

Martin Schmeiser

## **Disposition und Position: Motivlagen der Berufseinmündung von Krankenschwestern und ihr Wandel (1890-1990)**

### **Abstract**

Für die nicht konfessionell gebundenen, bürgerlichen Krankenschwestern werden für den Zeitraum 1890-1990 auf der Grundlage historischer und statistischer Daten die sich wandelnden Motivlagen der Berufsfindung herausgearbeitet: War zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch der Elternverlust das dominante Merkmal der kollektiven Biographie der Krankenschwestern, so ist für die Zeit nach dem II. Weltkrieg ein langsamer Wandel der Motivlagen der Berufsfindung kennzeichnend. Nach der Konfrontation mit Krankheit und Tod wurde schließlich die "Berufsvererbung" tragendes Element der Berufseinmündung der Krankenschwestern.

### **1 Einleitende Bemerkungen**

Berufsgruppen lassen sich nicht nur daraufhin betrachten, wie die Ausbildung den beruflichen Habitus ihrer Mitglieder prägt oder eine *déformation professionnelle* den nichtberuflichen Alltag der Betroffenen überformt (2.). Geht man für den Prozeß der Berufsfindung von einem Ineinandergreifen von mitgebrachter Disposition und zu ergreifender Position aus (3.), dann wird von Interesse, sich auf die Biographie vor der Berufsbiographie zu konzentrieren, und den Versuch zu unternehmen, eine Berufsgruppe von den mentalen Antriebsstrukturen her zu charakterisieren, die die Berufsfindung ihrer Träger steuerte. Für die zwischen 1880-1890 geborenen bürgerlichen Krankenschwestern war der in Kindheit und früher Jugend erlittene Elternverlust eine mit materiellen Restriktionen konfundierte Motivlage der Berufseinmündung (4.). Mit der Erweiterung der Berufsmöglichkeiten für Frauen in der Weimarer Republik und der sozialen Oeffnung des Pflegeberufs im Nationalsozialismus (5.) waren dann die Grundlagen für die Herausbildung einer genuinen mentalen Rekrutierungstypik im Pflegeberuf geschaffen. Nach 1950 löste zunächst die existentielle Krankheitserfahrung die Frühverwaisung als ein dominantes Element der Berufseinmündung ab (6.). In den 1980er Jahren gewann zuerst die "Berufsvererbung" als neue Form der

Berufsfindung an Bedeutung (7.). Ob sich unter dem Druck der Adaptation an den medizinischen Fortschritt die geschlossene soziale Welt des Pflegeberufs in den 1990er Jahren auflöste, ist eine offene Frage, da es an entsprechenden Untersuchungen fehlt (8.).

## **2 Forschungsstand**

Erinnert man sich daran, dass Robert K. Merton als Berater der Schwesternverbände tätig war, oder die "American Nurses' Association" in den 1950er Jahren Everett C. Hughes 400.000 Dollar für Auftragsforschung zur Verfügung stellte, dann wird deutlich, daß der Pflegeberuf in den Vereinigten Staaten schon früh ein für Soziologen relevanter Untersuchungsgegenstand war (Hughes/Deutscher/McGill Hughes 1958; Rohde 1959). In einem solchen Ausmaß ist der Pflegeberuf in Deutschland kein selbstverständlicher Bezugspunkt soziologischer Forschung gewesen. Idealtypisch vereinfacht lassen sich vier Entwicklungsphasen der sozialwissenschaftlichen Beschäftigung mit der Krankenpflege unterscheiden:

In den 1960er Jahren war man zunächst unter dem Einfluss des Strukturfunktionalismus um eine rollentheoretische Erfassung der Strukturprobleme des Pflegeberufs bemüht (so etwa Schelsky 1958; Rohde 1962; Pflanz 1972). Ausgangspunkt dieser Arbeiten bildete Talcott Parsons Abhandlung über Struktur und Funktion der Medizin in "The Social System" (1951).

Diese vornehmlich theoretische Beschäftigung mit krankenpflegerischem Handeln ging in den 1970er Jahren zurück. Nun standen Studien über den Prozeß der beruflichen Sozialisation im Vordergrund, wie sie für die Chicago-Schule der Berufssoziologie charakteristisch gewesen waren (Hagemann 1968; Sandrock 1968; Pinding/Thomae/Kirchlechner 1972; Crusius/Einsle/Wilke 1974; Burger/Seidenspinner 1979; Marel 1981; Hampel 1983).

Waren die 1970er Jahre durchgehend von Fragebogenerhebungen über die Ausbildung von Krankenpflegeschülerinnen, ihre Berufssituation und ihren Berufsweg bestimmt, so ist für die 1980er Jahre kein einheitlicher Forschungsbezug charakteristisch. An ihrem Beginn standen zwar soziologische Analysen zur Fluktuation und zur problematisch werdenden Berufsverweildauer im Pflegeberuf (Volkholz 1973; Albrecht/Buechner/Engelke 1982; Liefmann-Keil 1976), sowie Untersuchungen zum Schwesternberuf als einem Frauenberuf (Bischoff 1984; Ostner/Beck-Gernsheim 1979; Ostner/Krutwa-Schott 1981), doch war die Forschungslandschaft dieser Jahre dadurch geprägt, daß überwiegend Psychologen über den Pflegeberuf arbeiteten. Das gilt für den zuerst von Soziologen erforschten Problemkreis des Umgangs mit unheilbar Kranken und Sterbenden im Berufsalltag (Glaser/Strauss 1974; Lau 1975), der in der Folgezeit von Psychiatern bearbeitet wurde (Bönisch/

Meyer 1975; Klockenbusch 1986; Köhle/Simons/Kubanek 1986; Söllner/Wesiack 1993) sowie für die Entdeckung des "Ausbrennens" im Pflegebereich. Dabei entstand eine große Zahl psychologischer Untersuchungen von berufstypischen Belastungen psychosozialer Berufsgruppen (Burisch 1987; Bardé 1987; Kathan 1991; Kink 1992). Auf dem Feld der Burnout- und Streßforschung zählen die Krankenschwestern mit den Lehrern zu den am häufigsten untersuchten Berufen - die Burnout-Bibliographie von Kleiber/Enzmann (1990) nennt allein 190 Titel über die Krankenschwestern. Parallel zur Entdeckung des "Ausbrennens" durch die Psychologen begannen die deutschen Soziologen eine theoretische Diskussion über "Gefühlsarbeit" (Gerhards 1988; Badura 1990). Auch hier gingen die Anregungen dazu von der amerikanischen Soziologie aus (Strauss u.a. 1980; Hochschild 1990).

Die Forschung zu Beginn der 1990er Jahre steht unter dem Eindruck der sich abzeichnenden Lücke zwischen Pflegebedarf und Pflegebereitschaft. Im Zentrum stehen nun die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Dabei dominieren Analysen zur Berufszufriedenheit, dem Belastungserleben, zur Fluktuationsneigung sowie Untersuchungen zu den Auswirkungen der Schichtarbeit auf die außerberufliche Situation der Schwestern (Stössel 1991; Abraham 1991; Roettger 1993; Meggender 1992; Bartholomeyczik 1988; Schmidt/Beermann 1990; Bauer 1994; Büssing 1992; Hoff/Hörrmann-Lecher 1992; Garhammer 1992; Psychologische Forschungsgruppe Schönhals 1987). Der Blickwinkel hat sich verschoben. Überlegungen dazu, angesichts des Personalmangels die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern stehen nun an erster Stelle. Von Interesse sind die motivationalen Bedingungen der hohen Abbrecherquote in der Ausbildungsphase, der fehlenden Berufszufriedenheit und der geringen Berufsverweildauer, weniger jedoch die Motivstrukturen, die die Berufsfindung der Krankenschwestern lenken. Wo solche thematisch werden, scheinen sie eher als defizitär ausgewiesen, wie neuere Buchtitel - etwa "Zwei kranke Schwestern" von Zollinger/Lienert (1987) oder "Mein sozialer Tic ist geheilt" von Kathan (1991) - dies zum Ausdruck bringen.

