten sich ihrer NS-Vergangenheit erst in den 1970er und 1980er Jahren.⁸

5 Der Nürnberger Prozess gegen die Hauptkriegsverbrecher fand von November 1945 bis Oktober 1946 statt. In den folgenden drei Jahren kam es zu 12 Nachfolgeprozessen, bei denen insgesamt 185 Personen angeklagt waren, darunter 39 Ärzte und Juristen. Zu den Nürnberger Ärzteprozessen siehe in Auswahl: Ebbinghaus (2001); Dörner/Ebbinghaus (2000).

6 Vgl. Wehler (2003), S. 957.

7 1947 begann in Freiburg der erste Grafeneck-Prozess, beim zweiten Grafeneck-Prozess im Sommer 1947 in Tübingen wurden neben zwei Ärzten und einer Ärztin sowie zwei Standesbeamten auch ein Krankenpfleger und eine Krankenschwester angeklagt. In Frankfurt gab es zwischen 1946 und 1948 vier Prozesse mit insgesamt 44 Angeklagten, die in den Anstalten Hadamar, Eichberg und Kamenhof in die Patientenmorde involviert waren. In Klagenfurt wurden 1946 ein Arzt und drei Pflegenden angeklagt und verurteilt, auch im Dresdener und im Hartheimer Prozess wurden 1947 neben Ärzten Krankenpflegenden wegen der Patientenmorde verurteilt. Zu den Täterinnen siehe Ebbinghaus (1987), zum Dresdener Prozess Hohmann (1993); Böhm (2008).

8 Der von Hilde Steppe herausgegebene Band „Krankenpflege im Nationalsozialismus“ erschien in der 1. Auflage 1984. Dass das Interesse an dem Buch noch immer sehr groß ist, kann man daran erkennen, dass 2013 die 10. Auflage erschienen ist. Vgl. Steppe (2013). Sieht man von den Veröffentlichungen Alexander Mitscherlichs und Fred Mielkes zum Nürnberger Ärzteprozess, deren 1. Auflage zwar 1949 erschien, aber von der Ärzteschaft weitgehend ignoriert wurde, ab, begann die Auseinandersetzung mit der NS-Vergangenheit auch erst in den 1970er Jahren. „Versuche wissenschaftlicher Gesamtannäherung an die Medizin im Nationalsozialismus erfolgten in der Bundesrepublik erst 1985“. Eckart/Jütte

Ein Blick auf Bundestagsabgeordnete, Verantwortliche in Politik, Verwaltung, Wirtschaft, Presse, Justiz und Inhaber von Professuren und Ordinarien der Medizin nach 1945 zeigt, dass man für die Schaltstellen eher von Kontinuitäten sprechen muss als von Zäsuren.

Wiederaufbau und Erwerbstätigkeit

Der sog. Marshallplan (*European Recovery Plan*, ERP) der Amerikaner von 1948, der bis 1952 dazu führte, dass rund 1,4 Milliarden US-Dollar nach Westdeutschland flossen (das waren knapp 10,2 Prozent der Gesamtsumme), half nicht nur, die Hungerkrisen zu überwinden, sondern kurbelte auch die Wirtschaft an. Als hilfreich erwies sich zudem die Währungsreform vom 20. Juni 1948, in deren Folge sich die finanziellen Kriegsfolgen dezimierten.⁹

Zu den demographischen Kriegsfolgen gehörte auch eine Ungleichverteilung der Geschlechter. In der Altersgruppe der 25- bis 40-Jährigen kamen auf 1.000 Männer 1.400 Frauen. „Folgerichtig bestand darum auch das westdeutsche Arbeitskräftepotenzial zu Beginn der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu 55,4 Prozent aus Frauen“.¹⁰ Für den rasanten Wiederaufbau erwiesen sich allerdings die von den Einheimischen misstrauisch beäugten und abgelehnten Flüchtlinge und Vertriebenen als überaus bedeutsam, darunter vor allem die gut ausgebildeten Fachkräfte aus der DDR. In den 1950er Jahren stieg die Zahl der Erwerbstätigen um rund 30 Prozent, zugleich sank die Arbeitslosenquote von 11 auf 1,3 Prozent.¹¹ 1961 lag die Arbeitslosenquote unter einem Prozent, es herrschte also Vollbeschäftigung. An dem Zuwachs der Erwerbstätigkeit hatten Frauen „ganz im Gegensatz zu zähen Legenden einer Rückkehr an den Herd nach der heroischen Trümmerzeit – einen überdurchschnittlichen Anteil“.¹² Unter den verheirateten Frauen zwischen 20 und 29 Jahre gingen 1950 etwa

(2014), S. 18. Die Auseinandersetzung der Hebammen mit ihrer NS-Vergangenheit setzte ebenfalls erst in den 1980er Jahren ein. Vgl. Lisner (2006), S. 25.

