

Elisabeth Dietrich-Daum

## „Care“ im „ultimum refugium“

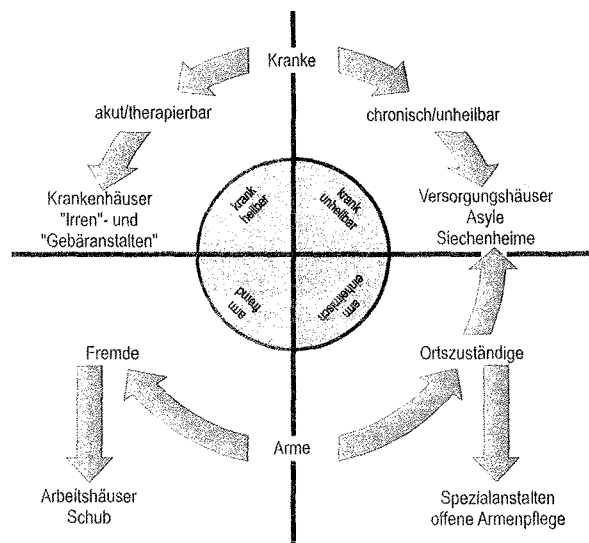
Versorgungshäuser als Orte kommunaler  
Armenpflege und -politik im 19. Jahrhundert

Der folgende Artikel beschäftigt sich mit Entstehung, Funktion und Bedingungen von Care-Arbeit in den ländlich-gemeindlichen „Versorgungshäusern“ Tirols im 19. Jahrhundert. Den Bezugsrahmen bilden die in den zentralen Care-Debatten diskutierten Entstehungs- und Wirkzusammenhänge zwischen „Wohlfahrts-“, „Pflege-“ und „Gender-Regimen“ (Backes et al. 2008, 28–31). Über die konkrete historische Verortung von Care-Arbeit soll im Folgenden nachvollziehbar dargelegt werden, warum Fürsorge-Handeln in Altenpflegeheimen z.B. gegenüber jenem in Krankenhäusern nach wie vor ökonomisch unterprivilegiert und gesellschaftlich unterbewertet wird. Die Argumentation wird versuchen die These zu stützen, dass die aktuelle ökonomische Geringschätzung von Care-Arbeit für alte Menschen zum einen mit dem schlechten Image der gemeindlichen Versorgungshäuser und mit der gesellschaftlichen Marginalisierung der nicht-produktiven Bevölkerungsteile – ihrer Klientel – in der Vergangenheit in Zusammenhang steht (und die in der erwerbszentrierten Leistungsgesellschaft ihre Fortsetzung findet), zum anderen aber auch in der pflegerischen Haltung sowie in der bis ins 20. Jahrhundert verfolgten Politik der weiblichen Pflegeorden, als BilliganbieterInnen den pflegerischen Markt zu dominieren, wesentliche Begründungen findet.

### Das Wohlfahrtsregime des 18. Jahrhunderts und die Trennung von Cure- und Care-Räumen

Fiskalische, armenfürsorgliche, sicherheitspolizeiliche und disziplinarisch-erzieherische Überlegungen des aufgeklärt-absolutistischen Staates und seiner habsburgischen Behörden hatten im 18. Jahrhundert – wie in anderen europäischen Staaten auch – einen Prozess in Gang gesetzt, der zu einer allmählichen funktionellen Entflechtung und Neustrukturierung der frühneuzeitlichen Versorgungslandschaft führen sollte (Stekl 1979; Beimrohr 1988; Ebner 1996; Klein 1994). Das „Versorgungshaus“ in seiner ursprünglichen Struktur und Funktion ist in dieser Zeit entstanden und somit Teil des reformierten „Wohlfahrtsregimes“ des habsburgischen aufgeklärten Absolutismus. Das österreichische Reformkonzept war allgemein kameralistischen Überlegungen geschuldet, insbesondere jenen von Joseph von Sonnenfels (Klein 1994, 35) und sollte der strukturellen Überforderung der offenen wie geschlossenen, öffentlichen wie privaten Armenpflege abhelfen, die durch absolute und relative Zunahme der unterbäuerlichen, landlosen und unterständischen

Bevölkerungsschichten („strukturelle Armut“), Unterproduktionskrisen, Hungerkrisen z.B. 1770–1772 („konjunkturelle Armut“) und verstärkte räumliche Mobilität (Dissoziation zwischen Geburts- und Aufenthaltsgemeinde) ausgelöst worden war (ebd., 45–53). An die Stelle nachbarschaftlicher, kirchlich-karitativer, zünftig-genossenschaftlicher, vorindustrieller Solidaritätsformen sollte öffentlich zu tragende, säkularisierte, institutionalisierte, ökonomisch rationalisierte, in Spezialanstalten differenzierte anstaltsförmige Versorgung treten, in Entsprechung dazu der extra-murale Bereich der Armenpflege einer Restrukturierung (Pfarramtsinstitute) und Bürokratisierung (Zusammenlegung von Fonds, Festlegung der Unterstützungskriterien, Einführung eines Verwaltungsapparats, Einrichtung von gerichtlichen Armenkommissionen) unterzogen werden (zum Begriff der „Wohlfahrtsbürokratie“ vgl. Brinkschulte 1996, 188). Diese „Erschließung des Armenwesens durch den Staat“ geschah im Wesentlichen, wie Alexander Klein für Vorderösterreich analysierte, durch „Instrumentalisierung und Umfunktionalisierung schon vorhandener, nicht staatlicher Strukturen zu armenpolizeilichen Zwecken“ (Klein 1994, 57, 73). Die subsidiäre Fürsorgepflicht der Gemeinden wurde auch im josephinischen Reformkonzept beibehalten, d.h., die Domizilgemeinden hatten für ihre Armen zu sorgen, sofern diese nicht von anderer Stelle, insbesondere der Familie unterstützt werden konnten. Letztendlich schrieb es damit die unmittelbare Fürsorgepflicht des Familienverbandes (als integralen Bestandteil des herrschenden „Wohlfahrts-Regimes“) fort, obwohl das traditionelle „ganze Haus“ als Integrations- und Organisationsform der alten Ökonomik durch die Zunahme außerhäuslicher Lohnarbeit bereits in Auflösung begriffen war.