Lediglich die aus den 70er und 80er Jahren stammenden Ausbildungsuntersuchungen thematisieren die mentale Rekrutierungstypik des Pflegeberufs. Da ihr Schwerpunkt im Erfassen der Prozesse beruflicher Sozialisation liegt, stehen lediglich allgemeine Daten zur Sozialstruktur der Schülerinnen und wenige globale Daten über die Berufswahl und Berufsmotivation zur Verfügung. Von einer eingehenden Erfassung der Motivstrukturen der Berufswahl sehen diese Studien ab. Die Beantwortung dieser Fragen wird als "ausserordentlich schwierig" angesehen (Pinding/Thomae/Kirchlechner 1972, 43). Zusammen mit historischen Daten läßt sich jedoch aus diesen Untersuchungen zumindest insoweit ein verlässliches Bild über die mentale Rekrutierungstypik des Schwesternberufs gewinnen, als es möglich ist, die grundlegenden Konturen des Wandels der motivationalen Strukturen der Berufseinmündung nachzuzeichnen. Bevor jedoch dieser Prozeß in seinen Etappen dargestellt wird, ist

zunächst der theoretische Rahmen zu skizzieren, der mit dieser Forschungsperspektive verbunden ist.

### **3 Disposition und Position: Georg Simmel und die Vergesellschaftung der Individualität im Beruf**

Ob wir in materiell gedrückter Lage aufwachsen oder in eine vermögende Familie hineingeboren werden, in einem gebildeten, bildungsbeflissenen oder in einem auf Schulbildung wenig Wert legenden Milieu heranwachsen, uns im Kreis der Mitwelt als groß oder klein, athletisch oder untersetzt erfahren - diese äußeren Zufälle der Geburt sind ebenso bedeutsam für unsere Entwicklung und späteres Leben, wie jene inneren Grundtatsachen des Heranwachsens, zu denen gehören: ob wir unehelich geboren werden, einen Elternteil durch Krankheit während unserer Kindheit und frühen Jugend verlieren oder in einer vollständigen Familie heranwachsen. So arbeiten etwa Pierre Bourdieu und andere Autoren mit dem Konzept, das einem bestimmten sozialen Erbe ein Bündel gleich wahrscheinlicher und in gleichrangige Positionen führender Lebensläufe entspricht (Bourdieu 1974, 180f.; Bertaux/Bertaux-Wiame 1991; Schmeiser 1994, 71-316; Schmeiser 1996), und die Einflüsse von Familienkonstellationen auf den späteren Lebensverlauf wurden von Toman/Preiser (1973) und Grundmann (1992) untersucht.

Wenn sich Soziologen mit Berufsgruppen beschäftigen, dann beschreiben sie in der Regel, wie die Anwärter auf die Berufsmitgliedschaft ausgewählt werden oder ihnen der Zugang zu dem Beruf verwehrt wird. Sie analysieren die Prozeduren der beruflichen Sozialisation, die einen gravierenden Wandel der Ansichten und Auffassungen der Anwärter auf die Mitgliedschaft zur Folge haben, und sie untersuchen schließlich, wie jene, die die Mitgliedschaft erworben haben, den Einflüssen des Berufsalltags ausgesetzt sind, der eine mehr oder minder frappante Gleichförmigkeit der Orientierung und des Gebarens schafft. Berufe erscheinen in dieser Perspektive als Institutionen, die Personen auswählen, formen und prägen.

Wie das Aufwachsen in den genannten Herkunfts- und Familienkonstellationen zur Herausbildung von Einstellungen und Handlungsorientierungen führt und die im Erfahrungsraum der primären Sozialisation erworbenen Attitüden und Dispositionen Berufswahl und Berufseinmündung steuern und kanalisieren, wurde dagegen seltener untersucht. Zwar gingen in Berufsgruppenuntersuchungen oft Herkunftsstudien ein, doch beschränken sich diese in der Regel auf eine deskriptive Auflistung der Anteile, mit denen Nachkommen aus Arbeiter-, Angestellten-, Beamten- und Akademikerfamilien in den betreffenden Berufen vertreten sind.

Wenn sich berufssoziologische Studien nicht nur auf die Phasen der sekundären Sozialisation und der Berufsausübung beschränken, sondern die Biographie vor der

Berufsbiographie mit einbeziehen wollen, dann ist zu zeigen, daß die Möglichkeit von Gesellschaft an ein Passungsverhältnis von Neigung und Eignung, individueller Disposition und objektiver Position gebunden bleibt. Es ist Georg Simmel, der mit großem Nachdruck auf diese Funktion des Berufs als Schnittpunkt des Einzelnen und der Gesellschaft hingewiesen hat. Für ihn ist die "eigenartige Struktur" des Berufsbegriffs von zentraler Bedeutung, nämlich, "daß einerseits die Gesellschaft eine 'Stelle' in sich erzeugt und bietet, die zwar nach Inhalt und Umriß von andern unterschieden ist, aber doch prinzipiell von vielen ausgefüllt werden kann (...); und daß nun diese, trotz ihres Allgemeinheitscharakters, von dem Individuum auf Grund eines 'Rufes', einer als ganz persönlich empfundenen Qualifikation ergriffen wird. Damit es überhaupt einen 'Beruf' gäbe, muß jene, wie auch immer entstandene Harmonie zwischen dem Bau und Lebensprozeß der Gesellschaft auf der einen Seite, den individuellen Beschaffenheiten und Impulsen auf der andern, vorhanden sein. Auf ihr als allgemeiner Voraussetzung ruht schließlich die Vorstellung, daß für jede Persönlichkeit eine Position und Leistung innerhalb der Gesellschaft bestehe, zu der sie 'berufen' ist, und der Imperativ, so lange zu suchen, bis man sie findet" (Simmel 1908, 292).

Simmel geht für das Grundproblem, wie einzelne zu einem Beruf kommen, davon aus, daß die Berufsfindung auf elementaren Prozessen der Selbstausswahl und Selbstzuordnung beruht. Lange bevor die Agenten und Agenturen einer beruflichen Ordnung Türhüterfunktionen wahrnehmen und der berufliche Alltag einen homogenisierenden Einfluss auf seine Mitglieder ausübt, hat bereits vor dem Berufseintritt auf dem Wege der Selbstrekrutierung eine Homogenisierung der Eigenschaften stattgefunden. Für Berufsgruppen ist demnach von einem Ineinandergreifen von subjektiver Disposition und objektiver Position auszugehen, was nichts anderes bedeutet, als daß sich bestimmte Zufälle der Geburt und des Heranwachsens berufsgruppenspezifisch verteilen. Es müßten sich demnach Mentalitäten, die bereits vor dem Berufseintritt erworben wurden, in einzelnen Berufsgruppen verallgemeinern und zu einer berufsgruppentypischen Biographie aufsummieren und vereinigen.

#### **4 Frühzeitiger Elternverlust als dominante Struktur der Berufseinmündung in den Schwesternberuf am Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts**

Auch kritische Lebensereignisse stellen ein Element der mentalen Rekrutierungstypik von Berufen dar. Humanwissenschaftler haben immer wieder behauptet und nachzuweisen versucht, daß Elternverluste in Kindheit und früher Jugend von Bedeutung für das äußere und innere Lebensschicksal der Betroffenen sind. Dabei betrachtete man zunächst Elternverluste als Entwicklungsstörungen des sozialen Verhaltens und konnte bei Straftätern mit ausgeprägt antisozialer Tendenz nachwei-

sen, daß bei ihnen Elternverluste häufiger auftreten als in der Durchschnittsbevölkerung (etwa Tönnies 1930).

Früh erlittene Elternverluste wurden jedoch nicht nur mit antisozialen Verhaltens-tendenzen sondern auch mit prosozialem Verhalten in Verbindung gebracht. Insbesondere Psychiater und Tiefenpsychologen waren darum bemüht, zu zeigen, daß Elternverluste zu herausragenden Leistungen in Kunst, Wissenschaft und Politik führen können (dazu das *Who's Who* von 700 eminenten elternlosen Persönlichkeiten in: Eisenstadt u.a. 1989). In einer Untersuchung deutscher Universitätsprofessoren, die Werdegänge von 50 Juristen und Medizinern der Geburtsjahrgänge 1850-1900 analysierte, betrug der Anteil der Professoren mit Elternverlust knapp 40 Prozent. Im Vergleich mit ihren Berufskollegen ragen sie als eine charismatische Teilgruppe mit außeralltäglichem Leistungsvermögen und hohem Berufserfolg heraus (Schmeiser 1996, 164f.). Sofern sie Mediziner waren, ergibt die nähere Betrachtung ihrer Lebensgeschichte, daß der Elternverlust die Berufsfindung und spätere Spezialisierung in ausgeprägtem Maße bestimmte.

