

der evangelischen Räte in der Öffentlichkeit der Kirche. Das Leben in den Säkularinstituten ist, wie Rahner betont, seiner Substanz nach identisch mit dem Leben der Ordensgenossenschaften. Auch die persönliche Einstellung der beiden Autoren zu den Säkularinstituten ist sehr verschieden. Während Urs von Balthasar den Weltlichen Instituten als einer neuen Lebensform in der Kirche eine kaum zu überschätzende Bedeutung zumißt, ist Rahner skeptisch hinsichtlich allzu rosiger Zukunftsprognosen für die Aussichten der Weltlichen Institute³⁴). Da wir hier noch am Anfang einer Entwicklung stehen, müssen wir wohl mit unserem endgültigen Urteil über die tatsächliche Tragweite dieser neuen Form des Rätstandes noch zuwarten.

Allen Anzeichen nach stehen wir an einer Wende im Bereich der Vollkommenheitsstände. Ein Aufbruch zu neuen Formen des Ordenslebens bahnt sich langsam an. Der Zug der Zeit geht auf Erneuerung, Anpassung an die Forderungen der Gegenwart, Überholung des alten und Erweckung neuen Lebens. Dies richtig erkannt und weitschauend gefördert zu haben, ist das bleibende Verdienst Papst Pius' XII. Der Laie als Stand in der Kirche ist im Erwachen. Darin liegt etwas Verheißungsvolles für die Kirche und ihre Zukunft, vielleicht sogar etwas Entscheidendes. Der Geist Gottes weht, wo er will. Seine geheimnisvolle Freiheit wird durch keinen Stacheldraht behindert. Auch die kirchliche Heiligkeit ist nie endgültig in kirchliche Stände und Kategorien einzuordnen. Vielfältig sind die Charismen, einer aber ist der Geist. Alle aber, die vom Geiste Gottes beseelt sind, müssen mitarbeiten an der Umwandlung der irdischen Wirklichkeiten in Christus, an der Verwandlung der Welt; alle müssen mit-helfen an der Ausbreitung des Reiches Gottes auf Erden, an der Auferbauung des geheimnisvollen Leibes Christi, auf daß Gott der Vater verherrlicht werde durch Jesus Christus im Heiligen Geist.

Das Bild der Schwester gestern, heute, morgen

Von P. Dr. Robert Svoboda O. S. C., Freiburg i. Br. — Wien

1. Tendenziöse Ratlosigkeit legt sich heutzutage gern auf eine gute Absicht, sich zu orientieren oder zurechtzufinden, wenn diese zu unangenehmen Einsichten führen könnte. So geht es auch mit der Besinnung auf die **Geschichte der Krankenpflege** und ihre Lehren. Diese Geschichte ist nicht umstritten, sondern gemieden. In Österreich sind dafür im Lehrplan der Krankenpflege-Schulen 11 Stunden vorgesehen. Aber als parteipolitisch-gewerkschaftlich ausgerichtete Kreise dessen inne wurden, was diese Geschichte umfaßt und aussagt, wurden diese Stunden schnell unterdrückt. Die Vergangenheit mit ihren Leitbildern und organisatorischen Lehren ist unerwünscht. Gleichwohl läßt sich über die großen Menschheits-

³⁴) Vgl. Hans Urs von Balthasar, Zur Theologie der Säkularinstitute, in: Geist und Leben 29 (1956) 182–205. — Karl Rahner S. J., Bemerkungen zur Theologie der Säkularinstitute, in: Orientierung 20 (1956) Nr. 8 S. 87–95. — Fr. Wulf S. J., Priesterliche Frömmigkeit, Ordensfrömmigkeit, Laienfrömmigkeit, in: Geist und Leben 29 (1956) 427–439. — A. Sustar, Der Laie in der Kirche, in: Fragen der Theologie heute, Einsiedeln 1957, Benziger-Verlag, 519–548.

berufe — und die Krankensorge gehört dazu! — nicht traditionslos nachdenken.

Als moderner Frauenberuf soll die (weltliche) Krankenpflege dastehen. Um das zu verdeutlichen, werden viele Risiken, Abenteuer und Abhängigkeiten in Kauf genommen; aber immer mehr wird beklagt und befürchtet, daß sich auf einer solchen Grundlage viel schwerer die tiefe menschliche Befriedigung ergibt, die für einen Sozialberuf psychologisch notwendig ist, und daß namentlich jüngere Schwestern ihre Tätigkeit provisorisch, kurzfristig und weniger als echten Lebensberuf auffassen. Dadurch wird natürlich der Berufsgedanke selber brüchig — in seinem schicksalhaften Beginn als Berufung, in seiner Stetigkeit durch die Bedrohung der Berufstreue, in seinem tieferen Sinn als echte Lebenserfüllung.