Stratifizierung der Armenpopulation und Ausdifferenzierung des formellen Care-Sektors im ausgehenden 18. Jahrhundert. Eigene Darstellung

Die Parzellierung der sozial-medikalen Landschaft verlief – stark verkürzt formuliert – mittels Stratifizierung der Gruppe der Hilfsbedürftigen in die Teilgruppen „Arme“ und „arme Kranke“, die getrennten Bereichen zugeordnet wurden. Erstere sollten nach dem Vorbild des Buquoy'schen Armeninstituts 1779 (Verordnung vom 1. August 1783) in Form offener oder mittels der geschlossenen Armenpflege (lokale Armenhäuser, Versorgungshäuser, Asyle) Versorgung und zumindest rudimentäre Pflege (Care) erfahren, letztere in Krankenhäusern unter Anwendung ärztlicher Prozeduren Heilung finden (Cure) und der medizinischen Forschung wie dem Unterricht am Krankenbett zur Verfügung gestellt werden (vgl. Labisch/Spree 1996).

Im Bereich der Armenfürsorge wurden zwei Trennlinien eingezogen, die bereits im 15. und 16. Jahrhundert in verschiedenen Ordnungen (Mandat von 1491 und Tiroler Landesordnung 1526) angedacht worden waren: die erste zwischen den sogenannten „wahren“ Armen, das waren im Sinne des Kameralisten Sonnenfels Menschen, die unverschuldet aus physischen Gründen erwerbsunfähig waren, auf der einen und den „MüßiggängerInnen“ oder „unwürdigen Armen“ auf der anderen Seite (Klein 1994, 21–53). Zur anstaltsförmigen Versorgung der „wahren Armen“ waren die teilweise noch zu schaffenden Gemeindeversorgungshäuser oder die städtischen Siechenheime und für die offene Armenpflege die einzurichtenden „Pfarramts-“ bzw. „Armeninstitute“ bestimmt. „MüßiggängerInnen“ wurde im sozialen Normensystem des 18. Jahrhunderts und der damit einhergehenden Aufwertung von Arbeit und Fleiß Arbeitsunwilligkeit und Erwerbssittel unterstellt. Sie blieben deshalb von der gemeinschaftlichen Versorgung ausgeschlossen; diese Gruppe sollte in den (Zwangs-)Arbeitshäusern untergebracht und zur Arbeit erzogen werden. Die zweite Trennlinie verlief entlang des herrschenden Domizilrechts. „Ortsansässige“ Arme fielen in den Zuständigkeitsbereich der Gemeinde, fremde Arme sollten wie die „Arbeitsunwilligen“ entweder in „Straf-“ oder „Zwangsarbeitshäuser“ oder per Schub an die Landesgrenzen verbracht werden (Reiter 2007, 2–5). Verschiedene ineinander greifende Verwaltungs-, Polizei- und Strafbestimmungen (Strafgesetz von 1803 und 1852, Heimatgesetz von 1863 samt Novellen, Reichsschubgesetz 1871, Gemeindegesetz bzw. -ordnung von 1849/1866) sollten die Kontrolle der Armenpopulation auch im 19. Jahrhundert sicherstellen.

Aus der Gruppe der „Kranken“, also jener Gruppe, die medizinischer Behandlung und Pflege bedurfte, wurden im Laufe des 19. Jahrhunderts allmählich jene herausgelöst, die „unheilbar“ resp. chronisch krank waren (Paul 1996, 103). Für diese Gruppe wurden im Laufe des 19. Jahrhunderts zunehmend die wesentlich kostengünstigeren lokalen Versorgungshäuser herangezogen, der ärztlich-therapeutische Raum des allgemeinen Krankenhauses im Gegenzug den akut Kranken und heilbaren PatientInnengruppen, zunächst allerdings in erster Linie für Personen aus den Unterschichten, vorbehalten. Weil wohlhabende Kranke die Krankenhäuser mieden, waren die Betreiber auf die Armenklientel angewiesen (ebd., 116; Hippel 1996, 237). Der spitalische Bereich sollte durch die Auslagerung von den zeitintensiven Care-Aufgaben ökonomisch und funktionell entlastet, die medizinische Behandlung in den Versorgungshäusern auf ein Minimum reduziert werden.