Zwei charakteristische Beispiele seien hier kurz geschildert: Bei einem der untersuchten Professoren handelt es sich um den bekannten, 1875 geborenen Ferdinand Sauerbruch. Er verlor im Alter von zwei Jahren seinen Vater Ferdinand S. an Lungentuberkulose. Weniger bekannt dürfte sein, daß der später als Lungenchirurg in Zürich, München und Berlin sehr erfolgreich tätige und unter den Kollegen als "Star mit Primadonna-Allüren" geltende Sauerbruch noch das Curriculum Vitae seiner Dissertation als Ernst Ferdinand S. zeichnete - den zweiten Geburtsnamen Ferdinand, der zugleich der Rufname des an "galoppierender Schwindsucht" verstorbenen Vaters war, machte er demnach erst im Laufe der Adoleszenz zu seinem Rufnamen. Hier verweist die Vornamenswahl auf eine tiefgehende Identifikation mit dem Vater, die in dem späteren Versuch, die "Lungentuberkulose (...) aktiv chirurgisch anzugehen" ihre Fortsetzung und in der Entwicklung der Unterdruckkammer für die Thorax-Chirurgie ihren Höhepunkt fand (Sauerbruch 1960). Auch im zweiten Fall gestaltet sich der Elternverlust zu einer übermächtigen Sinn- und Motivstruktur des beruflichen Werdens aus: Walter Stoeckel wurde 1871 als Sohn eines Gutsverwalters in Ostpreussen geboren, und war später als Ordinarius der Gynäkologie in Marburg, Kiel, Leipzig und Berlin tätig. Die Mutter starb zweieinhalb Wochen nach seiner Geburt im Kindbett. Über die Spezialisierung im Verlauf des Studiums berichtet er, daß er bei der Teilnahme an einem Praktikum in der Universitätsfrauenklinik zum erstenmal eine Geburt erlebte, und das diese ein Erlebnis war, daß ihn "beinahe um(warf)". Von da an faßte S. ins Auge, "Geburtshelfer" zu werden (Stoeckel 1966, 17). Die Schilderung läßt erkennen, daß sich das Passungsverhältnis von Disposition und Position nicht nach dem Schema eines bewußten Planes oder als eine unausweichliche Entwicklung realisiert. Vermittelt über eine tiefgehende affektive Ergriffenheit kann die Berufsfindung gerade nicht in der Begrifflichkeit einer rationalen Entscheidung begründet werden.

Eine weitere Gruppe, deren Biographie durch Verwaisung bestimmt wird, stellen die Krankenschwestern dar. Eine entsprechende Untersuchung wurde 1912 von der "Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands" durchgeführt. Diese Organisation war ein Zusammenschluß von bürgerlichen, nicht konfessionell gebundenen Krankenschwestern, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts etwa 40 Prozent des überwiegend weiblichen Pflegepersonals stellten (Daten nach Caemmerer 1915, 20f.). Anstoß für diese Erhebung gab die in der Öffentlichkeit der damaligen Zeit geäußerte Vermutung, daß man die Lebensläufe der bürgerlichen Schwestern als eine "lange Reihe menschlicher Tragödien" (Arendt 1909, 7) darstellen könne. Die genannte Untersuchung wertet Angaben von 3000 Schwestern aus und erfaßt damit 90 Prozent der in der Berufsorganisation organisierten Schwestern. Die statistische Aufstellung differenziert die Angaben über die Verwaisungshäufigkeiten lediglich nach dem Lebensjahr des Eintritts in den Pflegeberuf. Der von den Schwestern auszufüllende Bogen erhob diese Daten mittels der Fragen: "a) Wie alt waren Sie beim Eintritt in die Krankenpflege? b) Lebten beim Eintritt in die Krankenpflege ihr Vater? Ihre Mutter?" (Karl 1914, 20).

**Tab. 1: Elternverluste bei Krankenschwestern der Geburtsjahrgänge 1880-1890: Die Verwaisungsquote nach dem Eintrittsalter in den Pflegeberuf**

Eintrittsalter	Gesamtzahl	paternal und/oder maternal verwaist:	
		absolut	in Prozent
bis 20. Lj.	813	429	53%
vom 21. bis 25. Lj.	1140	614	54%
vom 26. bis 30. Lj.	719	438	61%
vom 31. bis 35. Lj.	243	178	73%
ab 36. Lj.	85	79	93%

Aus der Übersicht geht hervor, daß mehr als die Hälfte der Krankenschwestern Vater oder Mutter vor dem 20. Lebensjahr verloren hatten. Zur damaligen Zeit lag die Wahrscheinlichkeit, bis zum 20. Lebensjahr Vater und/oder Mutter durch Krankheit und Tod zu verlieren bei etwa 25 Prozent (Tönnies 1930, 41). Mit 53 Prozent ist die Verwaisungsquote der Krankenschwestern doppelt so hoch wie die des Bevölkerungsdurchschnitts. Der hohe Anteil Frühverwaister läßt sich jedoch nicht umstandslos mit der Vorstellung eines Ineinandergreifens von Disposition und Position erklären, nämlich daß die Erfahrung von Krankheit und Tod im Binnenraum der Herkunftsfamilie dazu geführt hat, einen Beruf zu ergreifen, der den ständigen

Umgang mit Krankheit und Tod beinhaltet. Zu berücksichtigen ist vielmehr, daß die Krankenpflege im 19. Jahrhundert ein Beruf für unverheiratet gebliebene Frauen war. Die Mutterhäuser ermöglichten eine lebenslange Ausübung der Pfl egetätigkeit dadurch, daß sie eine soziale Sicherung gewährten sowie mittels der Berufstracht ein entsprechendes soziales Ansehen boten. So war die Tracht der Diakonisse in der Zeit der Gründung der ersten Mutterhäuser (1836) der Tracht der verheirateten Frau nachgebildet (Herder-Dorneich/Kötz 1972, 60). Vereinfacht gesagt existierten am Ende des 19. Jahrhunderts für Töchter aus gebildeten Schichten nur zwei Optionen der Lebensplanung, entweder die Heirat oder im Falle geringer Chancen zur standesgemäßen Heirat aufgrund einer familiären Notsituation (Tod des Vaters, Vermögensverlust) die stark eingeschränkten Möglichkeiten zur Berufstätigkeit als Lehrerinnen oder Schwestern (dazu Müller/Zymek 1987, 67-71).

Während bei den geschilderten Professoren der Medizin der Elternverlust als eine mentale Antriebsstruktur der Berufsfindung in Reinform erscheint, kann die hohe Verwaisungsquote bei den Schwestern nicht nach dem Simmelschen Vorstellungsschema eines freien Zusammenspiels von Disposition und Position begriffen werden. Zu eingeschränkt waren die beruflichen Wahlmöglichkeiten der Frauen. Geht man davon aus, daß besonders der Vaterverlust sich auf Konnubium und Kommerzium auswirkte und die Verheiratungschancen verminderte, dann war die Rekrutierungstypik des Schwesternberufs durch die restriktiven äußeren Verhältnisse im Falle der Verwaisung bestimmt und die Erfahrung von Krankheit und Tod im familialen Rahmen keine genuine Disposition der Berufseinmündung.

