

Mag. Katharina Riedler

Gesundheitsökonomie, Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Medizin und Pflege in der Historie

1. Einleitung	10
2. Beginn von Medizin und Pflege	11
3. Von den Griechen und Römern bis ins Mittelalter	14
4. Die Neuzeit: vom Hospital zum Krankenhaus	17
5. Das 20. Jahrhundert	21
6. Medizin und Pflege heute	25
7. Literaturverzeichnis	26

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der historischen Entwicklung von Medizin und Pflege bis ins 20. Jahrhundert hinein und möchte dem Leser verdeutlichen, dass Medizin, Pflege und Krankenhaus nicht immer im selben Verhältnis zueinander standen, wie dies heute der Fall ist, sondern von der jeweiligen Zeit, ihren verfügbaren Mitteln und ihrer Moral geprägt wurden. Dabei ist erstaunlich, was bereits frühe Kulturen auf diesem Gebiet geleistet haben, aber auch erschreckend, welche Irrwege, vor allem in der NS-Zeit, begangen wurden. Und auch heute noch sind wir längst nicht am Ideal von ärztlicher und pflegerischer Versorgung angekommen, sondern sehen uns einem stetigen Bedarf an Verbesserung nicht nur in fachlichen, sondern wie jeher auch in ökonomischen und menschlichen Belangen gegenüber.

1. Einleitung

Heute scheint es selbstverständlich zu sein, dass in einem Spital alle Arztberufe – vom Allgemeinmediziner bis zum Spezialisten – vertreten sind. Der Arzt scheint das Wesen einer Krankenanstalt erst auszumachen, ohne ihn ist Krankenbetreuung unvorstellbar geworden. Natürlich ist das gut so, und tatsächlich garantieren gut ausgebildete Mediziner und Medizinerinnen in unseren Spitälern eine Versorgung auf sehr hohem Niveau, die auch nur bei einem Rückgang der Ärztezahlen, wie er derzeit beobachtet wird, als gefährdet einzustufen ist. Dennoch war dies nicht immer so, denn Spitäler waren in der Geschichte keinesfalls Ärztehäuser, sondern Einrichtungen, die Krankenpflege, Armen- und Altenbetreuung und sogar Pilgerherberge gewährten. Das Wort *Hospital* lässt sich vom lateinischen Wort *hospes* ableiten¹, das so viel wie Gastfreund oder Gast bedeutet. Der Wortstamm zeigt, dass mit dem Hospital, oder Spital, im ursprünglichen Sinn etwas anderes assoziiert wurde als heute. Seit dem Mittelalter wurden Dienste an Alten und Kranken aus christlicher Nächstenliebe und Barmherzigkeit heraus versehen und wurden auch meist von geistlichen Einrichtungen organisiert. Krankenpflege und Medizin waren lange Zeit nicht unmittelbar miteinander verbunden. Erst viel später wurden Ärzte in die stationäre Krankenpflege vermehrt mit einbezogen und übernahmen die Vorreiterrolle in den einstigen Hospitalen. Der vorliegende Beitrag soll darstellen, wann und warum die Ärzteschaft in die Spitäler Einzug hielt, wie sich Medizin und Pflege in der Historie gestalteten und sich seither entwickelten. Dabei ist es interessant zu beobachten, wie sehr sich die Moral bzw. die Religion einer Gesellschaft, ihre ökonomische Situation und andere äußere Faktoren, wie zum Beispiel Kriege oder Seuchen, auf die Organisation und Finanzierung der Krankenpflege und die medizinische Versorgung ausgewirkt haben. Aber auch ein umgekehrter Einfluss kann festgestellt werden. Zum Beispiel dann, wenn medizinische Erkenntnisse in den Lebensstil einer Gesellschaft übernommen werden, etwa in Form von hygienischen Maßnahmen, die sich in religiösen Vorschriften oder Gesetzen wiederfinden. Die folgenden Darstellungen zeigen auch auf, dass Gesundheit immer auch eine Frage von reich oder arm war und dies bis heute auch in gewisser Weise geblieben ist.

1 Ehrlich (2007); S. 74.

2. Beginn von Medizin und Pflege

Die Geschichte von Medizin und Pflege beginnt schon in der Zeit, als sich der Mensch vom Tier abzuheben begann, als die wachsenden Fähigkeiten es erlaubten, Erfahrungen zu machen, daraus zu lernen und weiterzugeben. So können etwa bereits erste chirurgische Eingriffe aus der Jungsteinzeit nachgewiesen werden (z.B. in der Megalithkultur in Dänemark, 4.500–800 v. Chr.). Der Mensch ist und war ein soziales Wesen und forderte daher die Hilfe anderer Mitglieder der Gruppe heraus. Die Pflege und Behandlung von Kranken, Gebärenden und Verletzten begleitet den Menschen daher schon seit jeher. Zwar kann die Paläopathologie² die Existenz und Behandlung von Krankheiten und Verletzungen bereits aus grauer Vergangenheit nachweisen und die Paläodemographie kann Rückschlüsse auf die Lebensumstände der Population ziehen, jedoch gibt es sehr wenig Wissen über das Warum und Wie von Eingriffen, da Aufzeichnungen aus der Zeit komplett fehlen. Die belegbare Geschichte von Medizin und Pflege beginnt daher erst später, vor allem auch, weil man bei frühen Kulturen nicht vermuten kann, dass es bereits einen ärztlichen oder pflegenden Stand gab. Diese Aufgaben waren in die soziale Gruppe integriert. Wie weit eine Kultur entwickelt war, kann man jedoch nicht daran festmachen, ob die Kranken gut gepflegt, ernährt und behandelt wurden. Vielmehr dürfte das eine Folge der Ernährungssituation und der Angst vor Ansteckung gewesen sein. Ist die Versorgung mit Nahrungsmitteln knapp und die Angst vor Ansteckung groß, ist die Wahrscheinlichkeit, dass Kranke zurückgelassen werden, größer. Prinzipiell kann aber davon ausgegangen werden, dass der Ursprung der Krankenpflege und -behandlung sich aus dem instinktiven Verhalten ergibt, das Leben des Individuums, der sozialen Gruppe – und damit den Fortbestand der Art – zu sichern.³ Ob und mit welcher Hingabe sich eine Gesellschaft um Hilflose kümmert, hängt aber auch vom Ethos innerhalb einer Gesellschaft ab, denn ohne eine ethische oder religiöse Ideologie in diese Richtung käme es nicht zu fürsorglichen Maßnahmen. Bereits bei den Neandertalern gab es eine starke Solidarität innerhalb der sozialen Gruppe, da Verletzte mit Frakturen oft noch Jahre überlebten – was ohne die Zuwendung durch andere Gruppenmitglieder mit Sicherheit nicht möglich gewesen wäre. Das Ausmaß der Zuwendungen ergibt sich jedoch erst durch die Ethik einer Kultur, die die Basis für die Entwicklung von Medizin und Pflege bildet.⁴