Die Verlagerung der von den multifunktionalen Hospitälern alten Typs erbrachten Pflegeaufgaben hin zu verschiedenen Wohltätigkeits- und Versorgungsanstalten war folglich ein Prozess, der die Entwicklung des allgemeinen Krankenhauses als Ort der Forschung, Lehre und „Heilung“ zu Beginn des 19. Jahrhunderts einleitete bzw. eine solche erst ermöglichte. Es ist an dieser Stelle angebracht zu betonen, dass die beschriebene, durch Arztinitiativen (Paul 1996, 91–122) vorangetriebene Stratifizierung über einhundert Jahre in Anspruch nahm und die intendierte Segregation noch an der Wende zum 20. Jahrhundert nicht überall Platz gegriffen hatte. Die normative Ausgestaltung des josephinischen Reformpakets erfolgte in mehreren Etappen. Hier von Interesse sind die „Direktiv-Regeln zur künftigen Errichtung der hiesigen Spitäler und Versorgungshäuser“ von 1781. Die entsprechende Norm für Tirol wurde mit Gubernialdekret über die Armenversorgungsanstalten auf dem Land vom 11. Jänner 1785 erlassen (Jüng. Gubernium, Normaliensammlung, 28. Fasz., Pos.6). Die Bestimmungen verpflichteten die Gerichte, eine Hauptarmenkasse einzurichten, und die größeren Gemeinden, die Dorfarmen in von den Gemeinden finanzierten lokalen Versorgungs- oder Armenhäusern unterzubringen und für deren Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Kleidung und Wäsche, ferner im Falle einer Krankheit für ärztliche Pflege, Arzneien sowie deren Kost aufzukommen (bestätigt in § 22 des Gesetzes vom 3. Dezember 1863, RGBl. Nr. 105).

## Zwischenresümee

Alte, pflegebedürftige Menschen, chronisch Kranke und Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen wurden zusammen mit ökonomisch deprivierten Gruppen – den „Dorfarmen“ – im Zuge der Umsetzung des josephinischen Reformprojekts im 19. Jahrhundert in die wesentlich kostengünstigeren lokalen „Versorgungshäuser“ ausgelagert, während für die akut Kranken und (armen) „Heilbaren“ die zu modernisierenden Krankenhäuser weiter offenstanden.

## Das Versorgungshaus: Funktion, Bedingungen und Beschränkungen

Die zeitgenössische Bezeichnung „Versorgungshaus“ meinte im Sinne der „Direktiv-Regeln“ von 1781 nicht jene lokale gemischte Struktur, auf die sich dieser Beitrag bezieht, sondern ein System verschiedener spezialisierter, noch zu errichtender Fürsorge-Institutionen wie Taubstummen-, Erziehungs-, Waisen-, „Irren-“ und Findelanstalten u.Ä. Diese Anstalten wurden sowohl in der behördlichen Korrespondenz als auch in den Berichten und Statistiken des 19. Jahrhunderts jedoch nicht als „Versorgungsanstalten“ bezeichnet, sondern unter der Rubrik „Wohltätigkeitsanstalten“ zusammengefasst. Der Terminus „Versorgungshaus“ büßte im Laufe des 19. Jahrhunderts Teile seines ursprünglichen Bedeutungsinhalts in dem

Sinne ein, als unter einem „Versorgungshaus“ am Ende des 19. Jahrhunderts nicht mehr eine mehr oder weniger spezialisierte überregionale Institution der Fürsorge (siehe oben) gemeint war, sondern eine lokale Vor-Ort-Struktur der geschlossenen Armenfürsorge. Die regionalen Quellen sprechen von „Armen-“, „Abnähr-“, „Pfründner-“, Siechenhäusern“, von „Spitälern“ und „Greisenasylen“ und in Tirol und Vorarlberg auch vom „Klösterle“.

Als lokale Institution erfüllte das Versorgungshaus gleich mehrere Funktionen. Seine sozialpolitische Funktion bestand in der räumlichen Zusammenfassung und gemeinschaftlichen Verpflegung der Armenpopulation in anstaltsförmigen Einrichtungen. Seine sicherheitspolizeiliche und erzieherisch-disziplinarische Funktion wurde in der besseren Kontrollierbarkeit (Ausgangs- und Besuchsbeschränkungen, Bettelverbote, Alkoholverbot) und Erziehung zu „Ordnung“ und „Fleiß“ (Arbeitszwang, strukturierter Tagesablauf, Hausordnung), seine ökonomische Funktion in einer effizienteren Ressourcennutzung (Zusammenführung der Finanzmittel, Standardisierung und Reduktion des Pflegeausmaßes auf einfache Grundversorgung) gesehen. Zum Vergleich: ein Verpflegstag in einem Versorgungshaus kostete 1875 durchschnittlich 0,28 Gulden, in einem Krankenhaus 0,80 Gulden, demnach fast das Dreifache des täglichen Kostensatzes eines Versorgungshauses in Österreich (Bolognese-Leuchtenmüller 1978, Tabellen 71, 73 und 75). Die „Pflegerlinge“ in den Versorgungs- und Armenhäusern waren im Vergleich zu den KrankenhauspatientInnen hinsichtlich Unterkunft und Kost (siehe unten), ärztlicher Betreuung und Pflege merklich schlechter gestellt, was auch Carlos Watzka (2007, 125) für die Versorgungsanstalten der frühneuzeitlichen Steiermark bereits festgestellt hatte.