Aber auch wenn bei den ersten Generationen bürgerlicher Schwestern die Berufseinmündung durch die materiellen Verhältnisse im Falle eines Vaterverlusts geboten war, stellt sich die Forschungsfrage, ob die existentielle Konfrontation mit Tod und Krankheit in Kindheit und Jugend lediglich ein folgenloses, den psychosozialen Habitus und die Wertorientierung der Betroffenen nicht weiter affizierendes Lebensereignis darstellt wie andere Lebensereignisse (etwa der Eintritt in die Schule), oder ob man im Falle des Elternverlusts als einem mentalitätsprägenden Lebensereignis davon auszugehen hat, daß sie die Verberuflichungsgeschichte des Pflegeberufs in folgenreicher Art und Weise bestimmte. Die Geschichte der Krankenpflege mag sich über weite Strecken als eine zähe Loslösung von caritativ-religiösen Einbindungen und angeblich weiblichen Wesensbestimmungen darstellen lassen, wobei die Herausbildung des bürgerlichen Pflegeberufs es schließlich ermöglichte, eine falsche Dichotomisierung von Erwerbsarbeit und ideeller Hingabe zu korrigieren. Nach den vorliegenden Daten zu urteilen, wäre es jedoch nicht minder lohnend, systematisch der Frage nachzugehen, inwieweit die für diese Berufsgruppe hohen ethisch-moralischen Anforderungen an Hingabefähigkeit, Opferbereitschaft und Selbstlosigkeit in den kollektiven Lebenserfahrungen der Krankenschwestern fundam entiert waren, und in Biographien von Krankenschwestern näher zu analysieren, wie die familiale

Erfahrung von Krankheit und Tod mit den Anforderungen des beruflichen Alltags interagierte, der den ständigen Umgang mit Krankheit und Tod einschloß.

## 5 Die soziale Öffnung des Pflegeberufs im Nationalsozialismus

Gelang es bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts, die konfessionell gebundene Pflege erstmals zurückzudrängen und durch Aufnahme von "gebildeten" Schwestern die Pflege zum Prototyp eines bürgerlichen Frauenberufs auszugestalten (Rübenstahl 1994, 35), so verbreiterte sich in den drei Folgejahrzehnten das Spektrum von Berufsmöglichkeiten für "bürgerliche" Frauen. Zum einen wurde die Sozialarbeit bis zum Ende der Weimarer Republik ein weiteres Betätigungsfeld hauptamtlicher Erwerbsarbeit (Truhel 1934), nachdem sie zuvor lediglich auf der Ebene einer Ausbildung zur unbezahlten, ehrenamtlichen Arbeit institutionalisiert war. Zum anderen schuf die Zulassung der Frauen zum Studium (1907) auf lange Sicht eine veränderte Gelegenheitsstruktur beruflicher Optionen.

Die Zeit der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft war von einer weiteren Zurückdrängung der konfessionellen Verbände und dadurch bestimmt, unter der gemeinsamen Zielsetzung "Dienst am Volke" eine Gleichstellung der Krankenschwestern mit anderen vergleichbaren Berufen zu erreichen. Die im März 1906 eingeführte, jedoch noch nicht obligatorische staatliche Prüfung für Krankenpflegepersonen war bis 1922 dahingehend ausgebaut worden, daß sie neben der Vollendung des 21. Lebensjahres und dem erfolgreichen Volksschulabschluß als Zulassungsvoraussetzung eine zweijährige Ausbildung an einer staatlich anerkannten Krankenpflegeschule vorsah. 1938 wurde die Ausbildung erstmals reichseinheitlich geregelt, das Eintrittsalter auf 18 Jahre herabgesetzt und die Ausbildungsdauer auf 18 Monate verkürzt.

Diese Neuordnung wurde nicht zuletzt auf dem Hintergrund des durch den Ersten Weltkriegs bedingten Geburtenrückgangs notwendig, durch den seit 1937 ein Mangel an Pflegekräften eingetreten war (Steppe 1996, 68). Bei den groß angelegten Werbekampagnen zur Gewinnung neuer Schwestern wies man auf den massiven Wandel hin, der sich innerhalb des Berufsbildes vollzogen habe. Im Gegensatz zu dem abschreckenden Bild der "in sich gekehrten passiven Persönlichkeit, deren Schicksal aus dem Getriebe der Unruhe der Welt gelöst wurde, durch die Flucht in eine konfessionell gebundenes Mutterhaus", stand nun die weltliche Schwester, "die kämpferische, selbstbewußte Persönlichkeit, die entschlußkräftige, verantwortungstragende Frau" (NS-Volksdienst 1938 zitiert nach Steppe 1996, 124). Die Zielsetzung

der nationalsozialistischen Politik war dadurch bestimmt, eine soziale Öffnung und Erweiterung der Rekrutierungsbasis im Pflegeberuf zu erreichen.

**Tab. 2: Die soziale Herkunft der Krankenschwestern: Ein Vergleich der Geburtskohorte 1890 mit 1950**

Geburtskohorte 1890		Geburtskohorte 1950	
1 %	Arbeiter	ungel., angel. Arbeiter, Facharbeiter	37 %
9 %	untere Beamte, Bedienstete	Beamte des unteren Dienstes (Boten)	3 %
0 %	kaufmännische Angestellte	kaufmänn. Angestellte (Verkäufer)	6 %
0 %	gehobene u. leitende kaufm. Angestellte	gehobene u. leitende kaufmännische Angestellte	6 %
0 %	gehobene u. leitende techn. Angestellte	gehobene u. leitende technische Angestellte	8 %
8 %	Mittlere Beamte	Beamte des mittleren Dienstes	11 %
7 %	Akad. freie Berufe (Ärzte, Rechtsanwäl., Architekten)	Akad. freie Berufe (Ärzte, Rechtsanwälte u.ä.)	3 %
17 %	höhere Beamte, Professoren, Lehrer, Pastoren	Beamte des höheren Dienstes (Stud. Rat u.ä.)	2 %
40 %	Selbst. Handwerker, Gross- und Kleinkaufleute, Fabrikbesitzer	Kleinere, mittlere, grössere Selbständige in Handel u. Gewerbe	6 %
6 %	Gutsbesitzer	Gutsbesitzer	0 %
9 %	Landwirte	Landwirte	3 %
3 %	Offiziere	Offiziere	1 %
0 %	keine Angabe	keine Angabe	14 %

Da Untersuchungen zur Sozialstruktur von Schwesternkohorten aus der Zeit des Nationalsozialismus fehlen, kann die soziale Öffnung nicht direkt am Material belegt werden. Möglich ist allerdings ein Vergleich der Sozialstruktur der Krankenschwestern der Geburtskohorte 1880-1890 mit der Gruppe der um 1950 geborenen Schwestern. Für die zu Beginn des 20. Jahrhunderts in den Beruf eintretenden Krankenschwestern liegt eine aus dem Jahr 1910 stammende Totalerhebung der Mitglieder der "Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands" von 2650 Schwestern vor. Für die um 1970 berufstätig werdenden Krankenschwestern sind Daten aus der Hamburger Lehrlingsstudie verfügbar, die Angaben von 634 Schülerinnen auswerten

(die folgenden Daten nach Caemmerer 1915, 24 und Crusius/Einsle/Wilke 1974, 184).

Markant ist zunächst der Rückgang der Schwestern aus gebildeten Elternhäusern, insofern deren Anteil von 24 auf 7 Prozent fällt sowie die Zunahme des Anteils der Krankenschwestern aus Arbeiterfamilien von 1 auf 37 Prozent. Auffallend ist auch der Rückgang des Zustroms aus Familien von kleineren, mittleren und größeren Selbständigen in Handel und Gewerbe. Er drosselt sich von 40 Prozent (darunter nahezu ein Viertel Fabrikbesitzer und -direktoren) auf 6 Prozent und wird durch die Zunahme von Töchtern aus Familien ausgeglichen, deren Väter in gehobenen und leitenden Angestelltenpositionen tätig sind.

## **6 Vom Elternverlust zur Krankheitserfahrung: Motivstrukturen der Berufsfindung in den 1960er und 1970er Jahren**

Dem Prozeß der sozialen Öffnung des Pflegeberufs, wie er gerade dokumentiert wurde, korrespondiert, daß die Bedeutung des Elternverlusts für den Zugang zum Pflegeberuf nach dem II. Weltkrieg schwindet.