9 Vgl. Wehler (2003), S. 971.

10 Wehler (2003), S. 945.

11 Vgl. Schildt/Siegfried (2009), S. 98.

12 Schild/Siegfried (2009), S. 99.

25 Prozent und 1961 sogar rund 43 Prozent einer Erwerbsarbeit nach, unter den 30- bis 39-Jährigen stieg der Anteil von 26 Prozent im Jahr 1950 auf 37 Prozent 1961.¹³ Die Zahl aller erwerbstätigen Frauen – also nicht nur der verheirateten – stieg zwar zwischen 1950 und 1960 von 4,3 Mio. auf 6,8 Mio., ihr prozentualer Anteil an den Erwerbstätigen insgesamt änderte sich jedoch fast nicht, er „lag wie schon seit den zwanziger Jahren fast durchgehend bei etwa einem Drittel und auch 1980 noch bei 32 Prozent“.¹⁴

Aufgrund des weiterhin bestehenden Arbeitskräftemangels wurden ab 1955 Anwerbeverträge mit Italien, später mit Spanien, Griechenland, der Türkei, Portugal und Jugoslawien geschlossen. Der Dienstleistungssektor konnte auf diese sog. Gastarbeiter jedoch nicht zurückgreifen. Deshalb stieg der Frauenanteil bei Angestellten und Beamten, daneben wurde seit Anfang der 1960er Jahre das Angebot „an Teilzeitarbeitsplätzen beträchtlich ausgeweitet“.¹⁵ Dazu kamen weniger qualifizierte und schlechter bezahlte Arbeitsplätze in der gewerblichen Industrie. Das bedeutet, dass den Frauen ab den 1950er Jahren mehr Erwerbsoptionen offenstanden, auch wenn es sich um schlechter bezahlte Jobs handelte. Diese wiesen allerdings eine geregeltere Arbeitszeit auf, als dies beispielsweise in der Krankenpflege der Fall war.

Die Verdienstmöglichkeiten für die männlichen Erwerbstätigen verbesserten sich ab der zweiten Hälfte der 1950er Jahre zumindest in der Industrie erheblich: Von 1957 bis 1965 verdoppelten sich die Bruttolöhne der Industriearbeiter, zugleich wurde die Wochenarbeitszeit stetig verkürzt. Bis 1961 war in der Hälfte aller Betriebe in Westdeutschland die Fünf-Tage-Woche eingeführt.¹⁶ Von einer solchen Entwicklung beim Lohn und in der Arbeitszeitregelung konnten die Gesundheits- und Sozialberufe nur träumen.

13 Vgl. Schildt/Siegfried (2009), S. 99.

14 Herbert (2014), S. 681.

15 Schildt/Siegfried (2009), S. 183.

16 Vgl. Schildt/Siegfried (2009), S. 184.

Exkurs: Krankenpflege

In der Krankenpflege gab es nach Kriegsende zunächst zu viele Bewerberinnen auf zu wenig Stellen. Ersteres lag an den vielen während des Krieges kurz ausgebildeten Pflegekräften, die in die Krankenhäuser drängten, Letzteres an den Zerstörungen in der Krankenhauslandschaft, die zu einer enormen Abnahme von Krankenhausbetten geführt hatten. Erst, als sich durch den Wirtschaftsaufschwung der Krankenhaussektor erholte und sich auch für Frauen berufliche Alternativen auftaten, setzte ein dann stetig ansteigender Personalmangel in der Pflege ein. Davon betroffen waren zuerst die konfessionellen Schwesternschaften, die kurz nach dem Krieg noch Zuwächse durch junge Frauen aus den ehemaligen Ostgebieten verzeichneten, denen sie ein Heim bieten konnten.¹⁷ Das konfessionelle Berufsbild der Krankenpflege sprach in den Folgejahren jedoch die junge Frauengeneration nicht mehr in dem Maße an wie früher.

Teilzeitarbeit wurde in der Krankenpflege, in der immer noch ein „Berufszölibat“ insofern herrschte, als dass Krankenschwestern, die heirateten, den Beruf verließen, erst Ende der 1960er Jahre in etwas größerem Maßstab angeboten. Auf die Gruppe der aus der Krankenpflege ausgeschiedenen, verheirateten Schwestern konnten später die Einrichtungen zur stationären oder häuslichen Altenpflege zurückgreifen, weil sie viel früher als die Krankenhäuser auch Teilzeitleisten hatten.