2 Wissenschaft von Krankheiten, die an Überresten von Menschen und Tieren der älteren Zeit gezeigt werden können

3 Seidler, Leven (2003), S. 13ff.

4 Bruchhausen, Schott (2008), S. 35f.

Gegen Ende der Jungsteinzeit bildeten sich in vielen Gebieten erste Hochkulturen, denen gemeinsam war, dass sich eine differenzierte Gesellschaftsform herauskristallisierte, in der es verschiedene Schichten und Berufe gab. Die bedeutendsten waren die sogenannten Flusskulturen, wie etwa in Mesopotamien zwischen Euphrat und Tigris, in Ägypten am Nil, in Indien am Indus und in China am Hoangho (etwa ab 3.000 v. Chr.).

Im alten Mesopotamien bestand eine Mischung aus magisch-religiösen und empirisch-rationalen Praktiken. Aus dieser Methodik entwickelten sich zwei Gruppen von Heilern, nämlich die Beschwörungsexperten und die Kräuterkundigen. Allerdings verschwammen diese beiden Heilberufe in ihrer praktischen Tätigkeit wieder stark miteinander und ließen sich kaum voneinander unterscheiden. Die Pharmazie war umfangreich, den Patienten wurden bereits pflanzliche, tierische und mineralische Stoffe verabreicht. Es gab jedoch noch keine durchgängige Krankheitstheorie, auch wenn man einzelne Krankheiten Veränderungen an Organen zuschrieb. Überdies verwendeten die Mesopotamier Diagnosehandbücher, die in der gesamten Antike und darüber hinaus große Bedeutung behielten. Außerdem wurde der sogenannten *Kodex Hammurabi* formuliert, ein Gesetzestext, der sowohl die Arzthonorare als auch etwaige Strafen bei misslungenen Behandlungen regelte. Über die Krankenpflege sind aus der mesopotamischen Hochkultur hingegen keine Werke bekannt. Es waren hierfür gleichermaßen Familienmitglieder, Priester und Ärzte zuständig. Auch in der Pflege mischte sich Magisches mit praktischen Anwendungen.⁵

Auch im alten Ägypten wurden Religion und Rationalität in der Medizin vermischt angewendet, denn eine Krankheit konnte nach den Vorstellungen der Menschen damals sowohl die Folge einer natürlichen als auch einer übernatürlichen Störung sein. Die Heiler gliederten sich grundsätzlich in drei Gruppen: Ärzte, Priester und Zauberer, wobei Ärzte häufig auch Priester waren, da Krankheiten oft als von den Göttern geschickt galten. In Ägypten gab es auch bereits Fachärzte, so wie etwa den „Arzt des Bauches“. Darüber hinaus existierten auf Papyrus verfasste Abhandlungen über z.B. pharmazeutische Rezepte, die Chirurgie oder die Gynäkologie. Die Sammlung der Rezepturen war dabei akribisch nach Symptomen, Diagnosen und Behandlungsanweisungen gegliedert, was den Beginn einer medizinischen Fachsprache markierte. Ärzte im alten Ägypten erhielten eine Besoldung durch den Staat und waren in der Folge dazu verpflichtet, alle Einwohner unentgeltlich zu behandeln. Es gab zahlreiche Behandlungsvorschriften, bei deren Missachtung der Arzt auch bestraft werden konnte. Generell war die Lebensweise der Ägypter stark reglementiert, etwa auch durch religiös geprägte Vorschriften. So bildete sich auch ein ausgedehntes öffentliches Gesundheitswesen heraus,

5 Seidler, Leven (2003), S. 19ff.

das Reinheit von Kleidung und Wohnung, Körperpflege (hierzu gehörte auch die Kosmetik) und Nahrung (z.B. sauberes Esswerkzeug und systematischer Fleischbeschau) betraf. Außerdem gab es bereits ein umfangreiches Kanalsystem und feste Bestattungsriten, die eine präventive Wirkung zeigten. Auch im alten Ägypten gab es noch keinen expliziten Pflegeberufsstand, jedoch gab es Arzthelfer, die teils ähnliche Tätigkeiten wahrnahmen. Hierunter fallen etwa die „Verbinder“ bei den Pyramidenbauten. Jedoch fielen auch alle Arten von Kosmetikern unter die Arzthelfer.⁶

In der frühen indischen Hochkultur gab es ebenfalls einen Mix aus empirischer und religiös geprägter Medizin, mit dem Unterschied, dass sich eine eigenständige Heilkunde, die brahmanische Medizin, entwickelte, die eine in sich geschlossene medizinische Theorie bildete. Besonders die Chirurgie war vergleichsweise hoch entwickelt. Neben diagnostischem und therapeutischem Vorgehen beinhaltete die brahmanische Heilkunde auch zahlreiche Regeln für die Lebensführung (Prävention) und die Krankenpflege. Ab ca. 600 v. Chr. beeinflusste der Buddhismus das Zusammenwirken von Medizin und Pflege stark. Die vier edlen Wahrheiten des Buddha beschrieben je vier Grundeigenschaften, für die wiederum vier Mitglieder der therapeutischen Einheit standen: der Arzt, das Heilmittel, der Pflegende und der Kranke. Der Arzt hatte demnach idealtypisch Geschick, Wissen, Praxis und Lauterkeit in sich zu vereinen. Der Pflegende sollte ebenfalls Wissen, Geschick und Reinheit an Körper und Seele aufweisen, jedoch auch die Hingabe als wesentliche Eigenschaft besitzen. So wurde in der indischen Hochkultur zwar die Pflege als Tätigkeit sehr wohl definiert, jedoch ist kein expliziter Berufsstand erwähnt. Die Integration der Pflege in die Heilkunst war im alten Indien Ausdruck von empirischen und religiösen Haltungen und Erkenntnissen. Eine besondere Stellung wurde der Pflege vor allem dann zugeschrieben, wenn die ärztliche Kunst an ihrem Ende angelangt war und es um lindernde Maßnahmen für den Kranken ging.⁷ Für das buddhistische Indien des 2. Jahrhunderts v. Chr. gibt es auch erste Hinweise auf pflegerische Einrichtungen, da entlang von Heeres- und Pilgerstraßen kleine Pflegestationen errichtet wurden.⁸