Einen Einblick in die familiären Aufwuchsverhältnisse der Krankenschwestern gewährt die 1970 im Rahmen der "Hamburger Lehrlingsstudie" durchgeführte Totalerhebung an Hamburgs staatlichen Krankenpflegeschulen, die 90 Prozent der der Schülerinnen an den dreizehn Pflegeschulen Hamburgs erfaßte. Von den 634 zwischen 17 und 21 Jahre alten Schülerinnen verneinten 19 Prozent die Frage "Leben Ihre beiden Eltern noch?" (Crusius/Einsle/Wilke 1974, 269). Eine 1969 an hessischen Krankenpflegeschulen durchgeführte Untersuchung kommt sogar zu dem Ergebnis, daß lediglich 9 Prozent der Schwestern aus unvollständigen Familien stammen (Pinding/Thomae/Kirchlechner 1972, 38). Doch anders als zu Beginn des 20. Jahrhunderts, wo im Falle des Väterverlusts die äußeren restriktiven Verhältnisse die Berufsausübung nahelegten, erscheint nun die Erfahrung von Tod und Krankheit im Raum der Familie als genuine, mentale Antriebsstruktur der Berufsfindung. Nach ihrer Motivation für die Wahl des Pflegeberufs befragt, wird die Erfahrung von Krankheit und Tod in der Familie als eine Sinnstruktur der Berufswahl betont. In der bereits genannten Studie an den hessischen Pflegeschulen lauten die diesbezügliche Antworten: "Tod des Vaters brachte mich auf einen sozialen Beruf", "Erkrankung meiner Schwester", "Anstoß war mein kranker Vater, den ich mit 13 Jahren gepflegt habe (...)" (Pinding/Thomae/Kirchlechner 1972, 46).

Die Soziologen, die die ersten Ausbildungsuntersuchungen durchführten, nahmen einen "Zusammenhang an zwischen der Erfahrung von Krankheit und Krankenhausaufenthalt und der Berufsentscheidung, andere Menschen pflegen zu wollen"

(Pinding/Thomae/Kirchlechner 1972, 59). In ihren Erhebungen stellten sie deshalb die Frage: "Waren Sie vor Ihrer Krankenpflegeausbildung schon einmal als Patient in einem Krankenhaus?" Maria Pinding und ihre Mitarbeiter, die 1969 950 Schülerinnen hessischer Krankenpflegeschulen untersuchten, fanden heraus, daß der Anteil unter den Schülerinnen, die bereits einen Krankenhausaufenthalt hinter sich hatten, "mit 66 Prozent relativ hoch ist", und das die Krankheitserfahrung "von Schülerinnen bei der Begründung ihrer Berufswahl vielfach erwähnt" wird, wobei die Antworten der betroffenen Schülerinnen beispielsweise lauten: "Durch meine Krankenhausaufenthalte" oder "weil ich selbst oft krank war, wollte ich anderen helfen" (Pinding/Thomae/Kirchlechner 1972, 59 und 46). Eine repräsentative Lebensereignisuntersuchung, die 1970 an 1700 Abgangsschülern von Volksschulen und Gymnasien in Süddeutschland durchgeführt wurde, weist bei den Jugendlichen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr nur für 46 Prozent einen Klinikaufenthalt nach (Toman/Preiser 1973, 18). Für den Bereich der in einen Klinikaufenthalt mündenden Krankheitserfahrung kann demnach davon ausgegangen werden, daß die Werte der Krankenschwestern höher liegen als im Bevölkerungsdurchschnitt.

## **7 Die Heraufkunft der "Berufsvererbung" und die Entwicklung zum Gesundheitsfachberuf in den 1980er und 1990er Jahren**

Ergibt sich für die Kohorte der um 1950 geborenen Krankenschwestern, die in den 1970er Jahren berufstätig wurde, daß die in den Klinikaufenthalt mündende Krankheitserfahrung eine von nahezu 70 Prozent der Befragten genannte Berufsfindungskonstellation darstellt, so zeigt sich für die Kohorte der um 1960 geborenen Krankenschwestern, die in den 1980er Jahren berufstätig wurde, daß die mentale Rekrutierungstypik nun gleichsam auf zwei Grundlagen ruht:

Einerseits bleibt die Bedeutung der Krankheitserfahrung unvermindert bestehen. Dies geht aus der Untersuchung von Klaus Hampel hervor, der in Nordrhein-Westfalen 567 Schülerinnen an 12 Ausbildungsstätten für Kinderkrankenpflege und Krankenpflege befragte, und dort zu einem nahezu gleichlautenden Ergebnis wie die zehn Jahre zurückliegende Schwesternschülerinnenuntersuchung kam. Bei ihm sind es 71 Prozent, die in einem relativ frühen Lebensabschnitt eigene Krankenhauserfahrungen aufweisen (Hampel 1983, 195).

Andererseits geht jedoch aus seiner Befragung hervor, daß für die 1980er Jahre bereits eine andere Motivstruktur der Berufsfindung in erheblichem Ausmaß an Relevanz gewonnen hat: "Immerhin fast die Hälfte der untersuchten Personen gibt an, daß mindestens ein Familienangehöriger im Krankenhaus arbeitet" (Hampel 1983, 195). In mehr als 80 Prozent der Fälle war die Mutter, die Tante oder die Schwester in der Pflege tätig. Die "Berufsvererbungsquote" von mehr als 40 Prozent verweist auf

zwei Sachverhalte: Einmal zeigt sie, wie schnell sich der Beruf der Krankenschwester von einer außeralltäglichen Berufsoption für gebildete Schichten zu einem tradierbaren, für die biographische Orientierung stabilen Frauenberuf ausdifferenzierte. Zum anderen überrascht jedoch, daß trotz des Fehlens entsprechender Erwerbschancen, angesichts des geringen Sozialprestiges und der hohen beruflichen Belastungen eine solch hohe Berufsvererbungsquote entstehen konnte, da Berufe mit Vererbungsquoten von 30 oder 40 Prozent typischerweise solche sind, die entsprechende Chancen materieller Reproduktion gewähren (Übernahme des väterlichen Unternehmens, des Handwerksbetriebs etc.). Entsprechend problematisch ist es demnach, von einer "Berufsvererbung" im traditionellen Sinne entlang der Dimensionen Prestige oder Erwerbschance zu sprechen. Nicht auszuschließen ist demnach eine mentale Transmission, was nichts anders bedeuten würde, daß für den Beruf der Krankenschwester ein motivational eigentümlicher psychosozialer Habitus strukturbildend ist, der eine in sich geschlossene, von den übrigen "zweckrationalen" und "sachorientierten" Berufs- und Lebensweisen abgeschottete kleine soziale Welt hervorbringt, deren Wertorientierungen im familialen Rahmen unbewußt weitergegeben werden (Hinweise auf eine solche abgeschiedene soziale Berufswelt von Gesundheit und Pflege finden sich etwa bei Bergmann 1963).

Läßt sich die Berufseinmündung der zu Beginn des 20. Jahrhunderts tätigen Krankenschwestern nur beschränkt mit Simmels Konzept eines Passungsverhältnisses von Disposition und Position erklären, so entwickelte sich in der Zeit der Weimarer Republik und des Nationalsozialismus der Pflegeberuf zu einem Frauenberuf neben anderen, womit erst die Voraussetzungen für das Ineingreifen von Disposition und Position in der Phase der Berufseinmündung geschaffen wurden. Wie die Daten der nach dem II. Weltkrieg durchgeführten Ausbildungsuntersuchungen belegen, läßt sich bereits für die 1960er Jahre für den Pflegeberuf von der Herausbildung einer mentalen Rekrutierungstypik sprechen, die auch für die 1980er Jahre noch nachweisbar ist. Ob man für die 1990er Jahre allerdings von einer vollständigen Erosion dieser motivationalen Basis auszugehen hat, und als Endpunkt der Entwicklung die rationale, entsubjektivierte Entscheidung für den Gesundheitsfachberuf postulieren soll, ist fraglich. In Rechnung zu stellen sind zumindest die folgenden Wandlungstendenzen:

- Sicher ist zu berücksichtigen, daß die demographischen Veränderungen der Bevölkerungsstruktur infolge des gestiegenen Pflegebedarfs (Ferber 1989) neue Formen der Personalrekrutierung erzwangen. Neben der Anwerbung koreanischer Krankenschwestern in den Jahren 1960-1976 (Stolle 1990) ist vor allem die Verdoppelung des Männeranteils im Pflegeberuf zu erwähnen. Ihr Anteil ist von 10 Prozent im Jahr 1952 auf 17 Prozent im Jahr 1989 gestiegen. Gerade der Eintritt der Männer in die Pflege (Ummel 1996) deutet an, daß sich die Rekrutierungsbasis des Pflegeberufs erweiterte und damit auch die Motivstrukturen der Berufsfindung differenzierten.