Der Personalmangel in der Pflege hält mit kurzen Phasen des Arbeitsplatzabbaus durch die Einführung der Fallpauschalen in den 1990er Jahren bis heute an. Daran änderten auch die vielfältigen Versuche, neue Kräfte zu gewinnen, die seit den 1960er Jahren unternommen wurden, nichts. Weder Werbekampagnen für junge „moderne“ Frauen, auf die ein angeblich moderner Arbeitsplatz wartete, noch Anwerbeversuche von Pflegekräften aus dem ostasiatischen, später ost- und südeuropäischen Raum, noch Werbekampagnen für junge Männer zeigten große Wirkung. Auch die sehr langsam voranschreitenden Verbesserungen in der Aus- und Fachausbildung sowie in den Arbeitsbedingungen (Bezahlung, Arbeitszeiten) und die Trennung von Grund- und Funktionspflege führten nicht dazu, den Beruf so attraktiv zu machen, dass der Personalmangel behoben werden konnte.

¹⁷ Vgl. Kreutzer (2014), S. 60.

Gesetzgebung

Aus diesem weiten Feld sollen nach einer Skizzierung der generellen Gegebenheiten in der Gesetzgebung nur die Punkte herausgegriffen werden, die für die Geschichte nichtärztlicher Gesundheitsberufe Bedeutung haben.

Gesetzgebungskompetenzen

Die Bundesrepublik Deutschland ist ein föderalistischer Staat. Das heißt, dass sowohl der Bund als auch die Länder eigene Staatsgewalt besitzen und damit Gesetze erlassen können. Es gibt eine ausschließliche Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes. Dazu gehören beispielsweise das Staatsangehörigkeitsrecht oder die Ergreifung von Maßnahmen zum Schutz der Zivilbevölkerung sowie die Regelung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Im Bereich der sog. konkurrierenden Gesetzgebung können die Länder gesetzgeberisch tätig werden, wenn der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit keinen Gebrauch macht, zum Beispiel beim Arbeitsrecht. Die konkurrierende Gesetzgebung galt „ferner für die Zulassung zu den ärztlichen Berufen und den sonstigen Heilberufen sowie die Regelung der Beziehungen zwischen den einzelnen Trägern des Gesundheitswesens“.¹⁸ Die Länder schöpften ihre Gesetzgebungskompetenz allerdings nicht voll aus, zum Beispiel hinsichtlich der Regelung des Schulgesundheitswesens Mitte der 1950er Jahre. Versuche des Bundes, in diese Leerstellen einzugreifen, wehrten die Länder jedoch ab.¹⁹

Aus dieser Konstellation erklärt sich, warum für manche nichtärztlichen Gesundheitsberufe zunächst Regelungen zur Ausbildung auf Länderebene existierten, bevor ein Bundesgesetz verabschiedet wurde, beispielsweise in der Altenpflege oder im Rettungssanitätsdienst. Der Bund tritt dann gesetzgeberisch auf, wenn es darum geht, die Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse zu wahren.

¹⁸ Lindner (2004), S. 40.

¹⁹ Vgl. Lindner (2004), S. 40.

Monopol der ambulanten ärztlichen Versorgung

In der Bundesrepublik Deutschland gab es im Gegensatz zur DDR keine Polikliniken.²⁰ Das hat seine Ursache in dem seit 1955 bestehenden Kassenarztrecht, das das Monopol der ambulanten Versorgung den niedergelassenen Ärzten zuerkannte.²¹ Damit einher ging eine Beschneidung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes²², also der Gesundheitsämter, und die Übertragung der Prävention an die niedergelassenen Ärzte. Dem vorbeugenden Gesundheitsschutz kamen die niedergelassenen Ärzte jedoch nur eingeschränkt nach. Für das Pflegepersonal bedeutete dieses Monopol, dass es nur ganz wenige Stellen außerhalb von Kliniken gab. Diese boten im Gegensatz zu den stationären Einrichtungen öfter und früher die Möglichkeit, in Teilzeit zu arbeiten sowie ggf. der Schicht-, Sonn- und Feiertagsarbeit zu entgehen.