Die forcierte Traditionslosigkeit beruht aber auch auf einem Irrtum. Gewöhnlich wird gesagt, daß die Krankenpflege im Laienstand — die weltliche, die freie Schwester — das Neue sei, aus den Ansätzen vor 1914 erst zwischen den zwei Weltkriegen zur Entfaltung gekommen; die Krankenpflege der Orden hingegen sei das Alte, ehrenhaft durch viele Jahrhunderte hindurch, heute aber wohl in einer unaufhaltsamen Krise sowohl des Nachwuchses wie der funktionellen Bedeutung. Der Internationale Krankenhauskongreß 1957 zu Lissabon hat die geistlichen Schwestern aus der modernen Klinik bereits abgemeldet und auf die Siechenbetreuung verwiesen. Die geschichtliche Entwicklung sieht jedoch anders aus!

Historisch muß seit dem Zusammenbruch des frühchristlichen Diakonissen-Amtes eine doppelte Linie gesehen werden:

- a) Die Männerpflege zunächst als freie Liebestat einzelner Persönlichkeiten, wie Gallicanus, Benedikt, Bernhardin u.v.a., später organisiert in den Hospital-Ritterorden, den Bruderschaften, den Barmherzigen Brüdern und Kamillianern. Dieser starke männliche Anteil war bedingt durch den Mischtyp des alten Hospitals und seiner Pfleglinge, durch die Seuchengefahren mit ihren organisatorischen Aufgaben, durch die zentrale Stellung der Krankensorge innerhalb der kirchlichen Caritas, wohl auch durch den Ausfall der Ärzte.
- b) Die Frauenpflege wurde infolge der strengen Klausurvorschriften bis zum 17. Jahrhundert im allgemeinen von Ordensschwestern nicht ausgeübt. Auch Elisabeth von Thüringen, Katharina von Siena, Angela Merici usw. pflegten ohne Ordenszugehörigkeit. Vereinzelte Ansätze — wie die Beginen und Elisabethinen im niederdeutschen Nordwesten — blieben lokalisiert. Noch Franz von Sales ist mit seinem Orden der Heimsuchung vor die Schranke der Klausur gestellt worden, und erst seinem Freund Vinzenz von Paul gelang es, mit den Filles de Charité den caritativen Ordentyp durchzusetzen.

Im 19. Jahrhundert setzt allerdings eine andere Entwicklung ein: 1803 werden die alten Feudalklöster weithin säkularisiert, und von Frankreich kommt auch in das Ordenswesen eine Linie volksnaher Sorge und Liebestätigkeit. 1811 gründen die Borromäerinnen von Nancy ihre erste deutsche Niederlassung in Trier, 1829 kommen die Barmherzigen Schwestern von Straßburg nach Zams, 1831 nach Wien. Über 200 deutschsprachige Mutterhäuser entstehen. Es soll aber auch nicht übersehen werden, daß

bereits 1781 in Mannheim, 1801 in Heidelberg, 1832 in der Berliner Charité öffentliche Krankenpflege-Schulen errichtet worden waren.

Der äußere Auftrieb für das stärkere Engagement der neugegründeten Ordensgenossenschaften zugunsten der Krankenpflege, speziell in den Krankenanstalten, ergab sich dann mit der Einführung der Sozialversicherung. 1876 zählte man in Deutschland erst 13.904 geprüfte Pflegepersonen und Heildiener, darunter 5.733 Ordensschwestern und 1760 Diakonissen, also 3,01 Pflegekräfte auf je 10.000 Einwohner; nur 17% der Krankenanstalten (320 von 1850) hatten 1881 einen caritativen oder privaten Träger. Die Entwicklung konnte sich dann mit dem Hintergrund der Krankenversicherung so weit entfalten, daß wir — abgesehen von der Erhöhung des nichtöffentlichen Anstaltenanteils auf 45% — vor dem 2. Weltkrieg mit 104.792 staatlich anerkannten und weiteren 30.658 Pflegekräften, davon 65.162 in kirchlichen Gemeinschaften, auf 19,7 für je 10.000 Einwohner anstiegen (1949 auf 26,17).

Die berufliche Entwicklung hat ihre Impulse gegenüber dem Mittelalter zweifellos gewechselt. Damals herrschten zwei Extreme vor: Krankenpflege als sozialer Behelf, aus Not, zur Selbstversorgung — für abgemusterte Soldaten, Wärterinnen usw.; andererseits als Werk christlicher Barmherzigkeit, aus Erbarmen und Mitleid, zur Abtötung, Selbstopferung und Heiligung, mit Rücksicht auf die Ewigkeit. In beiden Fällen ein direktes Engagement, ohne ärztliche Leitbilder und Direktiven, mit wenig Technik und Apparat; der Patient nahm dabei nur eine Mittelstellung ein. Der Tod wurde nicht als Mißerfolg erlebt oder zu tragisch genommen, sondern hingenommen oder glorifiziert.