- Einen wichtigen Schritt der Umwandlung des Pflegeberufs in einen Gesundheitsfachberuf stellte das Krankenpflegegesetz vom 1. Oktober 1965 dar. Es beinhaltete eine Verlängerung der Ausbildungszeit auf drei Jahre und die Anhebung der Schulbildung in Gestalt der Mittleren Reife als Mindestvoraussetzung für den Zugang zur Ausbildung. Mit dem Krankenpflegegesetz von 1985 wurde dann die Ausbildung an den international gültigen Standard angepaßt und die theoretische Ausbildung aufgewertet. Diese Betonung naturwissenschaftlich-technischer Ausbildung findet ihre Fortsetzung in der Schaffung von Pflegestudiengängen und den damit verbundenen Bemühungen, den erhöhten Pflegebedarf über neue materielle Anreizsysteme zu decken. Von den Veränderungen des Anforderungsprofils her gesehen, stellt sich die Frage, ob die neuen Ausbildungsforderungen auch habituell einen neuen Schwesterntypus voraussetzen. Bereits in den ersten Ausbildungsstudien ging man davon aus, daß neben einem "pflegerisch orientierten" ein mehr "naturwissenschaftlich-technisch orientierter" Schwesterntyp existiert. Von den medizinisch-technischen interessierten Schülerinnen hatte ein größerer Teil die Schule mit der Mittleren Reife verlassen, und sie zeigte ein stärkeres Interesse für die theoretische Ausbildung in den Arztfächern als der pflegerische Typ (Pinding/Thomae/Kirchlechner 1972, 6). Wie weit dieser Typus der naturwissenschaftlich-technischen orientierten Schwester heute dominant und strukturbildend wirkt, läßt sich neueren Untersuchungen nicht entnehmen, da sie Fragen nach der mentalen Rekrutierungstypik nicht stellen (Krankenpflegehochschule Bietigheim 1993). Es wäre jedoch überraschend, wenn in dem kurzen Zeitraum von zehn Jahren der Druck der Rationalisierung der naturwissenschaftlich orientierten Krankenhausmedizin nicht nur zu einer Veränderung des beruflichen Anforderungsprofils geführt, sondern auch die mentale Rekrutierungstypik vollständig aufgelöst hätte.

Die Schwesternverbände waren in den letzten fünfzig Jahren bemüht, den Pflegeberuf von "seinem Ethos der Entsagung, Demut abzunabeln" und als "einen Beruf wie jeden anderen" zu etablieren (Müller u.a. 1987, 38, 16). Auch wenn bis jetzt keine zusammenhängende Darstellung der Geschichte der Krankenpflege ab 1950 existiert und Untersuchungen über die neuesten Geburtskohorten fehlen, lassen die genannten Entwicklungstendenzen zwar den Schluß zu, daß sich der einst religiös fundamentierte Schwesternberuf in einen Dienstleistungsberuf umgewandelt hat, doch das in der Berufsfindung an die Stelle der außeralltäglichen Berufseinmündung die entsubjektiverte, rationale Entscheidung für den Gesundheitsfachberuf getreten ist, läßt sich bezweifeln. Eine vollständige Veralltäglichere der mentalen Rekrutierungstypik, die kein Passungsverhältnis von Disposition und Position mehr kennt, wird man jedenfalls nicht unterstellen können. Es fehlt aber empirisches Material, um das Mindestmaß an "Resonanzfähigkeit" für den gewählten Beruf näher bestimmen zu können.

## 8 Ausblick: Die geschlossene soziale Welt der medizinischen Berufe

Der vorliegende Aufsatz hat den Vorschlag gemacht, Berufe mit dem Konzept der mentalen Rekrutierungstypik zu analysieren. Obwohl zu Beginn des 20. Jahrhunderts in der Krankenpflege das Passungsverhältnis von Disposition und Position noch mit materiellen Restriktionen konfundiert war, hat die Analyse im weiteren gezeigt, daß sich im Pflegeberuf in den Folgejahrzehnten eine mentale Rekrutierungstypik (Krankheitserfahrung, "Berufsverbung") herausbildete, die jedoch nur auf der Grundlage allgemeiner statistischer Daten belegt wurde. Das Fehlen einer dichten Analyse der mentalen Antriebsstrukturen der Berufsfindung auf der Basis qualitativer Materialien läßt es hier nicht zu, das Konzept weiter auszufalten. Ungeachtet dieses Desiderats läßt sich der Gewinn einer solchen Forschungsperspektive jedoch angeben. Es ist eine vertraute Sichtweise, von einem bestimmten sozialen Erbe auszugehen, und von da aus auf ein Bündel gleich wahrscheinlicher und in gleichrangige Positionen führender Lebensläufe zu schließen oder die Zugehörigkeit zu einem Milieu als habitusprägend zu konzeptualisieren. Von nicht minderer Tragweite wäre es, statt dessen einzelne Berufsgruppen zu betrachten, und von da aus dann in umgekehrter Richtung nach einem Passungsverhältnis von Beruf und Lebensgeschichte zu suchen. Nicht Schichten, Klassen und Sozialmilieus sondern Berufsgruppen sind aus dieser Sicht die elementaren, theoretisch unterbestimmten Untersuchungseinheiten soziologischer Forschung. Mit der Analyse des Passungsverhältnisses von Disposition und Position ist der Berufssoziologie eine nicht ausgeschöpfte allgemeinsoziologische Perspektive inhärent, von der aus basale Integrationsleistungen sichtbar werden, die Berufe für die innere "Handlungs- und Weltsicherheit" (Schelsky) von Individuen haben.

Für den Pflegeberuf als Frauenberuf ist das Konzept des Passungsverhältnisses von Disposition und Position nicht schon bereits für das frühe 20. Jahrhundert in idealtypisch reiner Form gültig, wie zu Beginn gezeigt wurde, doch lassen sich mit Blick auf die ärztliche Berufswelt am Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts durchaus Folgefragen anschließen: Was heißt es, wenn jener Walter Stoeckel, bei dessen Geburt die Mutter gestorben ist, später die Geburtshilfe zu seinem Beruf machte, und sich täglich mit der Ursprungsszene seiner Existenz konfrontierte? Was bedeutet es, daß zu Beginn des 20. Jahrhunderts von ehemaligen Medizinstudentinnen nahezu 70 Prozent Mediziner heirateten bzw. von berufstätigen Ärztinnen noch an die 60 Prozent Ärzte zu Ehemännern hatten (Daten nach Hirsch 1920, 95 und Graetz-Menzel 1933, 139), da man in diesem außergewöhnlichen Heiratsverhalten nicht nur das Walten standesgemäßer Interessen sehen kann? Und was bedeutet es schließlich, wenn der spätere Anästhesist Heinrich Braun (1862 geb.), der beide Eltern "frühzeitig" verloren hat, über die Entstehung seines Lehrbuchs der "Lokalanästhesie" (bis 1925 sieben Auflagen) berichtet, es basiere auf Selbstversuchen ("narbenbedeckte Vorderarme

sind noch heute Zeugen dieser Untersuchungen”), und wenn man schließlich feststellt, daß nahezu alle Schriftsteller, die er als nennenswerte Lektüreerfahrungen seines Lebens in der Selbstdarstellung erwähnt, wie er Waise waren? Heinrich Braun hat sich in seiner Jugend überwiegend mit Alfred Brehm, “an den vorschriftsmäßigen lieben Gott nicht glaubend” mit Ludwig Feuerbach, und dann mit Charles Darwin (Va 8. Lj.), Wilhelm Wundt (Va 11. Lj.), Immanuel Kant (Va 21., Mu 13. Lj.) und Arthur Schopenhauer (Va 17. Lj.) auseinandergesetzt (in Klammerangaben immer das Lebensjahr des Vater- bzw. Mutterverlusts). Er nennt als seine “Lieblingsdichter” die zwischen Pessimismus und Gelassenheit changierende Trias von Friedrich Theodor Vischer (Va 1. Lj.), Gottfried Keller (Va 5. Lj.) und Wilhelm Raabe (Va 14. Lj.). Einzige die “humorlose Dichtkunst” der Vollwaisen Leo N. Tolstoi (Va 8., Mu 1. Lj.) und August Strindberg (Mu 13., Va 34. Lj.) war ihm “völlig ungenießbar” (alle Zitate nach Braun 1925). Wie wäre also zu erklären, daß der im beruflichen Alltag mit Narkose beschäftigte und damit als Hüter des Zwischenreiches zwischen Leben und Tod auftretende Heinrich Braun auch in der Freizeitlektüre zu Autoren fand, die auf mehr oder minder sublimierte Art und Weise sein Lebensschicksal als Waise reflektierten?