Einführung des Zivildienstes

Am 1. April 1961 trat in der Bundesrepublik Deutschland das Zivildienstgesetz in Kraft, das jungen Männern die Möglichkeit bot, statt des Wehrdienstes den sog. Wehersatzdienst oder Zivildienst im sozialkaritativen Bereich zu leisten. Waren es zu Anfang nur wenige tausend Männer, die diesen Weg beschritten bzw. beschreiten konnten – es war zuvor eine Gewissensprüfung zu bestehen –, nahm ihre jährliche Zahl ab den 1970er Jahren stetig zu, bis sie 1991 die 100.000er Marke überschritt.²³ Von den Zivildienstleistenden waren von 1967 bis 1999 zwischen 44,6 und 61,3 Prozent im Pflege- und Betreuungsdienst eingesetzt.²⁴ Das heißt, mit dem Zivildienst kam eine bis dahin nicht in Erscheinung getretene, sehr große Gruppe junger Männer mit Pflegearbeit im weitesten Sinn in Berührung. Das führte bei einigen von ihnen dazu, dass sie sich entschlossen,

20 Eine Ausnahme bildeten Polikliniken, die zu Forschungszwecken an Universitätskliniken angebunden waren.

21 Dazu Gerst (2004).

22 Vgl. Lindner (2004), S. 38.

23 Vgl. Bernhard (2005), S. 417.

24 Vgl. Bernhard (2005), S. 422.

in diesem Bereich eine Ausbildung zu machen. Der Zivildienst trug also dazu bei, dass mehr Männer Eingang in die Pflege fanden. Mit der Abschaffung des Zivildienstes (Aussetzung der Wehrpflicht 2011) kamen die sozialkaritativen Einrichtungen in Personalnot. Diese konnte zum Teil durch den Bundesfreiwilligendienst behoben werden.

Einführung des Numerus Clausus

Das Missverhältnis zwischen der Zahl der Studienplätze und der Bewerber vor allem in den medizinischen Fächern, aber auch in Pharmazie, Psychologie, Chemie und Architektur machte eine bundeseinheitliche Regelung des Hochschulzugangs nötig. Die Einführung des Numerus Clausus im Jahr 1972 führte bei manchen Anwärterinnen und Anwärtern für ein Medizinstudium dazu, dass sie die Wartesemester nutzten, um eine Ausbildung in der Pflege zu absolvieren. Dadurch fanden Frauen und Männer Eingang in den Pflegebereich, die eigentlich eine akademische Ausbildung anstrebten. Manche von ihnen blieben nach der Ausbildung in der Pflege. Und diejenigen, die, wie geplant, danach ein Medizinstudium absolvierten, wiesen zumindest eine differenziertere berufliche Sozialisation auf als diejenigen, die gleich nach dem Abitur ins Medizinstudium eintreten konnten.

Gesundheitswesen

Der (Wieder-)Aufbau des westdeutschen Gesundheitswesens lehnte sich zwar an Strukturen an, die auch vor dem Krieg existierten, dennoch kam es auch zu grundlegenden Änderungen, wie das bereits genannte Kassenarztgesetz von 1955. Auf Bundesebene gab es eine Zersplitterung der Zuständigkeiten zwischen Arbeits- und Innenministerium. Das Arbeitsministerium zeichnete für die Sozialversicherung und die Krankenkassen verantwortlich, während das Innenministerium für Fragen der Gesundheitsfürsorge, öffentlichen Fürsorge, der Zulassung zu ärztlichen Berufen, der Hygiene und übertragbaren Krankheiten etc. zuständig war. Erst mit der Errichtung eines Bundesgesundheitsministeriums 1961 wurde der Zersplitterung entgegengewirkt.

Entwicklung des Krankenhaussektors

Das bundesdeutsche Krankenhauswesen war infolge seiner Geschichte weiterhin durch „eine Vielzahl von Organisationsformen und Betreibern geprägt“.²⁵ Es gab Krankenhäuser der öffentlichen Hand, dazu gehörten die kommunalen und die Landeseinrichtungen, die den Großteil der Kliniken stellte. Daneben existierten (und existieren) weiterhin die traditionsreichen sog. freigemeinnützigen Krankenhäuser, die von den Kirchen, Wohlfahrtsverbänden oder Vereinen getragen wurden. Diese waren „privatrechtlich organisiert, wirtschafteten nach dem Kostendeckungsprinzip und erlangten so den Status der Gemeinnützigkeit“.²⁶ Und schließlich gab es privat betriebene Kliniken, die auf Gewinn ausgerichtet waren. Zu den weiteren Charakteristika des Krankenhauswesens in Westdeutschland gehörte die Trennung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung.

Die Spitzenverbände der Träger kommunaler Krankenanstalten, der der freien Wohlfahrtspflege und der der Privatwirtschaft schlossen sich 1949 zur Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zusammen, die in den 1960er Jahren begann, stärker im Feld zu agieren.

