

# VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 16

Schwerpunkt: Orte des Alters und der Pflege –

Hospitäler, Heime und Krankenhäuser

Herausgegeben von

Elisabeth Lobenwein, Sarah Pichlkastner,

Martin Scheutz, Carlos Watzka und Alfred Stefan Weiß

für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Leipzig: Leipziger Universitätsverlag, 2017



---

Sarah Pichlkastner

## **Zusammenfassung und Ausblick: Institutionelle Räume der Pflege und des Alter(n)s im diachronen und interdisziplinären Vergleich**

---

### **English Title**

Summary and Outlook: Institutional Spaces of Nursing and Aging in Diachronic and Interdisciplinary Comparison

### **Summary**

Nursing and aging, two overlapping topics, currently represent great social and political challenges. Summing up interdisciplinary articles on these topics in a long-term perspective is also challenging. The following summary tries to outline continuities and discontinuities as well as to raise open questions by highlighting four “spotlights” (terminologies, spaces, persons, activities). The conference papers and the articles presented here show the high potential of interdisciplinary exchange and diachronic comparison.

### **Keywords**

Nursing, medical care, old age, hospital, old people’s home, Pre-Modern Era, Modern Era, present, Austria, Germany, diachronic comparison, interdisciplinarity

### **Einleitung**

Pflege und Alter – zwei Themen, die einerseits eine große Schnittmenge aufweisen und andererseits – jedes für sich oder auch in Kombination – große aktuelle gesellschaftliche und damit gleichzeitig politische Herausforderungen darstellen. Eine absichtlich sehr offen konzipierte interdisziplinäre Tagung sowie ein Zeitschriften-Schwerpunktband zu „Orte[n] des Alters und der Pflege“ in historischer Langzeitperspektive und mit Gegenwartsbezug birgt großes Erkenntnispotential, aber auch wiederum große Herausforderungen. Wie auch schon die mündlichen Beiträge im Rahmen der Tagung, beschäftigen sich die hier versammelten schriftlichen Fassungen für den langen Zeitraum vom Spätmittelalter bis zur Gegenwart mit institutionellen Fürsorge- bzw. Versorgungsräumen in Form von (Ho-)Spitälern, Heimen und Krankenhäu-

sern. Die Pflege – im vorliegenden Kontext wohl besser die medizinisch-pflegerische Betreuung – stellt dabei das Überthema dar, in manchen Beiträgen erfolgt die dezidierte Verknüpfung mit dem Altern und mit alten Menschen. Die Schwerpunkte sind unterschiedlich gelagert und liegen – wie auch bereits Marina Hilber in ihrem Tagungsbericht herausgearbeitet hat<sup>1</sup> – auf den in den Einrichtungen arbeitenden und lebenden Personen, deren Tätigkeiten und Lebensumständen oder dem institutionellen Kontext. Der „longue durée“-Ansatz und die Beteiligung unterschiedlicher Fachdisziplinen machen eine Zusammenfassung – nun muss das Wort leider erneut strapaziert werden – zu einer herausfordernden Aufgabenstellung mit hoffentlich gewinnbringenden Ansätzen. Im Folgenden soll versucht werden, anhand von vier Schlaglichtern – Begrifflichkeiten, Räume, Personen, Tätigkeiten – gemeinsame „rote“ Fäden aufzugreifen, aber auch Diskontinuitäten aufzuzeigen und offene Fragen aufzuwerfen. Vorweggeschickt sei, dass diese Zusammenfassung aus der Perspektive einer Spitalhistorikerin der Frühen Neuzeit geschrieben ist und daher unvermeidlich einen vorgeprägten Blickwinkel widerspiegelt. Der nötigen Kürze geschuldet sind Vereinfachungen von komplexen Zusammenhängen und Entwicklungen.

## Begrifflichkeiten

Über Begrifflichkeiten lässt sich bekanntlich vortrefflich streiten, gleichzeitig ist ein gemeinsames Begriffsverständnis bzw. zumindest das Bemühen darum eine unabdingbare Voraussetzung für einen wissenschaftlichen Austausch. Für interdisziplinäre Kommunikation gilt dies in noch höherem Maß. Verständnisschwierigkeiten sowie die unterschiedliche Verwendung von Begriffen bzw. die Verwendung von unterschiedlichen Begriffen können jedoch auch perspektivenerweiternd und befruchtend auf die jeweiligen (facheinschlägigen) Forschungen wirken.