Die Aufklärung hat sich mit diesen Anliegen nicht befaßt; um so stärker wurden sie nach der Französischen Revolution und den Napoleonischen Kriegen im 19. Jahrhundert wahrgenommen, und zwar wieder auf einer doppelten Ebene:

- a) Im kirchlichen Raum von den Ordensgründern, meist volksnahen Seelsorgern und einfachen Volksmüttern mit einem großen Herzen, im Auftrieb großmütiger Hingabe, unter Einwirkung der Romantik. In das Mitleid der Barmherzigkeit mischte sich die Sozialverantwortung und das Helfenwollen. Die Schwestern nahmen zu diesem Zweck auch ihre frauliche Chance wahr und ermöglichten den Aufbau eines Anstaltswesens, in dem sie sich bis zur Erschöpfung entfalteten. Hier entstanden dann die Gefahren der Verflechtung in Ver-Anstaltung und Domestikation, des Ärgernisses sowohl im Verfall an Fleiß und Tüchtigkeit wie des inneren Leerlaufs und Selbstverlustes, wo die Jugend als potentieller Nachwuchs nicht mehr zu folgen vermochte.
- b) Im beruflichen Bereich von den Ärzten, die im Auftrieb der Naturwissenschaften große Fortschritte medizinischer Forschung und Praxis verzeichnen konnten. Dazu brauchte es den klinischen Apparat, das auf Heilung spezialisierte Krankenhaus, ein geschultes Personal. Bei diesem ging die Frage naturgemäß weniger nach der ethischen Grundhaltung, auf die fraulichen und persönlichen Lebensfragen, auf soziale Versorgung und Sicherung, sondern ausschließlich auf Tüchtigkeit. Auch Fl. Nightingale und später der ganze angelsächsische Berufs-

raum gerieten in diesen Sog, der vom ICN auch heute mitgetragen wird. Aus der Krankenpflege wird eine Gesundheitsfürsorge, vereinzelt auch als Funktion des Wohlfahrtsstaates oder gar der Sozialpolitik, im letzteren Fall als freier Beruf bereits in Frage gestellt.

2. Immerhin kam für die Öffentlichkeit plötzlich und unvorbereitet die Erkenntnis, daß in der Krankenpflege **Probleme und Notstände** deutlich wurden. In dem schlechten Gewissen, weil man die Orden vor den Quälereien der NS-Verfolgungsmaßnahmen zweifellos völlig ungeschützt gelassen hatte, wollte man zunächst nicht wahrhaben, daß hier zehnjährige Nachwuchssperre und Diskreditierung sich auszuwirken begannen. Man übersah auch die ungeheueren Anstrengungen, die im geistlichen und weltlichen Sektor notwendig waren, um die Krankenversorgung in den Trümmern zu sichern und aus dem Schutt wiederaufzubauen. Die Erschöpfung und Überlastung als Dauerzustand kam erst bei einzelnen tragischen Vorfällen und bei Kündigung von Arbeitsfeldern zum breiteren Bewußtsein. Hier wäre wohl der Punkt gewesen, wo sich die Ärzteschaft geschlossen und zielstrebig in die Diskussion hätte einschalten müssen. Noch ist es nicht zu spät, sich mit den aktuellen Fragen im Krankenpflegebereich auseinanderzusetzen, und das soll nun auch vor diesem seelsorglichen Leserkreis versucht werden.

Nach der Zeitschrift „Das Krankenhaus“ (1959, Nr. 1) zählten wir am 31. 12. 1957 im Deutschen Bundesgebiet in der Gesundheitsfürsorge einen Stand von 298.327 Personen, gegenüber 1956 mit einem Zuwachs von ca. 14.000 Personen, in unseren Krankenanstalten. Davon waren 20.581 hauptamtliche Krankenhausärzte und 6920 Belegärzte (unter insgesamt 69.543).

Die Zahl der Pflegepersonen in unseren Krankenanstalten betrug 91.915. Unter insgesamt 121.490, davon 109.021 weiblichen Kräften, die im letzten Jahr um 2650 zugenommen hatten, stellt das Anstaltspflegepersonal also mit 75 % den größten Anteil. Die übrigen 25 % verteilen sich hauptsächlich auf Gemeindeschwestern (10.882) und freiberufliche Kräfte, z. T. für Sonderpflegen und Nachtdienste, während bei den Ärzten als Ordinationshilfen fast keine Schwestern zu finden sind.

Unter den Pflegepersonen sind naturgemäß die Krankenschwestern die weitaus stärkste Gruppe mit insgesamt 85.258 Schwestern, von denen 62.437 in Krankenhäusern tätig sind, und zwar 35.935 in öffentlichen und 23.667 in freien-gemeinnützigen, die übrigen in privaten Anstalten.