Auch die Krankenanstalten hatten durch den Krieg, vor allem durch die Bombardierungen, gelitten. Gebäude, Inneneinrichtung, Technik und Versorgungsstrukturen etc. waren zerstört, daneben fehlte es an materiellen Ressourcen. Das erforderte enorme Summen des Wiederaufbaus. Die Finanzierung der Krankenanstalten erfolgte weiterhin in erster Linie durch Pflegesätze, die nach dem Krieg festgefroren waren, weil die Krankenkassen wegen ausbleibender Beiträge und Kriegsfolgekosten ebenfalls in finanzielle Schieflagen geraten waren. Es sollte sich jedoch auch in den folgenden Jahren, nachdem die Krankenkassen saturiert waren, zeigen, dass die Pflegesätze nicht die tatsächlich entstehenden Kosten deckten. Das heißt, dass die jeweiligen Träger immer wieder Mittel zur Verfügung stellen mussten, um die Defizite zu tilgen. Die Krankenhausfinanzierung erhielt erst 1972 durch das „Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser“ eine neue Grundlage, nachdem sich bundesweit bei den Kliniken Millionende-fizite angesammelt hatten. Eine grundsätzliche Lösung der Krankenhausfinanzierung wurde dadurch jedoch auch nicht erreicht.

²⁵ Lindner (2004), S. 101.

²⁶ Lindner (2004), S. 101.

Trotz der finanziellen Probleme der Krankenhäuser stiegen analog zum Bevölkerungswachstum die Bettenzahlen an. Zugleich kam es bei den öffentlichen Anstalten zu einer Konzentration von Großkrankenhäusern und aufgrund der Defizite zu zunehmender Privatisierung ehemals kommunaler Krankenanstalten. Daneben setzte eine, wenn auch noch langsame Verringerung der Verweildauern ein, die ab den 1970er Jahren an Fahrt aufnahm und inzwischen (2015) in Baden-Württemberg beispielsweise bei durchschnittlich 7,4 Tagen liegt. Der Verkürzung der stationären Aufenthalte stand (und steht) eine steigende Zahl an Aufnahmen gegenüber, was deutlich spürbare Konsequenzen für das Personal im Sinne einer extremen Arbeitsverdichtung hat. So kamen im Jahr 2016 in Baden-Württemberg auf eine Pflegekraft durchschnittlich 57,3 Patienten, während es 1991 noch 44,6 Patienten waren. Die Steigerung betrug in diesem Zeitraum 28 Prozent.²⁷

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Einführung der Krankenversicherung als Teil der Sozialversicherung Ende des 19. Jahrhunderts gehört zu den großen sozialen Errungenschaften des Deutschen Reichs. Dadurch kam ein ständig wachsender Bevölkerungsteil in den Genuss einer medizinischen ambulanten und stationären Versorgung, den er sich zuvor nicht leisten konnte. Das führte nicht nur zu einer starken Zunahme der Ärzte, sondern auch der Krankenhäuser. Seitdem finanzieren die gesetzliche und die private Krankenversicherung einen großen Anteil der Kosten der ambulanten und stationären Krankenversorgung.

Nach Finanzierungsproblemen in der Nachkriegszeit profitierten auch die Krankenkassen von dem Wirtschaftsaufschwung der 1950er Jahre. Daraus folgte eine Ausweitung des Leistungsspektrums (beispielsweise vorsorgender Gesundheitsschutz 1970, Übernahme des medizinischen Teils der Rehabilitation 1974) und die Einbeziehung weiterer Versichertengruppen (1956 Rentner, 1972 Landwirte, 1975 Studenten). Das kennzeichnete die Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung bis in die 1970er Jahre. Ab dem Jahr 1977 kam es aufgrund

27 Vgl. Pflegekräfte unter Druck. In: Stuttgarter Nachrichten vom 9.11.2017, S. 5.

der Ausgabenexpansion zum Einstieg in eine Kostendämpfungsgesetzgebung, die fortan handlungsleitend wurde.

Bundessozialhilfegesetz

Das Jahr 1962 bedeutete eine grundlegende Zäsur in der Sozialgesetzgebung der Bundesrepublik, das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) trat in Kraft. Es installierte einen Anspruch auf finanzielle Hilfe bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen und regelte von 1962 bis 2004 Art und Umfang der Sozialhilfe für hilfebedürftige Menschen gleich welchen Alters. Standen zu Anfang neben alten auch Menschen mit Behinderungen im Zentrum, so wurde die Gruppe derer, die Sozialhilfe in Anspruch nehmen mussten, immer größer und vielfältiger. Im BSHG wurde zwischen Hilfen zum Lebensunterhalt (Ernährung, Unterkunft, Kleidung, etc.) und in besonderen Lebenslagen (Hilfe bei Krankheit, Hilfe bei Pflege, Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderung, Altenhilfe) unterschieden. Die Träger der Sozialhilfeleistungen waren die Städte und Landkreise, zum Teil auch Landschaftsverbände, an die sich auch die Leistungserbringer, wie ambulante Pflegedienste, zwecks Kostenerstattungen wenden mussten.