Während im Call for Papers für die Tagung im Arbeitstitel noch von „medizinischer Pflege“ zu lesen war, fand in den endgültigen Titel nur mehr das Wort Pflege Eingang.<sup>2</sup> Was ist Pflege, was ist medizinische Pflege? Ist die enge (gedankliche) Verbindung von Pflege und Medizin ein Resultat der zunehmenden „Medikalisierung“ und daher für frühere Epochen nur bedingt anwendbar? Nicht nur im Beitrag von Christina Vanja, aber dort explizit angesprochen, wurde die fortschreitende „Medikalisierung“ der Fürsorgeeinrichtungen im Verlauf der Frühen Neuzeit (und in der Folge auch in der Neuzeit) deutlich. Daniela Wagners Untersuchungen wiederum zeigen, dass Bewohner/-innen von heutigen Einrichtungen für alte Menschen die dortige Krankenhausatmosphäre teilweise als unangenehm wahrnehmen.

Pflege und Medizin lassen sich nur schwer auseinanderdividieren. Der bereits angesprochene (von Frühneuzeithistoriker/-innen formulierte) Call for Papers beinhaltet – so viel

---

1 Tagungsbericht: „Orte des Alters und der Pflege – Hospitäler, Heime und Krankenhäuser.“ Geschichte(n) von Gesundheit und Krankheit. Jahrestagung 2016 des Vereins für Sozialgeschichte der Medizin, 19.05.2016–21.05.2016 Bad Radkersburg, online unter: H-Soz-Kult, 22.07.2016, [www.hsozkult.de/conferencereport/id/tagungsberichte-6620](http://www.hsozkult.de/conferencereport/id/tagungsberichte-6620) (letzter Zugriff: 28.06.2017).

2 Hospitäler, Heime und Krankenhäuser als Orte des Alterns und der medizinischen Pflege (vom Spätmittelalter bis zur Gegenwart), 19.05.2016–21.05.2016 Bad Radkersburg, online unter: H-Soz-Kult, 17.09.2015, [www.hsozkult.de/event/id/termine-28837](http://www.hsozkult.de/event/id/termine-28837) (letzter Zugriff: 28.06.2017).

sei im Rückblick (selbst-)reflektierend angemerkt – keine definitorische Abgrenzung zwischen „medizinischer Pflege“, „Pflege“, „medizinischer Fürsorge und Betreuung“, „medizinischer Hilfe“ usw. Unter „Pflege“ wurde demnach auch die medizinisch-therapeutische Behandlung subsumiert. Hier zeichnet sich eine andere gedankliche Herangehensweise ab, als sie gegenwärtig von Medizinerinnen/Medizinern, Pflegekräften, aber auch Pflegewissenschaftlerinnen/Pflegewissenschaftlern hinsichtlich der Abgrenzung von Pflege und Medizin zu erwarten ist.

In den hier vorliegenden Beiträgen werden dem Call entsprechend neben Pflegekräften und ihren Tätigkeiten auch – ganz generell gesprochen – „Heilkundige“, also studierte Ärzte, handwerklich ausgebildete (Wund-)Ärzte, Bader und Barbieri sowie – als einzige Frauen – Hebammen in den Blick genommen. Bis in das 18. und teilweise noch 19. Jahrhundert lassen sich die Bereiche Pflege und Heilkunde – zumindest personell – vielleicht dadurch abgrenzen, dass es für die Pflege keine formale Ausbildung gab, für die „Heilkundigen“ hingegen schon. Sollen beide Aspekte unter einen Hut gebracht werden, scheint es sinnvoll, von medizinisch-pflegerischer Betreuung zu sprechen. Aber wie können sie voneinander abgegrenzt werden? Greift es nicht nur für die Moderne zu kurz, der medizinisch-therapeutischen Behandlung die pflegerische Betreuung gegenüberzustellen? Soll – je nach Zeit und Einrichtung – von einer Pflege mit mehr oder weniger medizinischen Komponenten gesprochen werden? Ist Pflege ohne medizinische Konnotation überhaupt denkbar?

Dass Begriffe und Differenzierungen, mit denen gegenwärtig operiert wird, in der Vergangenheit vielfach gar nicht oder nicht in der heutigen Form Verwendung fanden, trägt dabei entscheidend zur begrifflichen Komplexität bei. Das Wort „pflegen“ lässt sich etwa in vormodernen Quellen kaum ausmachen und wurde erst im 19. Jahrhundert geläufiger. Stattdessen begegnen Begriffe wie „warten“, „aufwarten“ oder einfach „dienen“. Werden heutige Bedeutungskonzepte unreflektiert über die Vergangenheit gestülpt, ergeben sich anachronistische Darstellungen. Gerade deshalb erscheint es sinnvoll, das jeweilige der historischen Untersuchung zugrundeliegende Verständnis von Pflege und Medizin explizit zu machen. Für die Spital-, Medizin- und Pflegegeschichte bietet es sich an, nicht das heutige Verständnis, sondern die zeitgenössische Situation als Definitionsgrundlage zu nehmen. Als Bezugspunkt für die Definition und auch als Kontrastfolie kann und soll die gegenwärtige Situation trotzdem dienen. Carlos Watzka wählte als „Raster“ für seine Darstellung über die Krankenpflege bei den Barmherzigen Brüdern beispielsweise die zeitgenössischen „sex res non naturales“ und ergänzte sie um aktuelle Aspekte, die dem momentan in den Pflegewissenschaften vielbeachteten Modell der „Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens“<sup>3</sup> entnommen sind. Auch für gegenwartsbezogene Studien kann die Auseinandersetzung mit der vergangenen Situation gewinnbringend sein.