Der organisierte katholische Anteil dürfte rund 40.000 Schwestern betragen. Für 1. 1. 1954 waren gezählt worden 39.522 Ordensschwestern in der Krankenpflege, deren Zahl inzwischen 35.000 betragen dürfte, von denen ungefähr 18.000 in unseren katholischen Krankenhäusern, 10.000 in öffentlichen Krankenanstalten und 6000 in der ambulanten Gemeindepflege stehen. Hinzu wären zu zählen ca. 5500 Mitglieder katholischer Schwesternschaften, darunter ca. 3700 Caritasschwestern. Darüber hinaus kann die Zahl der nichtorganisierten katholischen weltlichen Krankenschwestern nur grob geschätzt werden; bei interkonfessionellen Schwesternschaften (RK) geht ihr Anteil — zunehmend — bis zu 50 %; anderseits soll nicht übersehen werden, daß unsere katholischen Pflege-

schulen jährlich weit über 1000 Jungschwestern — mit relativ großer Berufstreue — diplomieren. Man geht wohl nicht fehl in der Annahme, daß der katholische Anteil der deutschen Krankenschwestern — geistlichen und weltlichen Standes — ungefähr drei Fünftel beträgt.

In Österreich ergibt sich im Sanitätsbereich folgendes Entwicklungsbild:

Krankenanstalten	Betten	Verpflegte	Einwohner pro Bett	Bett pro 1000 Pers.
1848: 103	7.262	57.067	699	1,03
1897: 273	20.268	193.571	288	3,46
1936: 272	39.268	563.643	172	6,97
1955: 288	71.522	942.771	97	10,28

Davon waren bei der letzten genaueren Zählung im engeren Sinne 237 Krankenhäuser, davon 156 öffentliche und 81 nichtöffentliche, von denen 54 in kirchlichem Besitz (bzw. Orden) waren. Diese hatten eine Bettenzahl von insgesamt 49.903 bzw. 41.859 — 8044 — 7414. Durch all diese Anstalten gingen im Zählungsjahr 718.953 Patienten mit über 15 Millionen Pflorgetagen; darunter waren 25.680 Sterbende.

Der Stand der Pflegepersonen umfaßte insgesamt 10.803 Personen, davon 9137 in öffentlichen, 1666 in nichtöffentlichen Anstalten. Der Anteil der geistlichen Schwestern, die 1938 insgesamt noch 17.188 Professen und 741 Novizinnen in 1.206 Niederlassungen zählten, ging bekanntlich seither ständig und fühlbar zurück. Das Ergebnis der letzten statistischen Zählung liegt noch nicht vor, aber es dürfte bereits die Zahl 14.000 unterschritten worden sein. Ebenso wird der Anteil von ca. 4500 Ordensschwestern in der Krankenpflege schon stark zurückgegangen sein. So z. B. verzeichneten wir 1957 an sämtlichen Pflegeschulen Österreichs im ganzen 513 Diplomierungen bei Kranken- und 77 bei Säuglings- bzw. Kinderschwestern und bei 1 Krankenpfleger, von denen jedoch nur ein geringer Bruchteil (an den 7 Wiener Schulen von 230 nur 12) ordenszugehörig waren. Außerdem muß bedacht werden, daß sich folgende Altersverteilung in den nächsten Jahren weiterhin auswirken wird; bei der Gemeinde Wien waren 1958

über 60 Jahre	26 % der geistlichen und	3,6 % der weltlichen Schwestern
50—60 Jahre	29 % der geistlichen und	17 % der weltlichen Schwestern
40—50 Jahre	23 % der geistlichen und	23 % der weltlichen Schwestern
30—40 Jahre	10 % der geistlichen und	34 % der weltlichen Schwestern
20—30 Jahre	9 % der geistlichen und	20 % der weltlichen Schwestern

3. Aus der Statistik und Wirklichkeit ergeben sich nun verschiedene Folgerungen.

Nicht trifft die Behauptung zu, daß die Zahl der Schwestern in der Deutschen Bundesrepublik von 1950 bis 1955 um 25.000 zurückgegangen sei. Wohl gibt es Statistiken, die für 1949 sogar 188.706 abhängig und 6289 unabhängig tätige Pflegepersonen weiblichen Geschlechts angeben, aber hier spielen die Nachwirkungen der Kriegszeit mit ihrem Sanitätspersonal hinein. Wohl trifft zu, daß — auch bei Zugrundelegung der ungekürzten Arbeitszeit — zu wenig Schwestern vorhanden sind, speziell in den Krankenanstalten. Mit 31. 12. 1957 hatten wir im Bundesgebiet 3362

Krankenhäuser mit 544.424 Betten, dazu 43 Krankenhäuser mit 9.301 Betten im Saarland und 151 Krankenhäuser mit 29.146 Betten in Westberlin.