Bereits 1780 wurden in der Grafschaft Tirol 46 Spitäler und 5 Siechenhäuser gezählt. 1900 bestanden in Tirol 146 derartige lokale Gemeindeeinrichtungen (Gemeindelexikon 1900), die Zahl der ständig verpflegten Armen und PfründnerInnen bewegte sich in etwa bei 3.200 Personen jährlich. Hinsichtlich der geografischen Verteilung zeigt sich, dass die Bezirke Bozen, Innsbruck, die Unterinntaler Bezirke und im südlichen Landesteil die Gerichtsbezirke Borgo und Tione, letztere allerdings mit sehr kleinen Häusern, über ein relativ dichtes Netz an Versorgungshäusern verfügten, während große Teile Osttirols, der angrenzende Bezirk Pustertal/Bruneck, der Vinschgau und die nördlichen Gerichtsbezirke des Trentino massiv unterversorgt waren. Auch hinsichtlich der Aufnahmekapazitäten sind große Unterschiede festzustellen, große Versorgungshäuser bestanden in Hall, das sogenannte „Zufluchthaus“ verfügte z.B. über Platz für rund 250 Personen, das städtische Versorgungshaus in Innsbruck zählte über 170 Pflegebetten, das städtische Armenhaus in Innsbruck bot für 120 Personen Platz. Die meisten Häuser zählten aber kaum mehr als 20 ständig Verpflegte. Ein bedeutender Teil der nach 1783 eröffneten Versorgungshäuser war aus jenen alten Spitälern hervorgegangen, die den neuen Anforderungen an eine Krankenanstalt nicht mehr genügten, den größeren Teil aber stellten rudimentär adaptierte, von den Gemeinden angekaufte Bauern- oder Gasthäuser, die selbst einfachste baulich-sanitäre Voraussetzungen schwerlich erfüllten. Die redundante Kritik der Behörden an der ungenügenden Ausstattung der Versorgungshäuser zieht sich durch das gesamte 19. Jahrhun-

«lert: undichte Dächer, kaputte Fenster, defekte Böden, feuchte, dunkle, kleine und schlecht ventilerte Räume, sanierungsbedürftige Abortanlagen und Senkgruben, fehlende Badestuben und Leichenkammern, Mangel an Bettwäsche, an Strohsäcken und Leibwäsche, an Schlafstellen und Holz. Neben den baulichen und sanitären Missständen kritisierten die administrativen Organe die unzureichende, ja z.T. unzumutbare Ernährung der „Pflegerlinge“. Fleisch sei nur ausnahmsweise Bestandteil der Armenkost, zumeist wäre sogar das Brot, die einzige Kost, von schlechter Qualität. In Inzing fand der inspizierende Kreisarzt keinen „Vorrath an Hemden, die arme Pfründner ohne Brod – wollen sie welches, so müssen sie betteln!“ (Kreisärztliche Bereisungsrelation von 1855). Bester Indikator, um die in den meisten Versorgungshäusern unzumutbaren Lebensverhältnisse zu verdeutlichen, ist die hohe Sterblichkeit. Selbst unter der Voraussetzung, dass der Großteil der „Pflegerlinge“ nicht nur arm, sondern auch in irgendeiner Form schwer krank und z.T. alt war, sind die referierten Werte übergebührlich hoch. Im Versorgungshaus in Naturns starben in den 1880er-Jahren regelmäßig 40–45% der „Pflegerlinge“ innerhalb eines Jahres. In Torcegno betrug die Sterblichkeit 43%, in Windisch-Matrei, Glurns, Algund 40%, in St. Lorenzen 38%, in Pfons und Mühlen 37%, in Ritten 35%, in Innichen und Axams 33%, in Steinach am Brenner 30%. Die Sterblichkeit in den öffentlichen Spitälern bewegte sich zur gleichen Zeit unter der 10-Prozent-Marke (Sanitäts-Bericht über Tirol und Vorarlberg für die Jahre 1883 und 1884, 187, 209). Fedor Gerényi, administrativer Inspektor der Wohltätigkeitsanstalten Niederösterreichs, visitierte anlässlich des Regierungsjubiläums Kaiser Franz Josephs I. verschiedene österreichische Versorgungshäuser und stellte in seinem Bericht resigniert fest, dass diese nicht mehr und nicht weniger als selbst bescheidene Ansprüche beleidigende „Depots menschlicher Ausschusswaare [sic!]“ seien, wo alte und kranke Menschen unter den unwürdigsten Bedingungen leben und sterben müssten (Gerényi 1900, 381, 383, 430). Deutlich besser war die Situation in den großen um 1900 eröffneten Einrichtungen, z.B. in Wörgl oder Innsbruck.

## Zwischenresümee

Die sozial- und ordnungspolitische Funktion (Regelungs- und Zwangscharakter) der lokalen Versorgungshäuser, die baulich wie sanitär unzureichende Ausstattung der Häuser, die ungenügende Versorgung auf Grund permanenter Unterbudgetierung, sichtbare Zeichen gesellschaftlicher Marginalisierung und Geringschätzung haben dem Versorgungshaus das Image eines „unwürdigen“ Zufluchtsortes gegeben, wo sich Menschen in Not einfanden, weil sie keine anderen Optionen (mehr) haben.