Abschließend sei noch kurz festgehalten, dass das Verständnis von „alt“, „altern“ und „Alten“ ebenso relativ und variabel ist. „Alt“ kann in der Fremd- und Eigenwahrnehmung sehr variieren, zu unterschiedlichen Zeiten an verschiedenen Orten ganz verschiedentlich verstanden werden und ist immer ein soziales und kulturelles Konstrukt. Christina Vanja liefert in ihrem Beitrag zu Beginn illustrative Beispiele für frühneuzeitliche Alterskonzeptionen.

---

3 Vgl. dazu den Beitrag von Carlos WATZKA in diesem Band, 65–98, hier 70.

## Räume

Die jeweilige konkrete Ausformung von Medizin und Pflege hängt eng mit der jeweiligen Einrichtung und der zeitlichen Einordnung zusammen. Der Fokus des Bandes liegt auf (Ho-)Spitälern, Heimen und Krankenhäusern und damit nach heutigem Verständnis auf Räumen der stationären und nicht der ambulanten Versorgung. In der historischen Forschung wird demgegenüber von der geschlossenen im Gegensatz zur offenen Fürsorge gesprochen.

In der Langzeitperspektive werden Entwicklungslinien greifbar, von multifunktionalen hin zu (mehr oder weniger spezialisierten) Fürsorgeeinrichtungen – von (Ho-)Spitälern zu Heimen und Krankenhäusern. Das Erscheinen des Krankenhauses als Spezialeinrichtung zur Wiederherstellung der Gesundheit und zur Geburtshilfe fällt in das 18. und auch 19. Jahrhundert. Krankenhäuser wuchsen teilweise aus älteren Einrichtungen heraus, teilweise handelt es sich um Neugründungen, die jedoch nicht aus dem Nichts entstanden, sondern auf vorhandenen Strukturen und Erfahrungen aufbauten. Inzwischen hat die Forschung in vormodernen Syphiliseinrichtungen, Pestlazaretten und auch in (unter anderem) auf medizinisch-therapeutische Behandlung ausgerichteten (Ho-)Spitälern verschiedene Vorläufer ausgemacht. In diesem Zusammenhang ist die in den Beiträgen von Elke Schlenkrich und Alexandra-Kathrin Stanislaw-Kemenah angesprochene Entwicklung von Pestlazaretten zu Krankenhäusern in Leipzig und Dresden erhellend. Letztere spricht dabei von einem „schleichenden Funktionswandel“.<sup>4</sup> Schrittmacher waren nicht zuletzt die ab dem 17. Jahrhundert in Mitteleuropa gegründeten Spitäler der Barmherzigen Brüder, die als frühe Krankenhäuser im modernen Sinn fungierten und im Zentrum von Carlos Watzkas Beitrag stehen.

Die oft dominierende Forschungsperspektive „vom (Ho-)Spital zum Krankenhaus“, die Eingang in zahlreiche Buch- und Artikeltitel fand, hat vielfach zu einem verengenden und gleichzeitig vereinfachenden Blickwinkel geführt. Dies gilt jedoch nicht nur für die Entstehungskontexte von Krankenhäusern, sondern in noch größerem Maße auch für Entstehung von Spezialeinrichtungen, bei denen es sich nicht um Krankenhäuser handelt. In diesem Bereich setzt der vorliegende Band durch die Zusammenschau von (Ho-)Spitälern, Krankenhäusern und (Alten-)Heimen wegweisende Akzente.

In mittelalterlichen und frühneuzeitlichen multifunktionalen Spitälern gehörten alte Menschen zur normalen und in vielen Fällen auch zur überwiegenden Klientel – exemplarisch ist das im Beitrag von Alfred Stefan Weiß ersichtlich. Entwickelten sich Fürsorgeeinrichtungen nicht in Richtung Krankenhaus oder wurden aufgehoben, konnten sich daraus beispielsweise auch Vorläufer von Altenheimen entwickeln, wie etwa das Beispiel des Johannishospitals in Leipzig zeigt. In die hessischen Hohen Spitäler sollten hingegen zunächst – so Christina Vanja – ab der Gründung in den 1530er Jahren vorrangig alte Arme aufgenommen werden, noch im Verlauf des 16. Jahrhunderts wandelten sie sich jedoch zu multifunktionalen Einrichtungen und wiesen schließlich am Ende der Frühen Neuzeit einen eindeutigen Schwerpunkt im Bereich der psychischen Erkrankungen auf. In diesem Kontext ist hervorzuheben, dass es bereits in der Frühen Neuzeit ausdifferenzierte Fürsorgelandschaften gab, in denen einzelnen Einrichtungen eindeutige, aber wandelbare „Schwerpunktaufgaben“ (hinsichtlich der sozialen Zuge-