In China, ab 3.000 v. Chr., war die Medizin ein Miteinander von Heilkunst, Religion und Philosophie. Vor allem der frühe Ahnenkult, die Moralphilosophie des Konfuzius, der Daoismus nach Laotse und später auch der Buddhismus beeinflussten Medizin und Krankenpflege stark. Für die Chinesen bedeutete Krankheit vor allem eine Entgleisung aus dem Gleichgewicht (Yin & Yang, Qi), welches die heilenden Maßnahmen wieder herstellen sollten. Es wurde eine ganze Reihe von Heilpraktiken und Rezepturen entwickelt, von denen vor allem die Akupunktur und die

6 Seidler, Leven (2003), S. 22ff.

7 Seidler, Leven (2003), S. 27ff.

8 Gerabek (2007), S. 792.

Moxibustation hervorgehoben werden können. Bis heute hat die traditionelle chinesische Medizin Einfluss auf die moderne Medizin. Ab dem 6. Jahrhundert nach Christus soll es in China bereits Krankenhäuser gegeben haben, über die man jedoch keine genaueren Informationen hat.⁹

3. Von den Griechen und Römern bis ins Mittelalter

Im europäischen Altertum war der Medikus Vertreter eines angesehenen Berufs, ein Gelehrter, der sich darauf verstand, Heilkräfte von Natur und Göttern zu aktivieren. Seit Hippokrates (460–370 v.Chr.), der den Beginn der modernen Medizin markiert, etablierten sich verschiedene medizinische Schulen (z.B. Empiriker, Methodiker, Pneumatiker), die auf wissenschaftlichen Grundlagen und empirischen Erkenntnissen basierten.¹⁰ Vor allem aufgrund der beschränkten therapeutischen Maßnahmen der Zeit war die hippokratische Medizin stark auf die Gesundheitserhaltung fokussiert. Wesentlich waren dabei die Diätik und genaue Regeln für die Lebensführung. So verfasste etwa Diokles von Karystos Mitte des 4. Jahrhunderts v. Chr. ein Buch Über die gesunde Lebensweise, das einen ganzen Tagesablauf beinhaltet. Eine berufliche Tätigkeit war in diesen Ablauf jedoch nicht integriert und eine exakte Diätik konnte daher nur von Personen praktiziert werden, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen mussten. Die Diätik war die erste Stufe der praktischen Medizin und kümmerte sich um Luft, Licht, Ernährung, Bewegung, Schlaf, Ausscheidungen und Psyche des Patienten. Die Kenntnis der Gewohnheiten und des Tagesablaufs der Kranken war daher die Grundvoraussetzung für eine Behandlung. Dieser Eckpfeiler der damaligen Medizin gehört heute zum Tätigkeitsprofil der Pflege. Bei den Hippokratikern des alten Griechenlandes gab es daher keine Grenzen zwischen Medizin und Pflege, sondern die Pflege war in die ärztliche Tätigkeit integriert. Erst wenn die Diätik zu keiner Besserung des Zustandes des Patienten führte wurden Medikamente verabreicht und in weiterer Folge chirurgische Maßnahmen gesetzt.¹¹

Im alten Rom verfassten große Gelehrte, wie Celsus, Dioskur und Galen prägende Werke in den Bereichen der Anatomie, Physiologie, Pharmakologie und Chir-

9 Seidler, Leven (2003), S. 32ff.

10 Otten (2012), S. 16.

11 Seidler, Leven (2003), S. 55ff.

urgie.¹² Eine nachweisbar organisierte Form der Krankenpflege gab es erstmals bei den Römern, da der Staat aufgrund der vielen Kriegsverletzten ein großes Interesse an einer medizinischen und pflegerischen Versorgung zeigte. Neben den großen staatlichen Lazaretten für verwundete Soldaten (unter Augustus, 30 v.Chr.–14 n. Chr.) gab es aber auch sogenannte *Valetudinarien*, die auf großen Gutshäusern für die Behandlung von Sklaven errichtet wurden, und private Einrichtungen, in denen sich wohlhabende Bürger von Ärzten und Pflegern versorgen ließen (Letztere waren jedoch die Ausnahme).¹³ Dennoch können die römischen Einrichtungen zur Krankenpflege noch nicht als Hospitale bezeichnet werden, da sie lediglich zur Wiederherstellung von Arbeitskraft dienten. Chronisch und unheilbar Kranke wurden in den *Valetudinarien* nicht behandelt. In dieser Zeit kam es zum ersten Mal zu einer strukturierten Zusammenarbeit von Pflegepersonal und Medizinern. Die Pflege, angelernte Helfer, setzte sich vornehmlich aus männlichen Sklaven zusammen. Sie waren Gehilfen der Ärzte, jedoch keine Handlanger, was sich aus ihren umfassenden Aufgabenbereichen schließen lässt.¹⁴

Nach dem Untergang des Römischen Reiches – und damit dem Niedergang des allgemeinen Bildungsgutes – ging das umfassende medizinische Wissen des Altertums in Europa verloren. Lediglich in Klöstern wurden noch einige medizinische Werke aufbewahrt. Erst im 13. Jahrhundert kam das Wissen der hochentwickelten arabischen und griechischen Medizin langsam wieder nach Europa.¹⁵ In Folge kam es zu einem Konflikt zwischen der Heilkunst und Vertretern der christlich geprägten Gesellschaft, die allein auf das Göttliche vertrauten. Da Krankheit damals als Strafe oder Prüfung durch Gott angesehen wurde, gab es wenig Motivation, die Heilkunst voranzutreiben. Die stärkste Wirkung wurde ohnedies dem Gebet und der Buße beigemessen. Der Wille Gottes, ob jemand geheilt werden sollte oder nicht, konnte nach damaliger Meinung nicht durch die Heilkunst allein beeinflusst werden. Die Anwendung von Kräutern und Salben mischte sich daher häufig mit spirituellen Anwendungen. Die Klostermedizin war auf dem Vormarsch. Die bekannteste Vertreterin dieser Zeit war Hildegard von Bingen (1098–1179), die ebenfalls die Meinung vertrat, dass die Heilung von der Hinwendung zu Gott abhängig sei.¹⁶ Ein Arzt, der nach wissenschaftlichen Methoden versuchte, Kranke zu heilen, wurde teils sogar als Ungläubiger betrachtet, da die Kraft zu heilen allein Gott zugeschrieben wurde. Der Beruf war daher in vielen Fällen wenig geachtet, bisweilen sogar geächtet. Zu dieser Zeit gab es keine einheitliche Schulmedizin, und neben Ärzten praktizierte eine Vielzahl anderer Heiler. Darüber