Entwicklung von Diagnostik, Medizintechnik, Pharmazeutik und Therapie

Das 19. Jahrhundert war im Vergleich zu den Jahrhunderten zuvor durch eine rasche Aufeinanderfolge von Entdeckungen und Entwicklungen geprägt, die die medizinische Versorgung auf ein noch nie dagewesenes Niveau anhoben. Das 20. und mittlerweile 21. Jahrhundert stellen die Errungenschaften des 19. Jahrhunderts jedoch weit in den Schatten, was wiederum vor allem mit den neuen technischen Möglichkeiten in engem Zusammenhang steht. Als Stichworte sollen hier nur neue Operationstechniken (Organtransplantation), pharmazeutische Entwicklungen (Siegeszug des Antibiotikums), die Einführung von Messgeräten für Stoffwechselstörungen (Diabetes) und Bildgebungsverfahren genügen. Die technischen Fortschritte bedeuteten zum einen, dass sich Verweildauern in Krankenhäusern nach Operationen reduzierten, zum anderen, dass Menschen, deren

Überlebenschancen in früheren Zeiten sehr gering waren (Frühgeborene, Kinder mit Schwerstbehinderungen), mittlerweile eine wesentlich längere oder normale Lebenserwartung haben, wenn auch unter Umständen mit einem größeren oder intensiven Pflegeaufwand.

Bevölkerungsentwicklung

Die Folgen der demographischen Entwicklung sind allenthalben bekannt und gehören heute zu den großen Herausforderungen der westlichen Industriegesellschaften: Die Lebenserwartung der Frauen und Männer verlängert sich seit Jahrzehnten kontinuierlich, wodurch der Anteil alter Menschen an der Bevölkerung immer größer wird.²⁸

Für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe bedeutet dies vor allem, dass sie mit immer mehr alten Menschen zu tun haben, die zudem an mehreren Erkrankungen zugleich leiden (Multimorbidität). Auch die Altersdemenz nimmt zu, die nicht nur ein größeres Betreuungsvolumen erfordert, sondern auch die Zusammenarbeit mehrerer Gesundheits- und Sozialberufe. Da sich immer weniger Familienangehörige finden, die die Pflege kranker oder hilfloser Angehöriger übernehmen können oder wollen, sind die Pflege- und Sozialberufe sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich sehr viel stärker gefragt, Tendenz steigend.

Veränderungen im Krankheitsspektrum

Waren es im 19. Jahrhundert die Infektionskrankheiten, die als besonders bedrohlich wahrgenommen wurden (Diphtherie, Tuberkulose, Pocken) rückten im 20. Jahrhundert die Tumorerkrankungen (Krebs) und die Zivilisationskrankheiten (Herz-Kreislauferkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, chronische Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Krankheiten) in den Fokus. Inzwischen kommen noch die Alterserkrankungen (Demenz) hinzu.

²⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (2016).

Abgesehen von mess- und beobachtbaren epidemiologischen Zuständen und Übergängen gibt es auch Veränderungen in der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Krankheit und Gesundheit, die Wirkmacht entfalten. Allerdings ist dieser Wandel historisch noch nicht erforscht, schon gar nicht für den langen Zeitraum seit Ende des Krieges, in dem es durch die Veränderungen in Medizin, Technik und Naturwissenschaften deutliche Zäsuren gab.

Es änderte sich jedoch nicht nur das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, auch der Blick auf die Medizin und die Mediziner wurde seit den 1970er Jahren zunehmend kritischer, ein Prozess, der mitnichten abgeschlossen ist. Dazu gehört ein weiterer Aspekt, der seit dem Ende der 1970er Jahre, als Susan Sontags Buch „Krankheit als Metapher“ erschien, diskutiert wird, die sog. soziale Konstruktion von Krankheit. Vereinfacht ausgedrückt beinhaltet diese These, dass Krankheiten nicht nur naturwissenschaftliche Gegebenheiten oder Zustände sind, sondern auch sozial „geschaffen“ werden. Diese gesellschaftliche Wahrnehmung, Einordnung und Wertung von Krankheit (und Gesundheit) spielt sowohl für den Umgang mit der eigenen als auch in der Haltung zur Erkrankung anderer Menschen eine wichtige Rolle. Ein eindrückliches Beispiel sind die Vorschläge, die bayerische Politiker 1987 zur Absonderung AIDS-Kranker in speziellen Heimen gemacht hatten.