---

4 Vgl. dazu den Beitrag von Alexandra-Kathrin STANISLAW-KEMENAH in diesem Band, 141–154, hier 153.

hörigkeit der Insassinnen und Insassen als auch der jeweiligen Aufnahmegründe wie z. B. Alter) zugewiesen wurden – in den Beiträgen von Fritz Dross, Elke Schlenkrich und Alexandra-Kathrin Stanislaw-Kemenah wird dies mehr als deutlich.

In „modernen“ Krankenhäusern bildeten zumindest per definitionem das fortgeschrittene Alter und damit einhergehende Begleiterscheinungen keinen Aufnahmegrund: Hier sollten zumindest der Theorie nach nur „heilbare“ Menschen aufgenommen und in absehbarer Zeit wieder entlassen werden. Obwohl den mit dem Alter verbundenen Beschwerden und Beeinträchtigungen kaum Heilungschancen zugesprochen wurden, erhielten auch in der Frühen Neuzeit alte Menschen, wie Christina Vanja anmerkt, medizinische Behandlungen nach zeitgenössischem Verständnis. Neben (vor-)modernen Vorläufern von Spezialeinrichtungen für alte Menschen (teilweise auch mit entsprechenden Zahlungsbestimmungen je nach Vermögen) konnten alte Menschen auch in den vor allem um die Sattelzeit gegründeten Versorgungs- und Armenhäusern Aufnahme finden, deren Klientel in der Regel einen hohen Altersdurchschnitt aufwies. Das Aufkommen von dezidierten Einrichtungen für alte Menschen, deren Zweckbestimmung sich auch in der Bezeichnung niederschlug, fällt zum Großteil erst in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts.

Nicht vergessen werden darf, dass zumindest bis in das 19. und auch 20. Jahrhundert der Prozentsatz derjenigen Personen, die in einer wie auch immer gearteten Einrichtung versorgt wurden, äußerst gering war. Wie die im Beitrag von Daniela Wagner gebotenen Zahlen zeigen, ist trotz eines signifikanten Anstiegs auch heute noch beispielsweise der Anteil an älteren Menschen in stationärer Betreuung geringer als vielfach angenommen. Viele frühere Zeitgenossinnen und Zeitgenossen zogen einerseits sicherlich, wenn möglich, für sich selbst oder für Angehörige die Versorgung in den eigenen vier Wänden vor. Einrichtungen wurden und werden immer dann gebraucht, wenn das soziale Auffangnetz oder die finanziellen und räumlichen Möglichkeiten nicht ausreicht(en) oder fehl(t)en. Andererseits gab es nur eine sehr überschaubare Anzahl an Versorgungsplätzen, wodurch die Aufnahme durchaus auch ein Privileg darstellen konnte bzw. als solches empfunden wurde. Dies zeigt sich etwa an dem von Fritz Dross bereits im Titel seines Beitrags genannten „Versorgungsversprechen“ der Nürnberger Leprosorien in der Frühen Neuzeit oder an den von Christina Vanja untersuchten Supplikationen um Aufnahme in eines der hessischen Hohen Hospitäler.

Anders als heute lassen sich die verschiedenen mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Fürsorgeeinrichtungen demnach dem Bereich der Armenfürsorge zurechnen, da bis auf wenige Ausnahmen dort minderprivilegierte Bevölkerungsschichten Aufnahme fanden. Erst im Verlauf des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts etablierte sich das Krankenhaus auch als adäquate Versorgungsform für Nicht-Unterschichten, während im 20. Jahrhundert Einrichtungen für alte und beeinträchtigte Menschen eine breite gesellschaftliche Akzeptanz erhielten. Heute geht der Trend, vor allem auch aus Kostengründen, wieder in die entgegengesetzte Richtung: Alten, beeinträchtigten, (chronisch physisch oder psychisch) kranken und sterbenden Menschen soll durch assistive Technologien oder 24-Stunden-Betreuung das Verbleiben zuhause oder durch betreutes Wohnen zumindest das Leben in einer Nicht-Heim-Umgebung ermöglicht werden.