Haben die berufssoziologischen Studien der Chicago-Schule deutlich gemacht, daß es sich selbst bei relativ einfachen Berufen “nicht nur um Verbindungen rein technisch zu verstehender Tätigkeitsabläufe handelt, sondern um kleine sozialen Welten mit erheblichem Einfluss auf die Persönlichkeit der Berufsangehörigen” (Luckmann/Sprandel 1972, 18), so legen die oben erwähnten Sachverhalte es nahe, die medizinische Berufskultur am Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts zudem als eigentümlich geschlossene soziale Welt zu charakterisieren. Ihre Geschlossenheit als Erfahrungs- und Erlebensbezirk ist nicht nur der prägenden Kraft des Berufsalltags selbst geschuldet, sondern, und das mag unheimlich erscheinen, der unbewußten Fähigkeit Einzelner, ihre Lebenserfahrungen zu kontinuierieren. Sie haben beim Übertritt in die Welt der Erwachsenen dem Erfahrungsstil ihrer Kindheit und Jugend affine Sozialräume aufgesucht, die sie herausforderten, eine persönliche und affektiv besetzte Begegnung mit Krankheit und Tod in die unpersönliche und distanzierte Auseinandersetzung mit dem Sterben zu transformieren und sich dem gemeinen Unglück ihrer Lebensgeschichte im gelingenden Fall innerhalb eines kathartischen Berufsalltags zu stellen.

## Literatur

- Albrecht, H., E. Buechner, D. R. Engelke (1982): Arbeitsmarkt und Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in Berliner Krankenhäusern: Analysen und Maßnahmenvorschläge. Berlin
- Arendt, Henriette (Hg.) (1909): Dornenpfade der Barmherzigkeit. Aus Schwester Gerdas Tagebuch. Stuttgart/Leipzig

- Badura, Bernhard (1990): Interaktionsstress. Zum Problem der Gefühlsregulierung in der modernen Gesellschaft; in: *Zeitschrift für Soziologie* 19, 5, 317-328
- Bardé, Benjamin (1987): Psycho- und soziodynamische Aspekte von Stress-Situationen in der Klinik; in: *WzM* 39, 483-503
- Bartholomeyczik, Sabine (1988): Schichtarbeit und ihre Auswirkungen. Mutter, Hausfrau und Pflegende - ein Problem?; in: *Krankenpflege* 5, 210-214
- Bauer, Manfred (1994): Einstellung und Motivation zur Schichtarbeit: Eine Untersuchung bei Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen in der stationären Psychiatrie; in: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 8 (NF 20), 1, 14-21
- Beck, Ulrich, Michael Brater, Hansjürgen Daheim (1980): *Soziologie der Arbeit und der Berufe. Grundlagen, Problemfelder, Forschungsergebnisse*. Reinbek bei Hamburg
- Bertaux, Daniel, Isabelle Bertaux-Wiame (1991): "Was du ererbst von deinen Vätern..." Transmissionen und soziale Mobilität über fünf Generationen; in: *Bios. Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History* 4, 13-40
- Bischoff, Claudia (1984): *Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert*. Frankfurt/New York
- Bönisch, E., J.-E. Meyer (1975): Medizinische Extremsituationen und der sterbende Patient; in: K. P. Kisker u.a. (Hg.): *Psychiatrie der Gegenwart. Band III: Soziale und angewandte Psychiatrie*. Berlin/Heidelberg/New York, 519-555
- Bourdieu, Pierre (1974): Klassenschicksal, individuelles Handeln und das Gesetz der Wahrscheinlichkeit; in: Ders.: *Titel und Stelle: Über die Reproduktion sozialer Macht*. Frankfurt 1981, 169-226
- Braun, Heinrich (1925): Selbstdarstellung; in: L. R. Grote (Hg.): *Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen. Band 5*. Leipzig, 1-34
- Büssing, André (1992): Subjektive Vorstellungen und Vorstellungsmuster zum Verhältnis von Arbeit und Freizeit: Konzepte und Methode; in: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 36 (NF 10), 2, 63-76
- Burger, Angelika, Gerlinde Seidenspinner (1979): *Berufliche Ausbildung als Sozialisationsprozeß*. München
- Burisch, Matthias (1987): Das Burnout-Syndrom; in: *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift* 40, 10, Beilage, 2-6
- Caemmerer, Charlotte von (1915): *Der Berufskampf der Krankenpflegerin in Krieg und Frieden*. München/Leipzig
- Crusius, Reinhard, Bernd Einsle, Manfred Wilke (1974): *Krankenpflegeschüler in der Ausbildung. Hamburger Lehrlingsstudie der Hochschule für Wirtschaft und Politik, Band 5*. München
- Eisenstadt, Marvin u.a. (1989): *Parental Loss and Achievement*. Madison/Connecticut
- Feichtinger, Gustav (1978): Altersstrukturen, Lebenserwartung und Familienzyklus. Grundlagen aus der Demographie; in: Leopold Rosenmayr (Hg.): *Die menschlichen Lebensalter*. München/Zürich, 127-163
- Ferber, Christian von u.a. (Hg.) (1989): *Die demographische Herausforderung: das Gesundheitssystem angesichts einer veränderten Bevölkerungsstruktur*. Gerlingen
- Garhammer, Manfred (1992): Auswirkungen der Schicht- und Wochenendarbeit auf Freizeit und soziale Kontakte; in: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 46 (NF 18), 2, 111-118
- Gerhards, Jürgen (1988): *Soziologie der Emotionen. Fragestellungen, Systematik und Perspektiven*. Weinheim/München

- Glaser, Barney, Anselm Strauss (1974): Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige. Göttingen
- Graetz-Menzel, Charlotte (1933): Die rassenbiologische Wirkung der akademischen Frauenberufe mit besonderer Berücksichtigung der Ärztinnen und Zahnärztinnen; in: *Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie* 27, 129-150
- Grundmann, Matthias (1992): Familienstruktur und Lebensverlauf. Historische und gesellschaftliche Bedingungen individueller Entwicklung. Frankfurt/New York
- Hagemann, Hildegard (1968): Einige soziologische Gedanken zu den Konsequenzen des neuen Krankenpflegegesetzes vom 1. Oktober 1965; in: Heidrun Kaupen-Haas (Hg.): *Soziologische Probleme medizinischer Berufe*, 85-110
- Hampel, Klaus (1983): Professionalisierungstendenzen in den Krankenpflegeberufen. Ein theoretischer und empirischer Beitrag zu neuen Berufsfeldern in den paramedizinischen Berufen. Münster
- Heinz, Walter R. (1991): Berufliche und betriebliche Sozialisation; in: Klaus Hurrelmann, Dieter Ulich (Hg.): *Neues Handbuch der Sozialisationsforschung*. Weinheim/Basel, 397-415
- Heinz, Walter R. (1995): Arbeit, Beruf und Lebenslauf. Eine Einführung in die berufliche Sozialisation. Weinheim/München
- Herder-Dorneich, Philipp, W. Kötz (1972): Zur Dienstleistungsökonomik. Systemanalyse und Systempolitik der Krankenpflagedienste. Berlin
- Hirsch, Max (1920): Über das Frauenstudium. Eine soziologische und biologische Untersuchung auf Grund einer Erhebung. Leipzig/Würzburg
- Hochschild, Arlie Russell (1990): Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle. Frankfurt/New York
- Hoff, Ernst-H., Ulrike Hörrmann-Lecher (1992): Vorstellungsmuster zum Verhältnis von Arbeit und Freizeit in unterschiedlichen Berufsbiographien; in: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 36 (NF 10), 2, 55-62
- Hughes, Everett C., Irwin Deutscher, Helen McGill Hughes (1958): *Twenty Thousand Nurses Tell Their Stories*. Philadelphia/Lippincott
- Karll, Agnes (1914): Die Schwesternstatistik des Jahres 1912; in: *Unterm Lazaruskreuz* 9, 19-21
- Kathan, Bernhard (1991): "Mein sozialer Tic ist geheilt." Krankenschwestern sprechen über ihre Belastungen. Innsbruck
- Kaupen-Haas, Heidrun (Hg.) (1968): *Soziologische Probleme medizinischer Berufe*. Köln/Opladen
- Kink, Dieter (1992): Burnout-Syndrom. Selbstkonzepte bei Krankenpflegepersonal; in: *Die Schwester/Der Pfleger* 31, 4, 356-359
- Kleiber, Dieter, Dirk Enzmann (1990): *Burnout. Eine internationale Bibliographie*. Göttingen/Toronto/Zürich
- Klockenbusch, Walter (1986): Die Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender. Psychische Belastungen des Krankenpflegepersonals. Melsungen
- Köhle, Karl, Claudia Simons, Bernhard Kubanek (1986): Zum Umgang mit unheilbar Kranken; in: Thure von Uexküll: *Psychosomatische Medizin*. München/Wien/Baltimore, 1203-1251
- Krankenpflegeschule Bietigheim (1993): Der Weg in die Krankenpflege; in: *Die Schwester/Der Pfleger* 32, 9, 761-777