Doch geht es keineswegs nur um gesellschaftliche/soziale Konstruktionen, sondern auch um die von Medizinern, wenn diese individuelle Befindlichkeiten, Zustände, Charakteristika etc. aus unterschiedlichen Gründen pathologisieren, um sie dann in der Folge zu therapieren. Beispiele hierfür nehmen täglich zu.

Außer an Untersuchungen zu den skizzierten Wandlungen fehlt es aber auch an solchen zu den Konsequenzen des jeweiligen Wandels für Patienten. So wird spätestens seit der Übernahme des Risikofaktoren-Modells in den späten 1960er Jahren²⁹ und durch die gegenwärtige sog. „Selbstoptimierungswelle“ der Eigenverschuldung an Erkrankungen das Wort geredet. Das wiederum kann auch das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten und Pflegenden und Patienten tangieren. Der Wandel der Wahrnehmung von Krankheit und Gesundheit beeinflusst zudem die Arbeit von Pflegenden und Ärzten sowie deren Zusammenspiel.

²⁹ Vgl. dazu Madarász (2010).

Bibliographie

- Bernhard, Patrick: Zivildienst zwischen Reform und Revolte. Eine bundesdeutsche Institution im gesellschaftlichen Wandel 1961–1982. München 2005.
- Böhm, Boris; Hacke, Gerald (Hg.): Fundamentale Gebote der Sittlichkeit. Der „Euthanasie“-Prozess vor dem Landgericht Dresden 1947. Dresden 2008.
- Ebbinghaus, Angelika (Hg.): Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen. Berlin 2001.
- Ebbinghaus, Angelika (Hg.): Opfer und Täterinnen. Frauenbiographien des Nationalsozialismus. Nördlingen 1987.
- Eckart, Wolfgang Uwe; Jütte, Robert: Medizingeschichte. Eine Einführung. 2. Aufl. Köln; Weimar; Wien 2014.
- Dörner, Klaus; Ebbinghaus, Angelika (Hg.): Der Nürnberger Ärzteprozess: Wortprotokolle, Anklage- und Verteidigungsmaterial, Quellen zum Umfeld. München 2000.
- Gerst, Thomas: Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945–1955. Stuttgart 2004.
- Herbert, Ulrich: Geschichte Deutschlands im 20. Jahrhundert. München 2014.
- Hohmann, Joachim S.: Der „Euthanasie“-Prozess Dresden 1947. Eine zeitgeschichtliche Dokumentation. Frankfurt/Main 1993.
- Jütte, Robert: Gesundheitswesen. In: Lersch, Edgar; Poker, Heinz M.; Sauer, Paul (Hg.): Stuttgart in den ersten Nachkriegsjahren. Stuttgart 1995, S. 398–421.
- Kreutzer, Susanne: Arbeits- und Lebensalltag evangelischer Krankenpflege. Organisation, soziale Praxis und biographische Erfahrungen, 1945–1980. Osnabrück 2014.
- Lindner, Ulrike: Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich. München 2004.
- Lisner, Wiebke: „Hüterinnen der Nation“. Hebammen im Nationalsozialismus. Frankfurt/Main; New York 2006.
- Madarász, Jeanette: Gesellschaftliche Debatten um Krankheit: Das Risikofaktorenkonzept zwischen Politik, Wirtschaft und Wissenschaft. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 28 (2010), S. 187–211.
- Schildt, Axel; Siegfried, Detlef: Deutsche Kulturgeschichte. Die Bundesrepublik 1945 bis zur Gegenwart. München 2009.

Steppe, Hilde (Hg.): Krankenpflege im Nationalsozialismus. 10. Aufl. Frankfurt/Main 2013.

Wehler, Hans-Ulrich: Deutsche Gesellschaftsgeschichte. Bd.4. München 2003.

Internet

Statistisches Bundesamt: Pressemitteilung Nr.072 vom 4.3.2016. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/03/PD16_072_12621.html (zuletzt aufgerufen am 10.11.2017).