In Bezug auf Räume ist zudem nach dem „Verwahrungscharakter“ der Fürsorgeinstitutionen zu fragen. Diese Frage ist von der jeweiligen Perspektive abhängig. Vormoderne Einrichtungen lassen sich mit zumindest der Norm nach streng geregelten Tagesabläufen, einer gewissen Abschottung nach außen und einer eingeschränkten Insassenbeweglichkeit durchaus

bis zu einem gewissen Grad als Orte der Verwahrung ansprechen. Gleiches gilt aber auch, zumindest teilweise, für moderne Einrichtungen. Fritz Dross' Beitrag zeigt, dass selbst frühneuzeitliche Leprosorien, an sich klassische Stätten der Isolation und Separierung, mitunter auch erstaunlich durchlässig sein konnten. Die in mehreren Beiträgen, unter anderem von Elke Schlenkrich, angesprochene Unterbringung von psychisch Kranken stellt einen Sonderfall dar, wobei etwa frühere Untersuchungen von Carlos Watzka für die Frühe Neuzeit deutlich gemacht haben, dass Einsperren in Käfigen oder Anketten zwar praktiziert wurde, aber nicht in dem Umfang, wie es ältere Forschungen oft suggeriert haben. Wie Krankenversorgung in der Sattelzeit in expliziten „Orten der Verwahrung“ funktionierte, zeigen die Ausführungen von Elke Hammer-Luza.

Der adäquate Umgang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in Bezug auf körperlich und mental beeinträchtigte, psychisch und physisch kranke und alte Menschen wurde und wird kontrovers diskutiert. Sind derartige Maßnahmen, wie im Beitrag von Eberhard Gabriel ersichtlich, lange Zeit in größerem Umfang eingesetzt worden, geht der Trend heute in die entgegengesetzte Richtung: Ein Stichwort bildet hier die von Maria Keil angesprochene „Entfesselung der Alten“ und damit die Diskussion über Nutzen und Schaden von Bettgittern. In diesem Bereich dürfte sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten noch vieles tun, wobei nicht auszuschließen ist, dass es auch wieder zu einer zumindest moderaten Trendumkehr kommen könnte.

Abschließend soll noch das Empfinden, die Repräsentation und die Inszenierung von Räumen angesprochen werden. Ersteres ist aufgrund fehlender Ego-Dokumente und anderer Quellen vor dem 19. Jahrhundert kaum zu untersuchen. Für Untersuchungen zu den letzten Jahrzehnten und zur Gegenwart stehen mit der „oral history“ und der Befragung von aktuell betroffenen Menschen ganz andere Möglichkeiten zur Verfügung. Mit „representations of institutional eldercare“ in nordamerikanischen Filmen und Romanen beschäftigt sich der Beitrag von Ulla Krieberegg, der zu neuen Perspektiven auf schriftliche und bildliche Quellen aus der Vergangenheit anregt. Die bildliche Repräsentation von frühneuzeitlichen Krankensälen lässt sich beispielsweise an den beiden im Beitrag von Carlos Watzka gebotenen Abbildungen ablesen – allerdings leider Beispiele mit Seltenheitswert. Inszenierungen in Fürsorge-Räumen tauchen etwa in Form von explizit nach den Stiftern benannten Stiftungsbetten in Krankenhäusern im Beitrag von Nathalie Soursois auf.

## Personen

Eine Fürsorgeeinrichtung besteht vor allem aus den Menschen, die sich die vorhandenen Räume aneignen und dadurch auch stetig verändern, während gleichzeitig die jeweilige räumliche Situation wiederum auf sie selbst zurückwirkt. Um vorab die selbst formulierte Forderung nach einer Definition zu erfüllen, sei hier angemerkt, dass unter Pflegekräften Personen verstanden werden, die Hilfe benötigende Menschen (auch institutionell versorgte Kinder) bei der Bewältigung der alltäglichen Lebensführung unterstützen und medizinische Tätigkeiten in der Regel nur auf Anordnung ausführen.

Wie aus mehreren der hier versammelten Beiträge ersichtlich wird, stellt das Pflegepersonal für viele Einrichtungen der Vormoderne eine Quellen-, aber auch Forschungslücke dar.



Erst kürzlich ist dazu die erste einschlägige Monographie von Natascha Noll erschienen.<sup>5</sup> Besoldetes (oftmals weltliches!) Personal wird ab dem Spätmittelalter in den Quellen greifbar, jedoch meist nur sehr punktuell und vage. Erst ab dem 19. Jahrhundert und damit ab dem Zeitraum, für den sich die Pflegegeschichte hauptsächlich interessiert, verbessert sich die Quellen- und auch Forschungssituation. Das medizinische Personal und seine Tätigkeiten sind in der Regel etwas besser erforschbar und auch erforscht, wobei sich die (kontinuierliche) Präsenz von handwerklich ausgebildeten und in einem weiteren Schritt von studierten Ärzten – wie ebenfalls verschiedene Beiträge zeigen – oft erst im Verlauf der Frühen Neuzeit feststellen lässt.