- Landau, Kurt (Hg.) (1991): Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim. Bericht über ein Symposium. München
- Lau, Ephrem Else (1975): Tod im Krankenhaus. Soziologische Aspekte des Sterbens in Institutionen. Köln
- Lazarsfeld, Paul Felix (1931). Jugend und Beruf. Kritik und Material. Jena
- Liefmann-Keil, Elisabeth (1976): Der Pflegenotstand; in: Handbuch der Sozialmedizin. Band III: Sozialmedizin in der Praxis. Stuttgart, 342-350
- Luckmann, Thomas, Walter M. Sprondel (Hg.) (1972): Berufssoziologie. Gütersloh
- Lüscher, Kurt (1968): Der Prozeß der beruflichen Sozialisation. Stuttgart
- Marel, Klaus (1981): Zur Berufssituation des Pflegepersonals. Kurzbericht über eine Befragung in den Universitätskliniken Mainz; in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 34, 7, 404-409
- Meggender, Oskar (1992): Arbeitszeit und Berufszufriedenheit in den Pflegediensten; in: Die Schwester/Der Pfleger 31, 657-661
- Müller, Detlef K., Bernd Zymek (1987): Sozialgeschichte und Statistik des Schulsystems in den Staaten des Deutschen Reiches, 1800-1945. Datenhandbuch zur deutschen Bildungsgeschichte. Göttingen
- Müller, Peter u.a. (1987): Ausbildungs- und Berufsverläufe von Krankenschwestern und Krankenpflegern. Gesamterhebung an der Schwesternschule der Universität Heidelberg. Heidelberg
- Ostner, Ilona, Elisabeth Beck-Gernsheim (1979): Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege. Frankfurt/New York
- Ostner, Ilona, Almut Krutwa-Schott (1981): Krankenpflege - ein Frauenberuf? Bericht über eine empirische Untersuchung. Frankfurt/New York
- Parsons, Talcott (1951): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse; in: René König, Margret Tönnemann (Hg.): Probleme der Medizinsoziologie. Sonderheft Nr. 3 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Köln/Opladen 1958, 10-57
- Pflanz, Manfred (1972): Institutionelle Probleme der Situation des Pflegepersonals; in: Manfred Pflanz: Die soziale Dimension in der Medizin. Eine Sammlung von Aufsätzen und Vorträgen. Stuttgart, 211-220
- Pinding, Maria, Jutta Thomae, Berndt Kirchlechner (1972): Krankenschwestern in der Ausbildung. Eine empirische Untersuchung. Stuttgart
- Psychologische Forschungsgruppe Schönhals, Johanna Taubert (1987): Berufliche Motivation von Krankenpflegepersonal. Eine qualitative Studie mit Literaturanalyse. Hg. von der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
- Roettger, Klaus (1993): Berufszufriedenheit und berufliche Belastung von Krankenpflegekräften. Am Beispiel einer chirurgisch-onkologischen Station; in: Soziale Arbeit 5, 160-166
- Rohde, Johann J. (1959): Die amerikanische Krankenschwester in soziologischer Sicht; in: Das Krankenhaus 51,2, 50-53
- Rohde, Johann J. (1962): Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Stuttgart 1974 (2. Aufl.)
- Rübenstahl, Magdalena (1994): "Wilde Schwestern". Krankenpflegereform um 1900. Frankfurt/M.

- Sandrock, F. (1968): Untersuchungen zur Sozialstruktur einer Krankenstation unter Berücksichtigung des pflegerischen Funktionsbereichs; in: Heidrun Kaupen-Haas (Hg.): *Soziologische Probleme medizinischer Berufe*, 195-226
- Sauerbruch, Ferdinand (1960): *Das war mein Leben*. München
- Schmeiser, Martin (1994): *Akademischer Hasard: Das Berufsschicksal des Professors und das Schicksal der deutschen Universität 1870-1920. Eine verstehend soziologische Untersuchung*. Stuttgart
- Schmeiser, Martin (1996): Deutsche Universitätsprofessoren mit bildungsferner Herkunft. Soziokulturelle Elternlosigkeit, Patenschaften und sozialer Aufstieg durch Bildung in Lebensverlaufstypologien von Professoren in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts; in: *Jahrbuch für Historische Bildungsforschung* 3, 135-183
- Schmidt, Klaus-Helmut, Beate Beermann (1990): Zum Einfluß der Schichtform und der außerberuflichen Lebenssituation auf die Tagesaufteilung bei Krankenschwestern; in: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 44(NF 16), 1, 46-52
- Simmel, Georg (1908): Exkurs über das Problem: Wie ist Gesellschaft möglich?; in: Georg Simmel: *Schriften zur Soziologie*. Frankfurt 1983, 275-293
- Söllner, W., W. Wesiack (1993): Die psychosoziale Situation des Behandlungsteams auf der Intensivstation; in: H. Benzer u.a. (Hg.): *Intensivmedizin*. Berlin/Heidelberg/New York, 84-96
- Steppe, Hilde (Hg.) (1996): *Krankenpflege im Nationalsozialismus*. Frankfurt/M. (8. Aufl.)
- Stoekel, Walter (1966): *Erinnerungen eines Frauenarztes*. Hrg. von Dr. Hans Borgelt. München
- Stolle, C. (1990): *Hier ist ewig Ausland: Lebensbedingungen und Perspektiven koreanischer Frauen in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin
- Strauss, Anselm u.a. (1980): Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie; in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 32, 629-651
- Tönnies, Ferdinand (1930): *Uneheliche und verwaiste Verbrecher. Studien über Verbrechen in Schleswig-Holstein*. Leipzig
- Toman, Walter, S. Preiser (1973): *Familienkonstellationen und ihre Störungen. Ihre Wirkung auf die Person, ihre sozialen Beziehungen und die nachfolgende Generation*. Stuttgart
- Truhel, Käthe (1934): *Sozialbeamte. Ein Beitrag zur Sozioanalyse der Bürokratie*. Sagan (Dissertation)
- Ummel, Hans (1997): Krankenpflege. Männliche Professionalität zwischen 'Händchenhalten' und Patientenhandling; in: Bettina Heintz: *Ungleich unter Gleichen. Studien zur geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes*. Frankfurt/New York, 67-121
- Volkholz, Volker (1973): *Krankenschwestern, Krankenhaus, Gesundheitssystem. Eine Kritik*. Stuttgart
- Zollinger, Eva, Judit Lienert (1987): *Eva und Judit. Zwei kranke Schwestern*. Diplomarbeit Kurs 39 Krankenpflegeschule Zürich. Basel

Anschrift des Verfassers:

Dr. Martin Schmeiser  
Universität Bern  
Institut für Soziologie  
Unitobler/Lerchenweg 36  
CH-3000 Bern 9