12 Otten (2012), S. 16.

13 Gerabek (2007), S. 792.

14 Seidler, Leven (2003), S. 71.

15 Otten (2012), S. 16.

16 Otten (2012), S. 17.

hinaus waren medizinische Eingriffe häufig von großen Schmerzen begleitet, da etwa ohne Narkose Amputationen durchgeführt wurden, und häufig führte eine Maßnahme des Arztes erst recht zum Tod des Kranken (z.B. durch den Aderlass). Das geringe Ansehen der Ärzte, bisweilen verknüpft mit einem Einkommen, das kaum zum Leben reichte, hielt sich bis ins 19. Jahrhundert hinein. Studierte Ärzte konnten sich bis in diese Zeit hinein kaum von anderen Heilern abheben.¹⁷

Auch die Geschichte der Krankenpflege wurde seit dem Mittelalter stark vom Christentum geprägt, das sich aus der religiösen Lehre heraus dazu verpflichtet sah und sich rasch über Europa verbreitete. Das Diakonat (griechisch *diakonein* bedeutet *schlichtes Dienen*) wurde von der katholischen Kirche sogar eigens zum Zwecke der Alten- und Krankenpflege geschaffen. Vorbild dafür waren die Synagogen der jüdischen Gemeinden, die vermutlich bereits seit dem Exil (536 n.Chr.) aus dem Prinzip der Gerechtigkeit heraus (gerechte Handlungen sind Wohltaten, also solche ohne Gegenleistungen) Armen- und Krankenpflege leisteten.¹⁸ Der Diakon war für die sozialen Dienste, also auch die Krankenpflege, zuständig. Ihm waren als Hilfskräfte weibliche Diakonissen zur Seite gestellt, die die Hauptarbeit übernahmen. Schon in dieser Zeit wurde Frauen die Fürsorge für Kranke als natürliche Aufgabe zugeschrieben. Im 4. Jahrhundert war jeder Bischof zur Hospitälgründung aufgefordert und es wurden sogenannte *Xenodochien* geschaffen. Es handelte sich dabei um größere Einrichtungen zur Armen-, Alten- und Krankenbetreuung, aber auch zur Unterbringung von Reisenden. Es muss festgehalten werden, dass es sich daher nicht um Krankenhäuser handelte, sondern mehr um Sozialasyle mit karitativem Charakter. Im Christentum versprach man sich aus der barmherzigen Tätigkeit in der Armen- und Krankenpflege das Seelenheil im Jenseits. Die Behandlung in den Klöstern war daher kostenlos. Lediglich Ärzte, die keine Mönche waren, hoben bei besser gestellten Patienten Honorare ein, während Mittellose ohne Gebühr (jedoch oft mit günstigeren Arzneien und Methoden) behandelt wurden. In vielen Klöstern gab es eigene Einrichtungen, die nur für die Kranken- und Altenpflege vorgesehen waren, so genannte *Infirmarien*. Im westlichen Teil des Römischen Reiches wurde die Krankenpflege durch den Benediktinerorden geprägt, der seine Mönche sogar zum Dienst an den Kranken verpflichtete. Die zunehmende Verstädterung im Mittelalter machte es den Orden jedoch immer schwerer, die Menge an Kranken zu bewältigen. Die ersten Städte begannen deshalb damit, eigene Hospitäler zu gründen. Vor allem die Folgen der Reformation und des 30-jährigen Krieges (16. und 17. Jh.) sowie später die Französische Revolution (1789–1799) trieben diese Entwicklung voran. Es mangelte zunehmend an Pflegekräften, und die Zahl der Verletzten und Kranken stieg an.¹⁹

17 vgl. Riedler (2013), S. 10–15

18 Gerabek (2007), S. 792.

19 Albert (1998), S. 60.

4. Die Neuzeit: vom Hospital zum Krankenhaus

Später führten die miserablen Lebensbedingungen im Zeitalter der Industrialisierung (19. Jh.) zu einem noch eklatanteren Mangel an Pflegekräften. Durch die zunehmende Armut, die schlechten Ernährungsverhältnisse, die unhygienischen Bedingungen in den explosionsartig wachsenden Städten und natürlich die ausbeuterischen Arbeitsbedingungen in den Fabriken kam es zu einer enormen Zunahme von Seuchen²⁰ und Krankheiten. Außerdem führte der Verlust traditioneller Familienstrukturen zur Verwahrlosung kranker und alter Menschen. Zusätzlich mussten aufgrund der zahlreichen Kriege des 19. Jahrhunderts viele verwundete Soldaten versorgt werden. Das Interesse an der Vorhaltung von ausreichend medizinischem und pflegerischem Personal wuchs daher auch in Friedenszeiten an.²¹ Es wurde versucht, dem Pflegekräftemangel durch das damals bereits gängige Lohnwartsystem zu begegnen. Lohnwarte waren Personen aus der ärmeren Gesellschaftsschicht, die gegen eine geringe Bezahlung als Wärter in den Krankenhäusern angestellt wurden. Allerdings verfügten diese Lohnwarte über keinerlei Ausbildung oder sonstige Qualifikationen, und es handelte sich bei ihrer Anstellung in den Krankenhäusern häufig selbst um eine Fürsorgemaßnahme.²² Das Lohnwartsystem und die Ordenskrankenpflege konnten den wachsenden quantitativen und auch den qualitativen Anforderungen in der Pflege bei weitem nicht mehr gerecht werden.²³

Die Medizin macht indes große Fortschritte, viele neue Entdeckungen verbesserten die Behandlungsergebnisse drastisch. Die während der Zeit der industriellen Revolution überfüllten Krankenhäuser stellten für Ärzte eine ideale Voraussetzung dar, um wissenschaftliche Reihenuntersuchungen und experimentelle Verfahren an Patienten durchzuführen und so zu einem größeren Wissen zu gelangen. Außerdem fand man hier ideale Ausbildungs-, Lehr- und Fortbildungsbedingungen vor. Ärzte, die zuvor hauptsächlich in privaten Häusern bei wohlhabenderen Personen vorsprachen, kamen zunehmend in die Spitäler, um dort Erfahrungen zu sammeln und neue Erkenntnisse zu gewinnen. So hat sich das medizinische Wissen dieser Zeit bald schon in den Spitälern konzentriert, das aufgrund der neuen therapeutischen Möglichkeiten häufig auch nur dort angewendet werden konnte.