Die Pflegekräfte hatten – wie Martin Scheutz, Sarah Pichlkastner und Elke Schlenkrich verdeutlichen – lange Zeit eine Zwischenstellung zwischen Personal und Insassinnen/Insassen inne und lassen sich nicht immer eindeutig zuordnen. Sie lebten mit den zu Pflegenden in den Stuben, Arbeitsort war damit auch gleichzeitig Wohnort. Dies änderte sich erst ab dem 19. Jahrhundert, Hand in Hand mit der Etablierung einer Berufsausbildung. Bis dahin war eine informelle Ausbildung durch „Kolleginnen“ und „Kollegen“ oder einfach „learning by doing“ üblich gewesen. Gleichzeitig kam es (erst!) im 19. Jahrhundert zu einer Feminisierung und „Vergeistlichung“ der Pflege, nicht zuletzt durch den verstärkten Einsatz weiblicher Pflegeorden, von denen sich die noch immer übliche Bezeichnung Krankenschwester ableitet. Bis dahin war auch eine beträchtliche Anzahl an Männern unter dem Pflegepersonal zu finden gewesen, da – wie Sarah Pichlkastner am Beispiel des Wiener Bürgerspitals darlegt – Männer vornehmlich von Männern betreut wurden. Obwohl sich heute verstärkt auch wieder Männer in diesem Bereich engagieren, ist immer noch ein Großteil der Pflegekräfte weiblich. Die gegenwärtig immer noch vergleichsweise geringe gesellschaftliche Anerkennung von Pflegeberufen sowie die ebenfalls geringe Entlohnung lassen sich in ihren Wurzeln weit zurückverfolgen.

Interessant erscheint ein Blick auf die in mehreren Beiträgen angeklungene Konkurrenzsituation zwischen den verschiedenen „Betreuungsanbieter/-innen“, die vor allem vor dem Hintergrund der Veränderungen im 18. und 19. Jahrhundert virulent wurde. Das mitunter konfliktbelastete Verhältnis der mit der Betreuung beschäftigten Personen und Personengruppen zeigt sich beispielsweise am bei Elke Schlenkrich anklingenden Verdrängungsprozess der Hebammen aus dem medizinischen (Verantwortungs-)Bereich als auch in der damit verbundenen Auseinandersetzung zwischen einem „Stadtaccoucheur“ und einem in dessen Augen „rohen“<sup>6</sup> Handwerkschirurgen.

„Betreuungsanbieter/-innen“ brauchen jedoch natürlich auch zu Betreuende. Was für das Personal gilt, lässt sich für die Zeit der Vormoderne und noch darüber hinaus in verstärktem Maß für die Insassinnen und Insassen bzw. Patientinnen und Patienten attestieren: Über sie ist wenig bis gar nichts bekannt. In den vorliegenden Beiträgen werden sie oft implizit, weniger oft explizit angesprochen. In Christina Vanjas Untersuchung standen sie im Mittelpunkt, doch die ihr zur Verfügung stehenden Quellen bilden leider alles andere als die Regel(-Überlieferungssituation).

---

5 Vgl. Natascha NOLL, *Pflege im Hospital. Die Aufwärter und Aufwärterinnen von Merxhausen (16.–Anfang 19. Jh.)* (= Beiträge zur Wissenschafts- und Medizingeschichte. Marburger Schriftenreihe 2, Frankfurt am Main u. a. 2015).

6 Vgl. dazu den Beitrag von Elke SCHLENKRICH in diesem Band, 127–139, hier 136.



## Tätigkeiten

Pflege und auch die Versorgung durch „Mediziner/-innen“ besteht in großem Maß in der Interaktion der beteiligten Personen. Vor allem die pflegerischen Tätigkeiten – die „soziale Praxis“ der Pflege (Carlos Watzka) – sind quellenmäßig lange Zeit schwer zu fassen. Dies hängt mit der weitgehend fehlenden Verschriftlichung von Alltäglichem und den schlechten Überlieferungschancen von Gebrauchsschriftgut zusammen. Am ehesten sind die Tätigkeiten – wie bei Martin Scheutz und auch Carlos Watzka zu sehen – über kritisch zu hinterfragende normative Quellen (Spitalordnungen, Instruktionen, gedruckte Handbücher u. Ä.) zu fassen.