## Das Versorgungshaus: die „Pflegerlinge“

Die soziale Gruppe der „Pflegerlinge“ in Versorgungshäusern war äußerst heterogen. Eine zeitlich wie regional stark variierende Teilpopulation stellten Gemeindearme und „PfründnerInnen“, also Personen, deren Unterhalt von der Gemeinde

zu bestreiten war, oder solche, die sich mittels eines Erbvertrags oder Einkaufs im Versorgungshaus „einpfündeten“. Die zweitgrößte Gruppe der „Pflegerlinge“ setzte sich aus mittellosen, alten, pflegebedürftigen, chronisch kranken Menschen und arbeitsunfähigen Kriegsveteranen zusammen. Eine weitere Teilgruppe bildeten Menschen mit psychisch/psychiatrischen Erkrankungen, die von den „Irrenanstalten“ in Hall und Pergine als unheilbar entlassen worden waren bzw. dort aus Platzmangel keine Aufnahme fanden. Laut Sanitätsbericht lebten 1883 20% der „gemeldeten Irrsinnigen“ (in Innsbruck 76%), 5% der „Cretinen“ (in Innsbruck 57%), 3% der Taubstummen (in Innsbruck 21%) und 4% der Blinden (in Innsbruck 38%) Tirols nicht in den dafür bestimmten landeseigenen Spezialanstalten, sondern in den gemeindlichen Versorgungshäusern. Die Verteilung schwankte regional stark wie auch die Geschlechterproportion deutliche regionale Differenzen aufwies: Im Trentino überwog z.B. im Stichjahr 1883 der Anteil der männlichen mit fast 63% deutlich jenen der weiblichen „Pflegerlinge“, in Südtirol dürfte das Verhältnis einigermaßen ausgewogen gewesen sein (52% Männer, 48% Frauen). In Tirol war der Anteil der weiblichen „Pflegerlinge“ z.T. eklatant höher als der männliche, z.B. im Bezirk Landeck mit einem Wert von 79,6% Frauen gegenüber 20,4% Männern oder im Bezirk Imst mit 94,7% Frauen gegenüber 5,3% Männern. Diese Ungleichverteilung erklärt sich aus der regionalen Dominanz der weiblichen Ordenspflege in den Versorgungshäusern Tirols, auf die im Folgenden eingegangen wird.

## Zwischenresümee

Die „Pflegerlinge“ in Versorgungshäusern rekrutierten sich aus statusniederen Bevölkerungsgruppen, sie waren nicht „produktiv“ und stellten ein zu kontrollierendes Unruhepotential dar.

## Care im 19. Jahrhundert: „Gender-Regime“ und „Pflege-Regime“

Noch weit ins 19. Jahrhundert hinein wurde hospitale Pflege von Kranken, insbesondere psychisch kranken Menschen, von Frauen und Männern gleichermaßen geleistet: Frauen pflegten Frauen, Männer pflegten Männer. Zumindest im formellen Pflegesektor war Care-Arbeit entsprechend der Geschlechterproportion der „Pflegerlinge“ bzw. PatientInnen ohne geschlechter- und tätigkeitsbezogene Hierarchisierung auf beide Geschlechter „gleich“ verteilt. Auch im Allgemeinen Krankenhaus (AKH) in Wien setzte sich das besoldete Wartpersonal anfänglich gleichteilig aus Männern und Frauen zusammen, doch ging schon bald die oben beschriebene geschlechtsspezifische Segregation der Pflege zurück, die Zahl der männlichen Pflegepersonen sank. 1873 führten die Personallisten des AKH 211 Frauen und 9 Männer an, letztere fast ausschließlich in „leitender“ Position (Dorffner 2000, 50). Als aus dem Kanzleidiens kommende „Oberpfleger“ standen sie den verschiedenen (Pflege-)Abteilungen vor, die Geschlechterhierarchisierung im Pflegebereich (Teilung in „direkte“ bzw. „pri-

„direkte“ körpernahe und „indirekte“ bzw. „sekundäre“ körperferne, organisatorisch (administrative Tätigkeit) war weitgehend abgeschlossen und institutionalisiert. Von Beginn an war die Entlohnung der Pfleger und Pflegerinnen gering, weshalb nach Auffassung der Zeitgenossen sich nur Personen aus den „niedrigsten Bevölkerungsklassen“ für den Wartdienst entscheiden würden. Und von Beginn an verdienten, wie in anderen Berufsfeldern auch, Frauen weniger als Männer. 1873 wurde für Frauen im Pflegedienst der Wiener Krankenhäuser ein Monatslohn zwischen 10 und 14 Gulden, für Männer zwischen 13 und 17 Gulden ö.W. systemisiert (ebd., 54). Diese Besoldung entsprach den Löhnen des Haus- und Dienstpersonals der Zeit.

Der Unattraktivität des Pflegeberufs und dem damit einhergehenden und beklagten „Pflegetotstand“ im expandierenden formellen Bereich wurde nach der Mitte des Jahrhunderts mittels einer Triangle-Strategie begegnet: Festschreiben von Care als Teil des „weiblichen Sozialcharakters“, als in der Arbeitsgesellschaft die männliche (produktive) Erwerbstätigkeit ergänzende weibliche (reproduktive) Arbeitsform (1), ideologische Überhöhung der Pflegetätigkeit als „edler und hoher Beruf“ (Dorffner 2000) und damit Öffnung des Pflegesegments für „bürgerliche Frauen“ (2) und schließlich Anhebung der Pflegequalifikation für den durch wachsende Ansprüche gekennzeichneten modernen Krankenhausbetrieb mit Hilfe eines noch zu entwickelnden, spezifisch weiblichen Kompetenzprofils (3). Durch die radikale Feminisierung von Care schien eine Deckungsgleichheit von „Pflege-“ und „Gender-Regime“ möglich, brachliegendes „weibliches Arbeitsvermögen“ (Ostner/Beck-Gernsheim 1979) mobilisierbar, zumindest in der Theorie. In der Praxis waren es in Österreich aber weniger die jungen, unverheirateten Töchter aus den städtisch-bürgerlichen Haushalten, welche die stark nachgefragten Care-Leistungen anboten; der „unbezahlbare Liebesdienst“ wurde bis nach der Wende zum 20. Jahrhundert im Wesentlichen von Ordensfrauen geleistet, die hier viel stärker als etwa im Deutschen Reich zur geschlechterspezifischen Codierung von Care („Co-Konstrukteurinnen“) beigetragen haben und ebenso für die ökonomische Unterbewertung von Care-Leistungen mitverantwortlich zeichnen. Eine nachhaltige Interessensvertretung (Uhlmann 1996, 406) und emanzipatorische Entwicklung von Care-Arbeit wurde durch die Besetzung des Arbeitsfeldes „Pflege“ durch Ordensfrauen entschieden gehemmt.