20 Vergleiche auch Zimmer (1997), S. 5f. Seuchen Beispiel für die Stadt Halle a. d. Saale (Deutschland).

21 Bischoff-Wanner (2002), S. 15.

22 Gerabek et al. (2007), S. 794.

23 Bischoff-Wanner (2002), S. 15f.

Dies wiederum trieb auch Patienten aus besseren sozialen Schichten in die Krankenhäuser, um an den neuen Errungenschaften der Medizin teilhaben zu können. Da nun nicht nur noch unterprivilegierte Schichten im Spital behandelt wurden, änderte sich das Wesen des Spitals komplett. Plötzlich erhielten die Patienten nicht mehr vorrangig mildtätige Pflege und Unterkunft, sondern eine medizinische Behandlung auf hohem Niveau. Tägliche ärztliche Behandlung und Untersuchungen wurden zur Routine. Die Tätigkeit im Krankenhaus war für Ärzte folglich nicht mehr nur aus wissenschaftlicher Sicht interessant, sondern auch aus finanziellen Gründen. Aus Armenspitälern waren moderne Krankenhäuser geworden.²⁴ Die Trennung von Armenhaus und Krankenhaus wurde immer öfter vollzogen, auch wenn dies aufgrund des großen Armutproblems nicht immer möglich war. So gründete etwa Kaiser Joseph II. im Jahre 1784 das Wiener Allgemeine Krankenhaus, das aus einer Umgründung des „Großarmen- und Invalidenhauses“ entstand.²⁵ Dies markierte in Österreich auch den Beginn der beruflichen Pflege, da im AKH zu Beginn seines Bestehens bereits 140 Wärterinnen und Wärter in einem Dienstverhältnis beschäftigt wurden. Das Wartpersonal setzte sich bei Gründung des AKHs noch aus Männern und Frauen zusammen, die jeweils die Männer- bzw. Frauenabteilungen betreuten. Sukzessive wurden jedoch männliche Wärter auch in den Männerabteilungen durch Frauen ersetzt, was schließlich zu einer kompletten Verdrängung des männlichen Wartpersonals in die Psychiatrie und die Dermatologie zur Folge hatte. Der Wartdienst war ein Anlernberuf mit niedrigem Ansehen, schlechter Bezahlung und miserablen Arbeitsbedingungen. Der Aufgabenbereich des Wartpersonals beschränkte sich daher auch hauptsächlich auf Reinigungsarbeiten und die Verpflegung der Patienten. Aus fachlicher Sicht war jedoch die Betreuung durch Ordensschwestern nicht besser, da die Mutterhäuser die Prioritäten in der Ausbildung vielfach auf religiöse Aspekte legten. Dennoch zeichneten sich die geistlichen Schwestern durch ein höheres Maß an Fürsorglichkeit aus und schufen in ihren Spitälern eine entspanntere Atmosphäre.²⁶

Durch die zunehmende ärztliche Tätigkeit in den Spitälern, das sich verändernde Patientenklientel und den Fokus auf die medizinische Tätigkeit veränderte sich im 18. Jahrhundert auch das Verhältnis zwischen Ärzten und Pflegenden. Der Pflege wird die Rolle einer Grundversorgung der Patienten als Grundvoraussetzung für medizinisches Handeln zugeschrieben. Dadurch werden das niedrige Bildungsniveau und die fehlende Ausbildung der Pflegenden mehr und mehr als Mangel empfunden.²⁷ Auch führende Ärzte ihrer Zeit begannen daher, sich für eine geregelte Ausbildung für Pflegepersonen einzusetzen. So etwa Theodor Billroth (1829–1894), ein

24 Albert (1998), S. 63. und Seidler, Leven (2003), S. 167f.

25 vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund <http://www.akhwien.at/default.aspx?pid=88>

26 Fürstler (2011), S. 63 u. 166ff.

27 Gerabek (2007), S. 795.

Wiener Chirurg, der sich für den Bau des Wiener Rudolfinerhauses, eines Spitals mit eigener Schule für Pflegepersonal, stark machte.²⁸ Zusätzlich bereitete nach wie vor der Mangel an Pflegepersonen Probleme. Im 19. Jahrhundert existierten grundsätzlich vier Organisationsformen der Krankenpflege. Zum einen war das die katholische Ordenspflege, die Pflege aus dem Prinzip der christlichen Nächstenliebe heraus betrieb. Die Ausbildung erfolgte durch Lernen am praktischen Beispiel erfahrener Pflegerinnen. Die soziale Unterschicht (Witwen, arme Mädchen etc.) wurde wegen der schlechten Erfahrungen mit dem Wärterinnensystem nicht mehr als Pflegepersonal aufgenommen. Zum zweiten gründeten auch evangelische Diakonien Krankenpflegeverbände, die vom katholischen Vorbild geprägt waren. Krankheit wurde bei den Katholiken und den Protestanten nicht mehr nur als Strafe Gottes angesehen, sondern vor allem auch als Prüfung für die Gläubigen. Neben der Ordenspflege wurden auch weltliche Mutterhausverbände gegründet, die aber ebenfalls auf der religiösen Ideologie basierten, und in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstand auch die freiberufliche Krankenpflege aus der aufflammenden Frauenbewegung heraus. Denn Ausbildung, Arbeitsbedingungen und soziale Absicherung in den weltlichen Mutterhäusern waren schlecht. In diesem Jahrhundert wurde in Europa Pflegetätigkeit bereits vorwiegend von weltlichen Frauen verrichtet und galt zunehmend nicht mehr nur als christliche Liebestätigkeit, sondern mehr als bürgerliche Wohlfahrtspflege. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kam es in Österreich jedoch wieder zu einer vermehrten Übernahme der beruflichen Pflege durch Ordensschwestern, was das weltliche Pflegepersonal in Bedrängnis brachte. Dieser Gebietskampf wurde erst zu Gunsten der weltlichen Pflege entschieden, als es zur Einrichtung staatlicher Schulen für die Krankenpflege kam. Indes wurden in der Medizin des 19. Jahrhunderts bedeutende Entdeckungen gemacht, die es zuließen, vermehrt Eingriffe vorzunehmen. So ermöglichte der Einsatz von Betäubungsmitteln (Lachgas, Äther, Chloroform) erweiterte chirurgische Maßnahmen im Bauchraum. Die Diagnostik im Allgemeinen wurde verbessert und der Einsatz von Röntgentechnologie eröffnete völlig neue Einblicke. Diese Erweiterungen des medizinischen Handlungsspektrums führten in der Folge zu einer Ausdifferenzierung in Einzelfächer.²⁹