Die Zunahme 1957 betrug gut 7000 Betten (1,3 %); außerdem wurden regelmäßig 21.712 Notbetten aufgestellt. Die Ausnützung der Betten betrug gegen 90 %, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten 29,2 Tage. Nach Aubel würden 1960 wenigstens 32.000 neue Betten nötig sein. Der Pflegeberuf konnte mit dem Bettenzuwachs und mit der Zunahme der Arbeitsintensität nicht Schritt halten.

Deshalb sieht sich der Schwesternstand mehr und mehr von anderen Kräften umgeben, ergänzt, unterstützt, entlastet und konkurrenziert. In den deutschen Krankenanstalten waren Ende 1957 neben den 62.437 Kranken- und 7633 Kinderkrankenschwestern noch tätig: 17.574 medizinisch-technische Kräfte, 19.705 Personen Verwaltungs- und 115.070 Wirtschaftspersonal. Auf je 1000 planmäßige Krankenbetten entfielen: 1955 je 51 Ärzte, 110 Schwestern, 29 medizinisch-technische Kräfte, 199 Personen Wirtschaftspersonal; für 1957 lauten die Zahlen: 51, 115, 32, 211.

Die Schwester ist weder allein noch dominant noch monopolisiert. Es erleichtert den Übergang zur neuen Situation, daß zahlreiche Schwestern von der Pflege weg sich auf medizinisch-technische Assistenz spezialisiert haben; umgekehrt kommt ein beträchtlicher Teil des Schwesternnachwuchses aus dem übrigen Hauspersonal. So wurde ein Klassenkampf hier vermieden. Die Koordination zur Equipe sanitaire, zum Teamwork ist aber noch nicht abgeschlossen.

Es trifft nicht zu, daß uns der (weltliche) Nachwuchs in Stich gelassen hat. Man zählte 1957 insgesamt 18.881 Schülerinnen in unseren Anstalten; 1955 waren es nur 16.589, von denen 13.071 Mädchen und 1363 Männer die Krankenpflege und 4.078 Mädchen die Kinderpflege erlernten. Dabei ist bemerkenswert, daß bei den Krankenhäusern die öffentlichen 39,4 % (1326) der Anstalten und 55 % (299.670) der Betten, die freien-gemeinnützigen 37 % (1243) der Anstalten und 38,6 % (209.876) der Betten, die privaten 23 % (793) der Anstalten und 6,4 % (34.878) der Betten stellen, bei den Krankenpflegeschülerinnen jedoch die beiden ersten Gruppen fast denselben Anteil (6726 bzw. 6266) beitrugen, obgleich die öffentlichen Anstalten ganz andere Größenverhältnisse und Mittel haben. Ihre Durchschnittsgröße beträgt 266 Betten (55 % haben über 400 Betten), bei den freien-gemeinnützigen jedoch bloß 169 (58 % haben zwischen 10 und 400 Betten), bei den privaten nur 44.

Weiter trifft nicht zu, daß die weltlichen Jungschwestern eine geringe Berufstreue erweisen und bald nach der Diplomierung aus der Pflegetätigkeit abgehen. Eine Rundfrage bei den katholischen Pflegeschulen ergab in den fünf Jahren nach der Diplomverleihung einen Abgang von ca. 15 %, also nicht unverhältnismäßig viel. Der Wechsel in das Ausland ist überhaupt zurückgegangen; der Tausch mit einem anderen Beruf zu besseren Bedingungen der Arbeit wie der Entlohnung sank von früher 22 % auf 4 %, und der Anteil der Eheschließungen ging von früher 16 % auf ca. 6 % herunter. Von den 1944—1956 in den Wiener städtischen Pflege-

schulen 1392 diplomierten Jungschwestern waren Ende 1957 noch 1257 im Dienste der Gemeinde Wien tätig.

Der weltliche Anteil der deutschen Krankenpflege hat sich — inmitten des allgemeinen Krisengeredes um ihn — intakt gehalten, er hat sich konsolidiert und bewährt. Ebenso muß bzgl. der geistlichen Schwestern festgehalten werden, daß die Zeit der Orden nicht vorbei ist; daß es in der katholischen Kirche noch nie so viele Klosterfrauen gab wie jetzt, daß der Anteil der beschaulichen Klausurorden nirgends 10 % erreicht (bei uns gegen 6 %), daß die caritativen Genossenschaften diese Blüte heraufgeführt und in den Missionsländern erst ermöglicht haben, und daß kein Grund besteht, am caritativen Ordensprinzip grundsätzlich irre zu werden. Diese Feststellungen dürfen jedoch nicht den Blick verschließen für manche ungelöste Probleme.