Zu den Aufgaben der Pflegekräfte konnten, so zeigen die verschiedenen Beiträge zur Frühen Neuzeit, bis in das 18. Jahrhundert, aber auch darüber hinaus viele häusliche Tätigkeiten wie Putzen oder Wäschewaschen gehören. Daneben stand die Begleitung und Unterstützung bei den alltäglichen Dingen des Lebens im Mittelpunkt: der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, der Körperreinigung, der Ausscheidung, der Mobilität usw. Medizinische Aspekte konnten etwa das Verabreichen von verordneten Arzneien oder die Vornahme einfacher Behandlungen beinhalten. Ab dem 18. Jahrhundert führten die Veränderungen auf dem Gebiet der Medizin auch zu sich verändernden Ansprüchen an das Pflegepersonal, die im vorliegenden Band jedoch unterbeleuchtet bleiben. Dies wurde in der Folge durch die Etablierung einer Ausbildung und dann auch unterschiedlicher Ausbildungen in verschiedenen Bereichen der Pflege sichtbar. Auch in diesem Bereich kommt den Barmherzigen Brüdern eine Vorreiterrolle zu. Häusliche Tätigkeiten wurden nun zum großen Teil an anderes Personal ausgelagert. Zudem gingen vermehrt auch medizinische Tätigkeiten in pflegerische Hände über – etwas, worüber auch heute zur Entlastung der Ärzte immer wieder diskutiert wird (Stichwort Delegation ärztlicher Aufgaben). Gleichzeitig sieht sich das Pflegepersonal, vor allem in Einrichtungen für alte Menschen, mit sehr strikten Vorschriften konfrontiert, die vor allem im medizinischen Bereich wenig Eigenverantwortung zulassen. Genauso wie in vergangenen Zeiten ist demnach heute Pflege nicht gleich Pflege. Die Pflege in Krankenhäusern unterscheidet sich etwa auch gegenwärtig – trotz Medikalisierung – beträchtlich von jener in Einrichtungen für alte oder beeinträchtigte Menschen: Auf der einen Seite stehen – vereinfacht gesprochen – medizinische Aspekte im Vordergrund, auf der anderen die Unterstützung bei der Bewältigung des Lebensalltags.

Die medizinisch-therapeutische Behandlung von in Fürsorgeeinrichtungen untergebrachten Personen lag, wie unter anderem der Beitrag von Sarah Pichlkastner zeigt, bis in das 18. Jahrhundert und länger vorrangig in den Händen von Wundärzten (Chirurgen) und deren Gehilfen sowie auch von Hebammen, während die studierten Ärzte nur alle paar Tage die Einrichtungen besuchten und ihre entsprechenden Anweisungen gaben. Elke Hammer-Luza attestiert Wundärzten deswegen und auch wegen der kleineren „soziale[n] Kluft“ ein „viel größeres Nahverhältnis“<sup>7</sup> zu den – in ihrem Fall – Gefängnisinsassinnen und -insassen als den studierten Ärzten. Elke Schlenkrich und Alexandra-Kathrin Stanislaw-Kemenah kamen auffälligerweise in ihren Beiträgen hinsichtlich der Beurteilung der medizinischen Versorgung in frühneuzeitlichen Fürsorgeeinrichtungen in Leipzig bzw. Dresden zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen.

---

7 Vgl. dazu den Beitrag von Elke HAMMER-LUZA in diesem Band, 155–168, hier 161.

Die kontinuierliche Betreuung durch studierte Ärzte in sich immer mehr ausprägender Hierarchie bildete sich erst ab dem 18. und vor allem 19. Jahrhundert in den neuen Krankenhäusern aus, denen nun erstmals auch Ärzte vorstanden. Damit einher ging der Aufstieg vom Wundarzt zum akademischen Chirurgen, während die Hebammen im Gegensatz dazu einiges an ihrer Eigen- und auch Zuständigkeit einbüßten. In diesem Zusammenhang erscheint die Beobachtung von Elke Hammer-Luza interessant, wonach in Grazer Zucht- und Strafanstalten erst ab der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts vermehrt Hebammen für die Untersuchung von Frauen herangezogen wurden.

Bezüglich der Tätigkeiten ist noch darauf einzugehen, dass in vormodernen Einrichtungen, vor allem in kleinen, die gegenseitige Pflege der Insassinnen und Insassen eine nicht zu unterschätzende Rolle spielte, wie etwa Martin Scheutz betont. Auch deren Mitarbeit bei häuslichen Tätigkeiten oder sogar im wirtschaftlichen Bereich (wozu vormoderne Fürsorgeeinrichtungen mit ihren angehängten „Wirtschaftsbetrieben“ vielfältige Möglichkeiten boten) war nichts Außergewöhnliches. Heutzutage bildet (Mit-)Arbeit etwa in psychiatrischen Einrichtungen eine therapeutische Maßnahme und wurde bereits Mitte des 19. Jahrhunderts, wie Eberhard Gabriel schildert, im Wiener „Narrenturm“ vom zuständigen Primarius als wichtig, jedoch im Rahmen der damaligen Möglichkeiten schwer realisierbar angesehen. Die 1902 eröffnete psychiatrische Anstalt in Mauer-Öhling verfügte schließlich über eine eigene „landwirtschaftliche Kolonie“. Wie Felicitas Söhner, Thomas Becker und Heiner Fangerau darlegen, konnte während der Zeit des Nationalsozialismus im Rahmen der „Aktion T4“ und der darauffolgenden „dezentralen Euthanasie“ vorhandene Arbeitsfähigkeit und -willigkeit die Überlebenschance von Psychatriepatientinnen und -patienten, auch von alten, beträchtlich erhöhen. In Einrichtungen für beeinträchtigte und alte Menschen wird gegenwärtig das Augenmerk ebenfalls verstärkt auf deren aktive Mitarbeit und damit auf einen gewissen Grad an Selbstständigkeit gelegt. In diesen Zusammenhang ist auch das von Daniela Wagner angesprochene pflegerische Konzept der „Lebensweltorientierung“ einzuordnen, das versucht, die Pflege an den Bedürfnissen der Bewohner/-innen zu orientieren und in deren gewohnten Lebensrhythmus einzubinden – ein individualisierter Zugang, der einiges an Kompetenz und vor allem zeitliche Ressourcen erfordert.