28 Fürstler (2013), S. 157.

29 Seidler, Leven (2003), S. 192–224.

Rollenbild der Frau und Pflegemangel

Während der französischen Revolution und der Industrialisierung stieg das Bürgertum zur ökonomischen Oberschicht auf. Schon seit dem 17./18. Jahrhundert wurde die nicht arbeitende Hausfrau als Ideal gesehen. In der Folge kam es in dieser Bevölkerungsgruppe zu einer geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung. Der Mann war der Starke, der Familienvorstand und Ernährer, der für die außerhäusliche Arbeit zuständig war. Seine Frau, die als schutzbedürftig, abhängig, selbstlos und gehorsam galt, war von der bezahlten Arbeitstätigkeit befreit. Ihre Aufgabe war häusliche Arbeit, die nicht entlohnt, sondern allein mit „Liebe“ zu vergüten war. Es wurde als das natürliche Wesen der Frau angesehen, Liebestätigkeiten zu erbringen. Aufgrund des Mangels an Pflegepersonal kam es zur Rekrutierung dieser verfügbaren und kostenlosen Arbeitskräfte, indem die zuvor als ekelhaft und für sozial höher stehende Personen unzumutbar gehaltene Aufgabe der Krankenpflege zum Liebesdienst *par excellence* hochstilisiert und quasi der Mutterrolle gleichgestellt wurde. Man war der Meinung, die natürlichen weiblichen Eigenschaften würden sich besonders für den Beruf der Krankenpflege eignen. So wurde die Krankenpflege zum unbezahlten Beruf.³⁰ Diese Entwicklung war vor allem in Deutschland prägend, in Österreich hingegen gab es bereits zu Beginn des wissenschaftlichen Aufschwungs der Medizin Bestrebungen, die Pflege hierarchisch unterzuordnen. Die bürgerliche Frau als Ideal brachte daher hierzulande keine großen Veränderungen im Verhältnis zwischen Krankenpflege und Ärzten mehr.³¹ Vermutlich konnten bürgerliche Frauen auch deshalb in Österreich kaum für die Krankenpflege gewonnen werden, weil die Ausbildung und Arbeitsbedingungen hier um einiges schlechter waren als in Deutschland oder England. Dennoch wurde in Österreich ebenso versucht, die idealisierten Wesenszüge der bürgerlichen Hausfrau, die auch in den Ordensschwwestern gesehen wurden, auf das Pflegepersonal zu übertragen. Die Pflegerin war die Mutter, der Arzt der Vater, der Patient das Kind und die Krankenpflege die Hausarbeit, die Aufgabe der Frau war.

Wissenschaft und Prinzip der Mütterlichkeit

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts gab es noch keine einheitlichen Regelungen zur Ausübung des Arztberufes. Den Ärzten standen vor allem am Land eine Vielzahl anderer Heilberufe, wie Bader, weise Frauen, Steinschneider oder Starstecher, gegenüber. Erst im 19. und 20. Jahrhundert entwickelte sich ein einheitlicher Ärztestand, der sich von den anderen, nichtakademischen Heilern abhob und so die

30 Bischoff-Wanner (2002), S. 16f.

31 Fürstler (2013), S. 159f.

dominante Rolle übernahm. Die zunehmend wissenschaftliche Orientierung der Ärzte verlangte jedoch nach Hilfsberufen, die die sehr technisch gewordene Medizin um den Aspekt der Nächstenliebe und der aufopfernden Fürsorge ergänzte.³² Männer wurden als eher kühl, rational und egoistisch eingestuft, was zwar perfekt für die Wissenschaft war, jedoch einer ganzheitlichen Widmung aller Bedürfnisse des Patienten im Wege stand (etwa Gefühlszustände, Ängste etc.). Ein Patient bedurfte schon aus damaliger Sicht nicht nur der Medizin, sondern auch der Pflege. Da die Frauen in der Krankenversorgung damals als Verkörperung der natürlichen Fürsorglichkeit und selbstlosen Aufopferung gesehen wurden, was vom Prinzip der Mütterlichkeit abgeleitet wurde, galten Sie als perfekte Ergänzung zu den Ärzten. Darüber hinaus waren sie durch ihre abhängige und untergeordnete Rolle im privaten Bereich auch in den Krankenhäusern eher dazu bereit, sich der Autorität der Ärzte zu beugen und deren Anordnungen zu befolgen. Dieselben Argumente wurden auch herangezogen, um Frauen vom Medizinstudium auszuschließen. In einer Stellungnahme einer medizinischen Fakultät zum Frauenstudium heißt es etwa: *„Das Weib hat andere natürliche Interessen; es strebt vor allem danach, Gehilfe des Mannes zu werden.“*³³ Die erste promovierte und auch praktisch tätige Ärztin im deutschsprachigen Raum war zwar bereits sehr früh die von ihrem Vater ausgebildete Dorothea Erxleben (1715–1762) in Halle (Deutschland), sie gilt aber als privilegierter Einzelfall. Im ausgehenden 19. Jahrhundert öffnete sich jedoch langsam der Zugang zu den medizinischen Universitäten auch für Frauen (z.B. 1863 in Zürich, in Wien erst ab 1900).³⁴

5. Das 20. Jahrhundert

Bei der Eröffnung des Welser Krankenhauses im Jahre 1903 war Dr. Oskar Spechtenhauser der einzige Arzt. Seine Primararztstellung wurde in den folgenden paar Jahren vorerst lediglich durch 4 Sekundararztstellen ergänzt. 1913 betrug die Ärztezahl insgesamt zehn Personen. Im Vergleich dazu umfasste das Spital 1904 bereits 37 Ordensschwestern und zwölf Kandidatinnen, die jedoch mit heutigen Zahlen nicht vergleichbar sind, da aufgrund der beinahe unbegrenzten Arbeitszeit eine Ordensschwester mindestens zwei weltliche Krankenschwestern ersetzte.

32 Bischoff-Wanner (2002), S. 19f.

33 Seidler, Leven (2003), S. 223f.

34 Ehrlich (2007), S. 244.

Bis 1914 wuchs die Zahl auf 59 Schwestern und acht Kandidatinnen an.³⁵ Es kann daher festgehalten werden, dass zu Anfang des 20. Jahrhunderts im Welser Krankenhaus auf einen Arzt weit über 20 (weltliche) Krankenschwestern kamen, während heute auf einen Arzt in einer österreichischen Krankenanstalt durchschnittlich lediglich 3,7 nichtärztliche Gesundheitsberufe kommen (Stand 2012).³⁶ Dies zeigt eine Tendenz, die aufgrund der fortschreitenden Entwicklung der Medizin, aber auch den berufsrechtlichen Fortschritten in der Pflege (Arbeitszeiten), zeitlich früher oder später, für viele Krankenanstalten gezeigt werden könnte und eine wichtige Entwicklung hin zum modernen Spital markiert. Bis zum Ausbruch des 1. Weltkrieges war die Medizin weiterhin von einem enormen Wissensanstieg geprägt, und auch andere Disziplinen der Naturwissenschaften kamen in dieser Zeit zu wesentlichen Erkenntnissen. Die Medizin verwob sich zudem immer mehr mit zum Beispiel der Physik, der Chemie und der Biologie und kam zu fachübergreifenden Ergebnissen. Vor allem der Sozialdarwinismus, zusammen mit der Vererbungslehre, gewann zunehmend auch an politischer Bedeutung und war die Basis, auf der die spätere Rassenhygiene des Nationalsozialismus gründete.³⁷