Diese beginnen bereits mit der inneren Unausgewogenheit der deutschen Schwesternbewegung. In den USA arbeiten neben 260.000 diplomierten Nurses 77.374 Hilfsschwestern, 269.835 Schwesternhelferinnen, 10.934 Stationssekretärinnen und über 70.000 Hausmädchen. Bei uns wird noch gerungen um einen mittleren Typ der Schwester — ohne zu starke Verdrängung durch Hilfskräfte und ohne zu große Verschiebung zur medizinisch-technischen Assistenz. Dabei ist die Abgrenzung im Sinne einer gemäßen Koordinierung von geistlichen und weltlichen Schwestern noch nicht überall geglückt — sowohl bzgl. der Zuordnung auf den öffentlichen oder kirchlichen Raum wie bzgl. der Aufteilung der Stationen und Funktionen innerhalb desselben Hauses.

In den Orden wird derzeit gerungen um die Entscheidung für die Pflege der Schwerkranken, der Siechen, der Sterbenden, der alten Leute, der Unheilbaren und Geisteskranken. Die weltliche Schwester siedelt noch zu einseitig im klinischen Krankenhaus; während dort vier Schwestern auf einen Arzt kommen, entfällt im Gegensatz dazu nur eine Schwester in der Gemeindepflege auf vier praktische Ärzte. Dabei ist sowohl die Versorgung der Hauskranken wie die Volksnähe des Sozialberufes gefährdet. Bei uns mangelt es weithin an offener Gesundheitsfürsorge, an Hauskrankenpflege, an der Weckung und Schulung ehrenamtlicher Krankenbesucherinnen, an Schwestern für Blinden- und Gehörlosenbetreuung, an den nötigen Querverbindungen zur Geisteskrankenpflege und erst recht zur Sorge um die immer zahlreicher werdenden Psychopathen und Neurotiker.

Als Berufsraum steht die Anstalt im Vordergrund. Mit Besorgnis muß festgestellt werden, daß es offensichtlich nur vereinzelt gelungen ist, einen gütigen Krankenhausstandard zu erzielen, obwohl bis zu DM 80.000.— pro Bett verbaut worden sind. Die Schwester bejaht — für ihre Patienten und für sich — nicht den Luxusbau, nicht die technische Spielerei, nicht die übertriebene Apparatur, sondern eine gemäße Gebrauchsmaternität, praktisch und übersichtlich, mit warmer Atmosphäre, sogar mit fraulicher Tönung (Farben, Tapeten, Gardinen, Bilder, Blumen). Schließlich ist ihre Arbeitsstelle weithin auch ihr Lebensraum.

Deshalb legt sie in unseren Verhältnissen meist Wert auf eine Unterkunft im Anstaltsbereich. Mehr und mehr begreifen die Direktionen, daß

die Wohnungsfrage für die Bildung eines berufs- und anstaltstreuen Schwesternbestandes wesentlich ist, und daß für einen übertags vielgeplagten Sozialberuf nur der Einzelraum eine tragbare Lösung bietet. Außerdem stehen unter den sozialen Wünschen der Schwestern im Vordergrund die vernünftige Abgrenzung der Arbeitszeit, die Versorgung im eigenen Krankheitsfall, die Vorsorge für Alter und Berufsunfähigkeit. Dabei wird die Freizeitgestaltung im allgemeinen in Verbindung mit dem Berufszölibat zu sehen sein; es ist kein Zweifel, daß es in diesem Zusammenhang zu Konflikten und Fehlentwicklungen kommen kann, wo dem Seelsorger unvertretbare Aufgaben zufallen.

Jede Freizeitgestaltung — ob am Feierabend, am Wochenende oder im Urlaub — fußt auf den Voraussetzungen der Persönlichkeitsreife und -bildung. Die Rahmen-Krankenhaus-Ordnung 1954 in der DDR legt den Oberinnen auf, „in regelmäßigen Abständen Zusammenkünfte und wissenschaftliche Konferenzen des Krankenpflegepersonals“ vorzubereiten. Bei uns ist die fachliche Fortbildung noch in keiner Weise geregelt und erst recht nicht der Erholungsausgleich, das freizeitliche Ventil, die kulturelle Anregung, die außerberufliche Ergänzung, die persönliche Vertiefung und frauliche Erfüllung. Hier muß sowohl der geistlichen Schwester Raum und Auftrieb vermittelt wie der weltlichen Schwester Hilfe und Anregung geboten werden, auch zu gemäßer Geselligkeit und Entspannung, die jedoch auf die körperliche Übermüdung Rücksicht nehmen muß.