## Zwischenresümee

Die Pflegearbeit in den Krankenhäusern des 19. Jahrhunderts wurde in Bezug auf Status und Entlohnung den Tätigkeiten des niederen Dienst- und Hauspersonals gleichgestellt (haushaltsnahe, dienende Position). Das Pflegepersonal konnte auf Grund der geringen Löhne nur aus den sozialen Unterschichten rekrutiert werden, was sich negativ auf Pflegepraxis und Image der Pflegetätigkeit auswirkte. Weibliche Pflegearbeit wurde männlicher Pflegearbeit untergeordnet (diese wie jene der Pflegerinnen männlichen Ärzten unterstellt) und geringer entlohnt als jene von Männern („patriarchale Dividende“ in der patriarchalisch organisierten Gesellschaft, Backes et al. 2008, 25).

## Konfessionelle Pflege: Ökonomie und weibliche „Barmherzigkeit“

Bis zur Österreichischen Krankenpflege-Verordnung vom 25. Juni 1914, die in einem politischen Klima der Angst vor dem kommenden Krieg erlassen wurde (Dorffner 2000, 133), war die Ordenspflege auch für die weltliche Pflege in den Krankenhäusern Maß und Orientierungspunkt. Ordensfrauen erfüllten auf idealtypische Weise das, was im 19. Jahrhundert unter guter „weiblicher“ Pflege verstanden wurde: Ordensfrauen entsprachen den und lebten die traditionelle(n) Vorstellung(en) von Fürsorge als Pflicht zur christlichen „Nächstenliebe“ (Frauenkommission der Diözese Innsbruck 2008, 14–21). Sie bedienten die Vorstellungen von „Weiblichkeit“ als „naturegebener Fähigkeit“ zu sorgen (Dienen und Sorgen als „weibliche“ Grundhaltung und Grundbestimmung) und gewährleisteten die disziplinarisierenden Prinzipien des „Wohlfahrts-Regimes“, weil sie diesen Prinzipien in der Gemeinschaft des Ordens selbst unterworfen waren. Ordensfrauen bedurften keiner sozialrechtlichen Absicherung, weil dies Aufgabe des Ordens war, und schließlich konnten sie auf Grund ihres Sonderstatus ihre gesamte „Reproduktivkraft“ in die Pflegearbeit einbringen. Ordensfrauen vermochten Care sowohl im Sinne von „Edu-Care“ („Schuldienst“) als auch im Sinne von „Poor-Care“ umfassend und „Ressourcen-schonend“ anzubieten, was für die finanzschwachen Gemeinden von zentraler Bedeutung war. Die historischen Quellen sprechen hier eine klare Sprache: Die Ordensfrauen in den Versorgungshäusern wurden nicht wegen besonderer Pflegekompetenzen bestellt, sondern weil sie „Ordnung“ schafften, weil sie für „Reinlichkeit“ sorgten, weil sie den Haushalt führten, weil sie im Gegensatz zum weltlichen Personal nicht aus „dem Dienst entwichen“ – und weil sie dies so kostengünstig erledigten wie niemand anders. Die zwischen den Mutterhäusern und den Gemeinden individuell ausgehandelten Tageskostensätze in Versorgungshäusern waren mit durchschnittlich 0,35 Gulden pro Tag und Kopf nicht zu unterbieten, sie hatten vielmehr den Charakter einer „Entschädigung“ als den eines „Arbeitslohnes“. Aber selbst die spärlichen, aus der Anstaltsökonomie erzielten Gewinne verblieben nicht bei den Pflegeschwestern im Sinne eines wenn auch geringfügigen Lohnes, die Gewinne flossen entweder in die Institution zurück oder wurden dem Mutterhaus übergeben, das damit weitere Filialen unterhalten konnte. Selbstverständlich ist der Pflegedienst der Ordensschwestern als eine Form unbezahlter Frauenarbeit zu sehen, denn persönlich profitierten sie nicht.