Im Jahre 1904 kam es zur Gründung des privaten Pflegerinneninstituts am Wiener Allgemeinen Krankenhaus, das 1913 in eine öffentliche Krankenpflegeschule umgewandelt wurde. 1914 legte die Verordnung des Ministers des Innern verbindliche Ausbildungskriterien für die berufsmäßige Krankenpflege fest. Hier war jedoch lediglich die „Allgemeine Krankenpflege“ erfasst, nicht jedoch die Betreuung in psychiatrischen Anstalten und die Kinderkranken- und Säuglingspflege (diese entstand erst 1938–1945). Für die Pflege in Anstalten für psychisch Kranke wurden hausinterne Kurse abgehalten, die während der Zeit des Nationalsozialismus ausgesetzt wurden und erst im Jahre 1961 durch sogenannte „Ausbildungsstätten für psychiatrische Krankenpflege“ ersetzt wurden.³⁸

Nach dem Ersten Weltkrieg kehrten viele unausgebildete Kriegskrankenschwestern zurück, die aufgrund der schwierigen Wirtschaftssituation kaum Chancen auf eine Anstellung hatten. Unter der Politik des katholischen Ständestaates der Zwischenkriegszeit gab es in Österreich lediglich acht Krankenpflegeschulen (Stand 1930), die später zusätzlich von Schließungen betroffen waren. Um eine Ausbildung in einer der Schulen oder eine Anstellung in einem Krankenhaus überhaupt erhoffen zu dürfen, war die Mitgliedschaft in der „Vaterländischen Front“, einer Einheitspartei, die die früheren Parteien abgelöst hatte, Pflicht. Die Berufsverbände der Pflege waren in viele kleine Organisationen zergliedert, was dem Fortkommen des Berufsstandes zusätzlich hinderlich war. 1933/34 erreichte die Arbeitslo-

35 Holter (2013), S. 19ff u. S. 68.

36 Statistik Austria: Personalstand in den Krankenanstalten Österreichs seit 1980.

37 Seidler, Leven (2003), S. 232f.

38 Fürstler (2013), S. 162ff.

sigkeit in der Pflege ihren Gipfel, was auch die Streichung des Taschengeldes zur Folge hatte. Im Jahre 1938 schlitterte Österreich direkt vom Austrofaschismus in die Diktatur des Nationalsozialismus hinein. Unmittelbar nach dem Anschluss an Deutschland am 12. März 1938 musste das Pflegepersonal den Eid auf Hitler ablegen. Jüdische und nicht parteitreue Personen an den Schulen und im Pflegeberuf wurden teilweise über Nacht ausgetauscht. Künftig gab es nur noch fünf regimekonforme Schwesternverbände, die in der „Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege“ zusammengefasst waren. Aufgrund des Krankenpflegerinnenmangels und in Hinblick auf den bevorstehenden Krieg wurde die Neugründung von Krankenpflegeschulen forciert und die Ausbildungszeit verkürzt. Viele dieser Schulen haben bis heute Bestand. In den Spitälern verstärkte sich die ohnehin sehr hierarchische Struktur während der Nazizeit weiter, das Pflegepersonal erledigte alle Vor-, Hilfs- und Nacharbeiten für die Ärzte in aller Regel widerspruchslos.³⁹ Während des Nationalsozialismus änderte sich auch die Medizinethik. Das Wohl des Individuums wurde dem Wohl des „Volkkörpers“ untergeordnet. Folglich wurde auch dieser behandelt, ungesunde Subjekte wurden aus dem Volkskörper quasi herausgeschnitten. Im Rahmen dieser von Rassismus und Eugenik geprägten Ideologie wurden als nicht Deutsche klassifizierte Menschen, chronisch Kranke, Alte und Behinderte medizinisch nicht oder unzureichend behandelt – oder sogar aktiv getötet. Ärzte waren hier einerseits ein Instrument der NS-Maschinerie, die Tötungen anordnete, andererseits aber auch Wegbereiter der Ideologie selbst. Zum Beispiel der deutsche Psychiater Alfred Hoche, der zusammen mit dem Strafrechtler Karl Binding 1920 die Broschüre *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form* veröffentlichte und darin die Tötung von sogenannten „Ballastexistenzen“, unter Vorgabe überwiegend ökonomischer Gründe, propagierte. Das Pflegepersonal handelte bei den Tötungsaktionen zwar unter Anordnung, führte diese jedoch meist unverzüglich und widerstandslos durch und agierte in Einzelfällen (bzw. in einzelnen Einrichtungen auch im Regelfall) sogar eigenverantwortlich.⁴⁰ Wie auch andere Berufe, sind Medizin und Pflege daher ein Beispiel dafür, wozu Menschen fähig sind, wenn ihre Taten moralisch und oder juristisch gerechtfertigt erscheinen. Widerstand gab es in beiden Berufsgruppen wenig, die handelnden Personen hatten die Ideologie der Zeit häufig völlig verinnerlicht.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts kam es zu einer Internationalisierung der Forschung, da vor allem die Vereinigten Staaten, die über viel höhere finanzielle Mittel verfügten, dem westlichen Europa weit voraus waren. Man sah sich also nicht nur einem immensen Aufholbedarf gegenüber, sondern musste auch eigenständig aktiv werden, um der immer schnelleren und dichteren Forschung

39 Fürstler (2013), S. 181ff.

40 Bruchhausen, Schott (2008), S. 131f.

gerecht werden zu können. Des Weiteren kam es durch die Generierung einer Unmenge neuen Wissens aber auch zu einer weiteren Zergliederung der Medizin in Spezialisierungen und Subspezialisierungen, woraus sich das neue Problem einer notwendigen Integration des Wissens der Einzeldisziplinen ergab. In den 70er Jahren kam es zu großen Fortschritten auf dem Gebiet der Molekularbiologie, die der Gentechnik neue Möglichkeiten eröffnete, jedoch auch ethische und rechtliche Diskussionen über mögliche Konsequenzen entfachte. Überdies war in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts ein immer größer werdender Anteil der sogenannten „Appartemedizin“ zu verzeichnen, die zwar ebenfalls zu einer Ausweitung der medizinischen Möglichkeiten führte, jedoch bis heute mit hohen Kosten und ethisch-moralischen Grenzsituationen verbunden ist. Weiters als große Fortschritte der Medizin zu nennen sind etwa die Einführung der Intensivmedizin, die Weiterentwicklungen im Bereich der bildgebenden Diagnostik, der Transplantationsmedizin, der Reproduktionsmedizin und dem Feld der Arzneien. In der Folge kam es zu einem erheblichen Anstieg der Lebenserwartung und einer rapiden Abnahme der Kinder- und Säuglingssterblichkeit.⁴¹