Neben retrospektiv den früheren Zeiten attestierten Missständen gab es auch immer wieder bereits – wie etwa in den Beiträgen von Martin Scheutz, Elke Schlenkrich und Alexandra-Kathrin Stanislaw-Kemenah nachzulesen – zeitgenössisch wahrgenommene Probleme und damit einhergehende Lösungsversuche. Einen exceptionellen Fall stellt der Umgang mit psychisch kranken sowie körperlich und geistig beeinträchtigten Menschen während der Zeit des Nationalsozialismus im Rahmen und auch nach Beendigung der „Aktion T4“ dar, der im Zentrum des auf alte Menschen fokussierenden Beitrags von Felicitas Söhner, Thomas Becker und Heiner Fangerau steht.

Wie die betroffenen Menschen die medizinisch-pflegerische Betreuung selbst erlebten, lässt sich bis in das 20. Jahrhundert kaum erschließen – dazu fehlen die Quellen. Dies kann höchstens für Gepflegte aus höheren Schichten, die schriftliche Aufzeichnungen hinterlassen haben, untersucht werden. Für die jüngere Vergangenheit und Gegenwart gibt es hier ganz andere Möglichkeiten, wie die von Daniela Wagner geführten Interviews zeigen.

## Fazit

Mit diesen vier Schlaglichtern, die sich immer wieder überschneiden, muss hier leider das Auslangen gefunden werden. Sie wären natürlich im Einzelnen noch viel weiter zu fassen und um andere diachrone Perspektiven zu ergänzen (Quellen, Finanzierung, Verwaltung usw.).

Die offene, multidisziplinäre Tagung und auch der daraus hervorgehende Schwerpunktband haben eines deutlich gezeigt: In beide Richtungen – von der Gegenwart in die Vergangenheit und zurück – scheint das Potential für den interdisziplinären Austausch noch alles andere als ausgeschöpft. Zumindest im Bereich der Pflege steckt die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen gegenwarts- und vergangenheitsbezogenen Untersuchungen noch im Anfangsstadium. Die Tagung und auch der hier vorliegende Band veranschaulichen das damit verbundene gewinnbringende Potential für alle beteiligten Wissenschaftszweige. Hierbei ist vor allem auf den Befund von Carlos Watzka zu verweisen, dass sich „ein Großteil der gegenwärtig als grundlegende Dimensionen des Pflegehandelns verstandenen Thematiken“ auch bereits in der Frühen Neuzeit findet, auch wenn die „konkrete Ausgestaltung“<sup>8</sup> erheblich differenzierte.

Ähnlich Lohnenswertes wie für die Interdisziplinarität lässt sich auch für die historische Langzeitperspektive ausmachen, denn vom eigenen Untersuchungszeitraum ausgehende Blicke nach vorne und nach hinten tragen entscheidend zur Erweiterung und auch Schärfung des Blicks bei. Im vorliegenden Band, der einen eindeutigen Frühneuzeit-Schwerpunkt aufweist, fand das 19. und 20. Jahrhundert im Vergleich weniger Berücksichtigung.

Für künftige interdisziplinäre Annäherung an das Thema institutionelle Pflege im zeitlichen Längsschnitt bietet sich an, den Fokus nicht nur auf alte Menschen, sondern schwerpunktmäßig auch auf Kinder oder etwa Menschen mit (mentalenen oder körperlichen) Beeinträchtigungen zu legen. Gleichzeitig erscheint es auch lohnenswert, nicht nur die stationäre, sondern auch die ambulante Pflege mit in den Blick zu nehmen. Während diese Perspektive in die Tagung durchaus eingeflossen ist, fand sie leider keinen Eingang in den vorliegenden Schwerpunktband.

## Informationen zur Autorin

Mag. Sarah Pichlkastner MA, Projektmitarbeiterin am Institut für Realienkunde des Mittelalters und der frühen Neuzeit, Universität Salzburg, Körnermarkt 13, 3500 Krems an der Donau, Österreich, E-Mail: sarah.pichlkastner@sbg.ac.at

---

8 Vgl. dazu den Beitrag von Carlos WATZKA in diesem Band, 98.