Die historische Bedeutung und Prägekraft der Ordenspflege in Tirol wird mit Blick auf die 1895 erhobenen Daten verständlich: 87% der Pflegeleistung in den Tiroler Versorgungshäusern wurde von 135 Ordensschwestern (im österreichischen Durchschnitt waren dies 59%), überwiegend von den Barmherzigen Schwestern der Mutterhäuser Innsbruck und Zams erbracht (Gerényi 1900, 401). Nur in größeren Häusern waren eigene Hausverwalter, Gehilfen, Knechte oder Mägde bestellt. Zum überwiegenden Teil pflegten und versorgten alte, in der Regel 60- bis 70-jährige Ordensschwestern gemeinsam mit den Bewohnerinnen des Versorgungshauses die Hilfsbedürftigen und die Alten. Im 50 Betten führenden Gemeindeversorgungshaus in St. Johann (Bezirk Kitzbühel) arbeiteten beispiels-

weise 1895 drei Ordensfrauen und eine „Magd“. Pflege konnte bei dieser eklatanten Unterbesetzung im besten Fall fakultativ geleistet werden, im Wesentlichen wird diese nicht mehr umfasst haben als „Grundversorgung“ auf niederem Niveau. Care in dieser Form konnte so lange „verfügbar gemacht“ werden, als die Mutterhäuser ausreichend Ordensnachwuchs rekrutieren konnten, was im 20. Jahrhundert zunehmend nicht mehr der Fall war.

Versorgungshäuser gibt es nicht mehr, doch sind viele der heutigen Alten-Pflegeheime aus solchen entstanden, ja stehen z.T. am selben Ort und werden von den gleichen BetreiberInnen geführt wie vor hundert Jahren. Ungeachtet ihrer neuen Bestimmung und ihres ethischen wie pflegerischen Settings wirkt das historisch gewachsene Bild des „Versorgungshauses“ als „ultimum refugium“ (Imhof 1977, 240) in die Gegenwart hinein. Nach wie vor wird ins „Versorgungshaus“ oder in Tirol in das „Klösterle“ gehen zu müssen für viele der hilfsbedürftigen oder alten Menschen als persönlicher sozialer Absturz und/oder als familiäres Versagen gesehen, letztlich als soziales Drama erlebt.

## Resümee

Das geringe Ansehen der Institution „Versorgungshaus“, der niedere Sozialstatus der „Pflegerinnen“ („dauerhaft-unproduktive“ Gruppen), die unbefriedigende Pflegequalität (einfache Grundversorgung) in schlecht ausgestatteten Häusern, das hohe soziale und ethische Prestige der Ordenspflege sowie die den Care-Markt verzerrende Preispolitik der Ordensleitungen (Kosten- bzw. „Lohn“-Druck) untergruben die für eine erfolgreiche Professionalisierung notwendige marktförmige Bewertung von Care ebenso wie sie einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Wege standen. Die um die Mitte des 19. Jahrhunderts beginnende Erschließung des öffentlichen Care-Segments durch die Pflegeorden, die binnen weniger Jahrzehnte zu einer ausgeprägten Überrepräsentanz geistlicher Pflege im öffentlichen Pflegesektor führte, hemmte damit auch die Entwicklung ziviler Care-Arbeit als Erwerbsarbeit. Aus historischer Perspektive zeichnet das Zusammenwirken dieser in der „Mangelgesellschaft“ des 19. Jahrhunderts gewachsenen Strukturen für die historische wie aktuelle ökonomische Unterbewertung von Care-Arbeit im Bereich der anstaltsförmigen Pflege von alten und hilfsbedürftigen Menschen ganz entscheidend mitverantwortlich.

## Quellen und Literatur

### Quellen

- Frauenkommission der Diözese Innsbruck (Hg.) (2008). Pflege aus Geschlechterperspektive, Innsbruck.
- Gerényi, Fedor (1900). Die Versorgungsanstalten Oesterreichs, in: Oesterreichs Wohlfahrts-Einrichtungen 1848–1898. Festschrift zu Ehren des 50 jährigen

- Regierungsjubiläums Seiner k. u. k. Apostolischen Majestät Kaisers Franz Joseph I., 3. Band: Gesundheitspflege, Wien, 381–430.
- K.k. Statistischen Zentralkommission (Hg.) (1907). Gemeindelexikon von Tirol und Vorarlberg, Wien.
- Tiroler Landesarchiv (TLA), Jüngeres Gubernium, Normaliensammlung, Faszikel 28 (Polizei), Position 6 (Arme).
- TLA, Statthalterei 1856, Sanität, Zl. 1610 mit Nachakten: Kreisärztliche Bereinigungsrelation von 1855, 5. April 1856.
- TLA, Statthalterei 1886, Sanität, Sanitäts-Bericht über Tirol und Vorarlberg für die Jahre 1883 und 1884.

### Literatur

- Backes, Gertrud M./Ludwig Amrhein/Martina Wolfinger (2008). Gender in der Pflege. Herausforderung für die Politik, Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung Bonn (=WISO Diskurs), Bonn.
- Beimrohr, Wilfried (1988). Öffentliche Armenfürsorge in Tirol vom 16. bis 19. Jahrhundert, in: Sabine Weiss (Hg.) unter Mitarbeit von Ulrike Kemmerling-Unterthurner/Hermann J.W. Kuprian: Historische Blickpunkte. Festschrift für Johann Rainer. Zum 65. Geburtstag, Innsbruck, 11–33.
- Bolognese-Leuchtenmüller, Birgit (1978). Bevölkerungsentwicklung und Berufsstruktur, Gesundheits- und Fürsorgewesen in Österreich 1750–1918, Wien.
- Brinkschulte, Eva (1996). Die Institutionalisierung des modernen Krankenhauses im Rahmen aufgeklärter Sozialpolitik. Die Beispiele Würzburg und Bamberg, in: Alfons Labisch/Reinhard Spree (Hg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt am Main/New York, 187–207.
- Dorffner, Gabriele (2000). „... ein edler und hoher Beruf“. Zur Professionalisierung der Krankenpflege, Wien.
- Ebner, Gabriele (1996). Das öffentliche Armenwesen in Tirol im 19. Jahrhundert, Dissertation [Manuskript], Innsbruck.
- Hippel, Wolfgang von (1996). Auf dem Weg vom Armenhospital zum modernen Krankenhaus. Das Städtische Krankenhaus Ludwigshafen am Rhein, in: Alfons Labisch/Reinhard Spree (Hg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt am Main/New York, 236–250.
- Imhof, Arthur E. (1977). Die Funktion des Krankenhauses in der Stadt des 18. Jahrhunderts, in: Zeitschrift für Stadtgeschichte, Stadtsoziologie und Denkmalpflege 4, 215–242.
- Klein, Alexander (1994). Armenfürsorge und Bettelbekämpfung in Vorderösterreich 1753–1806. Unter besonderer Berücksichtigung der Städte Freiburg und Konstanz, München.