In den Jahren nach 1945 fand auch der Pflegeberuf nur sehr langsam Anschluss an internationale Entwicklungen. Vor allem die schon vor dem Krieg zersplitterte Situation der Berufsverbände war der Grund für Uneinigkeiten innerhalb des Pflegeberufes. Meist war auch die Personalsituation in den Spitälern angespannt. Die Schwesternorden hatten zunehmend mit Nachwuchsproblemen zu kämpfen und zogen ihre Pflegerinnen mehr und mehr aus den Krankenhäusern zurück. Die betroffenen Einrichtungen reagierten teilweise mit eigenen Schulgründungen, um den Mangel an Pflegepersonal im Haus zu kompensieren. Bis in die 1990er Jahre war der Pflegeberuf in Österreich ein ausschließlich medizinisch orientierter Hilfsberuf, dann stieg das Interesse des Pflegepersonals, bei der Entwicklung ihres Berufes beizutragen, immer weiter an. Im Jahre 1997 trat schließlich das neue Gesundheits- und Krankenpflegegesetz in Kraft, das neben einer eigenen Dokumentationspflicht für das Pflegepersonal auch eine eigenverantwortliche Pflegediagnostik und die Planung und Organisation aller pflegerischen Maßnahmen regelte. Zu Beginn der 2000er Jahre wurde die berufliche Pflege mit der Einrichtung des Diplomstudiums Pflegewissenschaften auf ein akademisches Niveau gehoben.⁴²

41 Seidler, Leven (2003), S. 258ff.

42 Fürstler (2011), S. 67f.

6. Medizin und Pflege heute

Pflegekräfte sind heute keine ungebildeten Hilfskräfte mehr, sondern im Gegenteil hoch qualifiziertes Personal. Die Zusammenarbeit mit Medizinern ist zwar immer noch eng und es werden natürlich noch Anordnungen von Ärzten ausgeführt, jedoch fungiert die Pflege längst nicht mehr als gefügiger oder höriger rechter Arm der Ärzteschaft, sondern übernimmt auch eigenständige Aufgabenbereiche und ist heute von Tätigkeiten, wie etwa der Reinigung der Räumlichkeiten, befreit. Dennoch haben wir noch nicht das Ideal der Aufgabenverteilung, der Zusammenarbeit und der beruflichen Rechte erreicht. Nach wie vor sehen sich sowohl Ärzte als auch die Krankenpflege mit Überlastungen in ihrer täglichen Arbeit konfrontiert. Personalmangel und ökonomische Engpässe führen zu langen Arbeitszeiten, einer enormen Arbeitsdichte, einer notwendigen Übernahme von berufsfremden Aufgaben, überbordenden Dokumentationspflichten und seit den letzten Jahrzehnten auch zu einem belastenden juristischen Druck. Die Folgen sind Überarbeitung, Burn-out und vor allem in der Pflege oft ein verfrühtes Ausscheiden aus dem Beruf. All dies resultiert in der Konsequenz auch zu einer nicht idealen Situation für die Patienten, denen häufig nicht ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt werden kann. Natürlich wird unter schlechteren Arbeitsbedingungen auch die Möglichkeit für Fehler größer, die ernste Konsequenzen haben können. Es ist daher aus meiner Sicht mit Spannung abzuwarten, von welchen moralischen Grundsätzen und wirtschaftlichen Entscheidungen die Entwicklung der Versorgung in unseren Spitälern, sowohl durch die Pflege als auch durch die Medizin, in Zukunft vorangetrieben wird. Man darf hoffen, dass dabei menschlichen Gesichtspunkten ein größeres Gewicht beigemessen werden wird als ökonomischen Aspekten und sich die Krankenhäuser so, für Personal und Patienten, in eine positive Richtung entwickeln können.

7. Literaturverzeichnis

- Albert, M. (1998). *Krankenpflege auf dem Weg zur Professionalisierung (Dissertation)*. Bühl/Baden.
- Bischoff-Wanner, C. (2002). Berufskonstruktion der Krankenpflege im 19. Jahrhundert. IN Stöcker G., *Bildung und Pflege: Eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung*. Hannover.
- Bruchhausen, W., Schott, H. (2008). *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. Göttingen.
- Ehrlich, A. (2007). *Ärzte, Bader, Scharlatane: Die Geschichte der Heilkunst in Österreich*. Wien.
- Fürstler, G. (2013). Zur Geschichte der beruflichen Gesundheits- und Krankenpflege. IN Kemetmüller, E., Fürstler, G., *Berufsethik, Berufsgeschichte und Berufskunde für Pflegeberufe*. Wien.
- Fürstler, G. (2011). Geschichte der Pflege. IN Kemetmüller, E., Fürstler, G., Resetarics, P., *Berufsethik und Berufskunde für PflegehelferInnen und Angehörige von Sozialbetreuungsberufen*. Wien.
- Gerabek, W. E., Haage, B. D., Keil, G., & Wegner, W. (Hrsg.). (2007). *Enzyklopädie Medizingeschichte*. Berlin.
- Holter, U. (2013). *Geschichte des Welser Krankenhauses: Vom Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Kreuz zum Klinikum Wels-Grieskirchen*. Wels.
- Otten, H. (2012). *Professionelle Beziehungen - Theorie und Praxis der Balint-Gruppenarbeit*. Berlin.
- Riedler, K. (2013). Historische Betrachtung der Arzt-Patienten-Beziehung mit Blick auf die Aufklärung. *Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP)*(Ausgabe 04/2013), S. 9-25.
- Seidler, E., Leven, K. (2003). *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege*. Stuttgart.
- Statistik Austria. (2013). *Personalstand in den Krankenanstalten Österreichs seit 1980*.
- Zimmer, R. (1997). Der Wandel des Arztberufs im Zuge der Industrialisierung im 19. Jahrhundert am Beispiel der Stadt Halle a. d. Saale. *Der Hallesche Graureiher 97-4*. Abgerufen am 6. Mai 2014 von <http://www.soziologie.uni-halle.de/publikationen/pdf/9704.pdf>