Es wird auch in dieser Hinsicht erst dann zu guten Lösungen reichen, wenn sich eine Gemeinschaft herausgeformt hat. Wir haben noch keinen Schwesternstand, keine geschlossene Berufsbewegung, wenig Zustimmung zum Mutterhaussystem, wenig Lust zur Übernahme von Bindung und Verpflichtung, auch wenig Gefolgschaft zu weltlichen Oberinnen; dafür noch zu viel Individualismus, Bereitschaft zur Kritik, für Ressentiments und Tratsch, Vorbehalte und Empfindlichkeiten. Selbst von den frisch-diplomierten Jungschwestern der katholischen Pflegeschulen traten in den letzten Jahren nur ca. 12 % einer (katholischen) Gemeinschaft bei. Es ist auch nicht zweckdienlich, zunächst eine längere Zeit ohne Gemeinschaftsbildung arbeiten zu wollen und dann erst — etwa nach dem 35. Lebensjahr — einen Anschluß zu vollziehen, der dann auf beiden Seiten auf psychologische Schwierigkeiten stößt. Hoffentlich gelingt es der 1959 gegründeten Freien Berufsvereinigung Katholischer Krankenpflege, recht weite Kreise unserer weltlichen Schwestern zu erfassen! Besondere Förderung verdient die Caritas-Schwesternschaft (Freiburg i. Br., Wintererstraße 19) mit ihren vielen Einsätzen im kirchlichen Raum.

Und wie steht es mit der persönlichen Reifung und Erfüllung? Die Orden können — auch für ihre Krankenschwestern — davon nicht abgehen, daß vor dem Apostolat die Selbstheiligung ihr erster Zweck ist. Auch bei weltlichen Schwestern regt sich das Streben nach standesgemäßer Vervollkommnung, zumindest nach echter Selbstverwirklichung ihrer Persönlichkeit. Mögen manche eher an einen Minimalismus glauben, solche Sehnsüchte als „reine Privatsache“ aus der Berufsschau abschieben, vor der Berücksichtigung „weiblicher Instinkte“ warnen, mögen auch viele Schwestern selbst sich gegenüber ethischen Appellen und seelsorglichen

Bemühungen abschirmen —, zweifellos sind wir alle darin einig, daß sich auch an den Schwestern das Herrenwort verwirklicht: „Wer sein Leben zu gewinnen sucht, wird es verlieren; wer dagegen sein Leben um meinetwillen verliert, wird es gewinnen“ (Mt 10, 39).

4. Zum Schluß noch einige Bemerkungen über **Aussichten und Aufgaben**. In Westdeutschland betrugen 1957 die Gesamtausgaben der Nation für ihre Gesundheit 4,37 % des Volkseinkommens. Davon wurden 68 % durch die allgemeine Krankenversicherung getragen, der dafür etwa 6 Milliarden DM an Einnahmen zur Verfügung stehen. In Bayern gab der Staat (1956) für das Gesundheitswesen insgesamt 80,9 Millionen DM aus, auf den Kopf der Bevölkerung DM 9,14. Davon entfielen allerdings auf Kliniken 49 Millionen, auf Krankenhäuser und Heilstätten 10 und auf den Gesundheitsdienst 17,9 Millionen.

Damit scheinen bereits Spitzenleistungen erreicht zu sein. Wie wird es unter diesen Voraussetzungen in der Krankenpflege weitergehen? Sie gehört zu den großen, bleibenden Menschheitsberufen, mag sich auch die äußere Form wandeln, und ihre Entwicklung entfaltet sich elementar, letztlich nach überpersönlichen Gesetzmäßigkeiten, die sich auch der Organisation weithin entziehen. Man sollte deshalb auch gar nicht versuchen und zulassen, daß politische Einflüsse ehrgeiziger Einzelpersönlichkeiten sich hier auswirken wollen. Tatsächlich zeigt die Geschichte der Krankenpflege, daß ihre echten Anliegen und besonders ihre menschlichen Fragen auf anderer Ebene immer wiederkehren, und wir haben dann die Möglichkeit zu ihrer Bewältigung entweder aus einer lebendig gebliebenen Tradition oder in einem schmerzlichen, mühsamen Neubeginn nach einem völligen Leerlauf und Zusammenbruch.

Noch gibt es viele Ansatzpunkte zu einer organischen Fortentwicklung. Wir sollten nicht übersehen, daß es dafür seit 1957 eine gesetzliche Grundlage gibt, die zielbewußt ausgebaut werden müßte. Wir dürfen nicht verzagen angesichts der Tatsache, daß das erste, 1958 von den Schwesternverbänden selbst herausgegebene Handbuch zur „Pflege des kranken Menschen“ noch recht unbefriedigend ausgefallen ist. Wir wollen hoffen, daß die Neubauten der nächsten Zeit nicht so sehr perfektionistisch outrierte Architektur schaffen, sondern ebenso brauchbare wie ansprechende Krankenhäuser erbringen. Wir bitten die führende Ärzteschaft, unseren Beruf und seine Funktion möglichst nahe am lebendigen Menschen zu halten und diesem unmittelbar dienen zu helfen. Und wir wünschen uns, daß der Patient selbst unter unseren Händen wieder mehr auf seine menschliche Würde und auf seine echte Gesundheit bedacht sei, daß er eine schöne Grazie des Empfangens und eine gute Art der Mitarbeit wiedergewinne, daß er den tieferen Sinn unserer vielen Bemühungen nicht strafe oder umkehre.