- Labisch, Alfons/Reinhard Spree (Hg.) (1996). „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt am Main/New York.
- Ostner, Ilona/Elisabeth Beck-Gernsheim (1979). Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege, Frankfurt am Main u.a.
- Paul, Norbert (1996). „Zum Zwecke der Verpflegung dürftiger Kranker, Erziehung geschickter Ärzte und Beförderung und Erweiterung der Heilwissenschaft“. Arztinitiativen bei der Gestaltung des Krankenhauses in der Zeit des Aufgeklärten Absolutismus, in: Alfons Labisch/Reinhard Spree (Hg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt am Main/New York, 91–122.
- Reiter, Ilse (2007). Die Freizügigkeit auf dem Schubkarren. Zum Spannungsverhältnis von Ausweisungsrecht und Bewegungsfreiheit in der Habsburgermonarchie im ausgehenden 19. Jahrhundert, veröffentlicht von „forum historiae iuris 2001“. Internet: <http://www.Rewi.hu-berlin.de/online/fhi/articles/0104reiter.htm> (11.12.2007).
- Stekl, Hannes (1979). Soziale Sicherung und soziale Kontrolle. Zur österreichischen Armengesetzgebung des 18. und 19. Jahrhunderts, in: Veröffentlichungen des Verbandes Österreichischer Geschichtsvereine 22, 136–151.
- Uhlmann, Gordon (1996). Leben und Arbeiten im Krankenhaus. Die Entwicklung der Arbeitsverhältnisse des Pflegepersonals im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: Alfons Labisch/Reinhard Spree (Hg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt am Main/New York, 399–419.
- Watzka, Carlos (2007). Arme, Kranke, Verrückte. Hospitäler und Krankenhäuser in der Steiermark vom 16. bis zum 18. Jahrhundert und ihre Bedeutung für den Umgang mit psychisch Kranken, Graz.

Eva Fleischer

## Organisation von Care

### Kinderbetreuung und Altenpflege/-betreuung in Österreich im Vergleich

Wenn es um die meist von Frauen geleistete Sorgetätigkeit (Care) geht, sind zwei unterschiedliche Zugangsweisen zu berücksichtigen. Einerseits die Beschreibung von Care als „Kombination von Wissen, Handeln und Gefühlen“, die die Qualität auf der Beziehung zwischen fürsorgender und Fürsorge empfangender Person bestimmt, und andererseits „die auf einen anderen Menschen gerichtete, unterstützende Tätigkeit in einem informellen oder professionellen Kontext, bezogen auf den Lebenszyklus (Kindheit – Alter, Gesundheit – Krankheit) oder bezogen auf besondere Lebenslagen, die Hilfeprozesse erfordern (von Arbeitslosigkeit bis Zwangsräumung)“ (Brückner 2001, 127–128).

Ich konzentriere mich hier auf Care als Tätigkeit. Es stellt sich für jede Gesellschaft die Frage, wie sie diese Tätigkeiten organisiert: Wer soll sie leisten? Wie und an welchen Orten soll Care erbracht werden? Wie sollen die Zugangswege zu diesen Leistungen gestaltet sein? Sollen die Tätigkeiten entlohnt werden, braucht es berufliche Professionalität, um diese Tätigkeiten durchführen zu können? Diese Fragen werden je nach Gender-Regime unterschiedlich beantwortet. Unter Gender-Regime verstehe ich „die Wechselwirkung von sozialstaatlicher Struktur (polity), sozialpolitischen Inhalten und Programmen (policies), darin stattfindenden Politikprozessen (politics) und der tatsächlichen sozialen Praxis (practice)“ (Backes et al. 2008, 28). In diesem Beitrag werde ich das Gender-Regime in Österreich in Bezug auf die Bereiche Kinderbetreuung und Pflege und Betreuung älterer Menschen analysieren. Dabei greife ich auf die Vereinbarkeitsmodelle von Nancy Fraser (2001) zurück und verbinde diese mit der Diskussion um soziale Rechte bzw. „social citizenship“ (Dallinger/Theobald 2008).

### Theoretische Zugänge

#### Vereinbarkeitsmodelle nach Fraser

Kuwalik (2005, 10) stellt in ihrer Übersicht von Sozialstaatstypologien fest, dass es zu unterschiedlichen, z.T. widersprüchlichen Einordnungen kommen kann, was u.a. damit zusammenhängen kann, dass Staaten selbst in unterschiedlichen Sekto-