Männlichkeit und die (Selbst-)Positionierung von Krankenpflegern in der Bundesrepublik ca. 1945 bis 2000

Christoph Schwamm

Das Erkenntnisinteresse an Männern in der Krankenpflege

In Deutschland arbeiteten 2011 rund 11,8 Prozent Männer in der Krankenpflege.¹ Zunächst ist festzustellen, dass dies im internationalen Vergleich ein hoher Anteil ist.² Neben bestimmten Schwerpunktbereichen wie der Psychiatrie und der Urologie sind Männer in Positionen überrepräsentiert, für die eine höhere Qualifizierung als die Grundausbildung vorausgesetzt wird: als spezialisierte Pflegekräfte, als Stations- oder Pflegedienstleiter oder Lehrkräfte in Ausbildungsstätten.³ Gemessen an ihrer Zahl arbeiten hingegen verhältnismäßig wenige Männer

-
- 1 Vgl. Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 204, S. 136. Die Datenlage zur Personalentwicklung in Krankenhäusern ist sehr komplex und schwierig aufzuarbeiten, da der Modus der Datenerhebung im Laufe der vergangenen sechs Jahrzehnte permanent geändert wurde. Im vorliegenden Beitrag werden daher lediglich Tendenzen, wenn auch eindeutig nachweisbare, wiedergegeben. Für die genauen statistischen Angaben, aus denen sich diese ungefähren Angaben herleiten, siehe hier und im Folgenden den Beitrag von Hähner-Rombach in diesem Band.
 - 2 Vgl. D'Antonio (2010), S. 188; Genua (2005), S. 4–7; O'Lynn/Russell et al. (2006). S. 207–208. Evans (2004) beziffert den Anteil für die USA und Kanada auf ca. drei Prozent, für Großbritannien auf ca. acht Prozent.
 - 3 Vgl. Hähner-Rombach (2015), S. 124. In diesem Aufsatz findet sich ein ausführlicher Abriss der Forschungsgeschichte von Männern in der Pflege.

als geringer qualifizierte Pflegehelfer.⁴ Der vergleichsweise hohe Gesamtanteil von Männern sowie ihre relative Konzentration in höher qualifizierten Stellen sind historisch gesehen jüngere Entwicklungen. Zu Beginn des Untersuchungszeitraumes nach dem Zweiten Weltkrieg gab es sehr viel weniger Männer in der Pflege als heute.⁵ Und zumindest in der sog. freien Krankenpflege, in der die große Mehrheit der männlichen Pfleger arbeitete, war eine Weiterqualifizierung für Männer nicht vorgesehen, so dass die meisten von ihnen keine Schlüsselpositionen einnahmen.

Zwar ist die Geschichte der Pfleger seit Ende des Zweiten Weltkrieges (wie auch für andere Zeiträume) bislang kaum als eigenständiger Gegenstand erforscht worden.⁶ Als Akteursgruppe tauchten Männer jedoch indirekt auf, so zum Beispiel in Claudia Bischoffs in den späten 1970er Jahren entwickeltem Forschungsparadigma von der „Pflege als Frauenberuf“ sowie in Arbeiten, die sich diese These angeeignet haben, entweder in affirmativer Weise oder um sie zu relativieren.⁷ Bischoff geht davon aus, dass vor der Mitte des 20. Jahrhunderts männlichen Pflegern zugunsten einer durch patriarchalische Strukturen vorangetriebenen Geschlechtertrennung der Zugang zum Pflegeberuf weitestgehend versperrt worden war – ein Prozess, der bereits Mitte des 19. Jahrhunderts eingesetzt hatte. Dieser Zustand sei jedoch, so schrieb beispielsweise Eva-Maria Krampe in Anlehnung an Bischoff, im Zuge einer sog. „Entfeminisierung“ der Pflege durch die Reformen seit etwa den späten 1960er Jahren zumindest auf institutioneller Ebene beseitigt worden.⁸ In Folge dessen sei es zu dem gegenwärtigen Anteil an Männern in der Pflege gekommen. Diese hätten dann wiederum, ebenfalls bedingt durch patriarchale Machtdynamiken, einen privilegierten Zugang zu Schlüsselpositionen erhalten.⁹ Das Konzept von der Pflege als Frauenberuf ist von verschiedenen Seiten relativiert worden.¹⁰ Aufgrund des feministischen Erkenntnisinteresses war der Ausschluss von Männern aus der

4 Vgl. Hähner-Rombach (2015), S. 124.

5 Für alle statistischen Angaben siehe den Beitrag von Hähner-Rombach in diesem Band.

6 Mit Ausnahme von Hähner-Rombach (2015). Für die Altenpflege siehe: Grabe (2016).

7 Vgl. Bischoff (1992).

8 Vgl. Krampe (2013), S. 45–48.

9 Vgl. Krampe (2013), S. 52.

10 Vgl. Nolte (2012), S. 117f.