Die Schwestern selbst haben ihren Beruf am ehesten in der Hand. „Mit dem Maß, mit dem ihr meßt, wird auch euch zugemessen werden!“ Es gilt, sich zum Schwesternberuf offen, redlich und freudig zu bekennen, für ihn Zeugnis abzulegen, für seine Ehre einzutreten. Das gilt für eine große Kundgebung wie für das tägliche Gespräch. Dazu ist Voraussetzung ein entsprechendes Selbstbewußtsein. Es äußert sich in der Berufsfreude,

in der Wahrung fraulicher Würde, im Wissen um die besondere Vertrauensstellung der Schwester. Wir hüten uns vor einem üblen Jargon mit Rauheit, falscher Sachlichkeit, kollektiver Unpersönlichkeit, mit Mangel an Distanz und Delikatesse. Die äußere Würde sollte auch durch die Tracht verdeutlicht werden.

Es darf jedoch an den inneren Grundlagen nicht fehlen. Dazu gehört vor allem das Wissen um eine echte Berufung, die in diesen Beruf hereinholte. Berufung ist Auswahl, Auftrag, Ausstattung, Gnade, Heil. Für solche Berufung sei man dankbar. In ihr ruht ein lichtes Schicksal. Uns gebührt die Berufstreue, eine ganze Hingabe, die Freizeit des Herzens, ein ungeteiltes Verantwortungsbewußtsein.

So ist mit dem Beruf auch das Privatleben geprägt. Es kann nicht ungestraft ins Leichte, ins Abenteuer, ins Würdelose abgleiten. Der Zölibat ist das Gesetz der größeren, schöneren Liebe zum Menschlichen. Er ist — wie der Beruf überhaupt — nicht durchzutragen ohne Glauben und ohne Gnadenleben. Wir müssen ringen um eine übernatürlich geprägte Geistigkeit, um die Nähe zum Gebet und zu den Sakramenten. Es hat den Anschein, daß die Zeit wieder günstiger wird für persönliche Leitbilder, für die Heiligen als Vorbilder und wohl auch als stille Helfer. Besinnen wir uns auf die stolze Ahnenreihe christlicher Krankenpflege! Vielleicht darf Maria, das Heil der Kranken, den Schwestern bald wieder eindringlicher gezeigt und verkündet werden. Vorläufig können wir mit der Marienverehrung in unseren Kreisen noch nicht zufrieden sein. Maria zeigt auf Christus. Die Caritas Christi als Quell, Maß und Erfüllung aller menschlichen Barmherzigkeit muß als Grundkraft unserer Berufsethik bewußter gemacht werden. Hier wird auch der eigentliche Ort des christlichen Schwesternstandes sichtbar: „Jeder soll so von sich denken, wie Gott einem jeden das Maß zugeteilt hat. Denn wie wir an dem einen Leib viele Glieder haben, so sind wir viele ein Leib in Christus, die einzelnen aber sind untereinander Glieder, ausgestattet mit verschiedenen Gaben, je nach der uns verliehenen Gnade . . . Wer Barmherzigkeit ausüben darf, der tue es also mit frohem Sinn“ (Röm 12, 3 ff.).

Möge es dem Klerus eine Herzensangelegenheit werden, einer entsprechenden Schwesternseelsorge einführend und respektvoll besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Es ist höchste Zeit, die sozialen Frauenberufe kirchlich mehr zu umsorgen!

Pastoralfragen

Märchen und Legenden in der religiösen Jugendunterweisung. Als ich als junger Priester in Wien tätig war, kam bei einer Katechetenversammlung die Rede auch auf dieses Thema. Eine Autorität auf katechetischem Gebiet, Msgr. Wilhelm Pichler, erhob gegen die Verwendung von Märchen und Legenden im Religionsunterricht seine Bedenken. Jedenfalls wollte er sie nur sparsam und mit großer Vorsicht angewendet wissen. Das war auch mir aus der Seele gesprochen. Diese kühle Zurückhaltung gab ich jedoch später in dem Maße auf, als ich in reiferen Jahren auf das Tiefmenschliche, auf den am Grunde liegenden Wahrheitskern, die Poesie und darum auch auf die Bildungs-