

1. Einleitung

1.1 Thema und Forschungsstand

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit stehen die Schwestern und Pfleger, die als Angehörige der freiwilligen Krankenpflege in den Etappen des Ersten Weltkriegs gearbeitet haben. Die organisierte Pflege Kriegsverwundeter und -kranker durch zivile Kräfte ist historisch gesehen noch relativ jung. Sie entwickelte sich erst im 19. Jahrhundert. Dazu trug der Genfer Geschäftsmann Henry Dunant (1828–1910) maßgeblich bei. Auf seine Initiative ist die Gründung von Hilfsgesellschaften nach einer internationalen Zusammenkunft im Jahr 1863, die auch die Geburtsstunde des Roten Kreuzes markiert,¹ zurückzuführen. Bereits ein Jahr später kam es bei einem weiteren internationalen Treffen zu den Beschlüssen der ersten Genfer Konvention, die unter anderem die Neutralität aller verwundeten und erkrankten Soldaten sowie des Lazarettpersonals garantieren sollte.²

Da während der folgenden Kriege in den Jahren 1866 und 1870/71³ Schwierigkeiten in der Koordination der einzelnen Hilfsorganisationen, die den militärischen Sanitätsdienst unterstützen sollten, auftraten, fanden Überlegungen statt, die freiwillige Krankenpflege zentral zu organisieren. Im Jahre 1878 wurde im Deutschen Reich in der Kriegs-Sanitäts-Ordnung⁴ erstmals festgelegt, dass die freiwillige Krankenpflege unter militärischen Befehl gestellt werden sollte. Die zentrale Leitung übernahm fortan der unter der Führung des „Chefs des Feldsanitätswesens“ stehende Kaiserliche Kommissar und Militärinspekteur. Unterstützt wurde er vom Roten Kreuz und den Ritterorden, dem Malteser-, Johanniter- und Georgsorden, die wiederum die einzelnen Genossenschaften und Vereine unter Vertrag hatten, aus denen sich das Pflegepersonal für die Kriegskrankenpflege rekrutierte.

Der Erste Weltkrieg war die bis dahin größte Herausforderung für die Organisatoren einer Kriegskrankenpflege und für das Pflegepersonal selbst. Insgesamt waren, Schätzungen zufolge, etwa 213.000 Helferinnen und Helfer beteiligt, die in den Vereins- und Reservelazaretten, Lazarettzügen, Bahnhöfen, auf Binnenschiffen, in Kriegs- und Feldlazaretten und Soldatenerholungsheimen eingesetzt waren. Sie hielten sich schon in der ersten Woche der Mobilisierungsphase bereit und wurden zum Teil noch im August einberufen. Das Personal in den Etappen wurde nach Kriegsende nach und nach wieder zurückgezogen. In der Heimat lief der Dienstbetrieb bis zum 31. März 1920 weiter.

Der zu untersuchende Zeitraum konzentriert sich hauptsächlich auf die Kriegsjahre 1914 bis 1918. Doch werden im Hinblick auf den Aufbau der frei-

1 Riesenberger (2003), S. 25.

2 Riesenberger (2003), S. 24 ff. Vgl. auch Dunant ((1897), S. 1–63. Vgl. weiterhin die Artikel 1 und 2 der Genfer Konvention vom 22. August 1864. In: GLAKa, 456 F 113, Nr. 13.

3 Deutscher Krieg 1866; Deutsch-Französischer Krieg 1870/71.

4 Kriegs-Sanitäts-Ordnung vom 10. Januar 1878.

willigen Krankenpflege und die Einsatzplanung in der Vorbereitungsphase des Ersten Weltkriegs auch die Jahre ab 1866 in den Blick genommen. Ebenso ist mit dem Kriegsende im Herbst 1918 weder zeitlich noch thematisch eine strenge Zäsur möglich. Zum einen dauerte die Demobilmachungsphase bis 1920, außerdem soll die Situation der Kriegsschwestern auch noch unmittelbar nach dem Krieg beleuchtet werden. Der Untersuchungsraum richtet sich nach der Quellenlage und ist im Wesentlichen auf den westlichen und östlichen Kriegsschauplatz beschränkt.

Forschungsstand

Zur Geschichte der Kriegskrankenpflege liegen im deutschsprachigen Raum nur wenige Forschungsarbeiten vor. Dabei ist der Erste Weltkrieg noch am besten vertreten, da hier die Kriegskrankenpflege zum ersten Mal unter militärischer Führung und in großem Ausmaß zum Tragen kam. Als Beginn der freiwilligen Krankenpflege seit den Beschlüssen der ersten Genfer Konvention im Jahr 1864 sind die Reichskriege im 19. Jahrhundert zu nennen.⁵ Dazu ist soeben eine Dissertation fertiggestellt worden, bei der es um die Einsätze von Diakonissen geht.⁶

Die Arbeiten zur Kriegskrankenpflege im Ersten Weltkrieg beschränken sich im deutschsprachigen Raum derzeit auf drei Beiträge: Ein alltagsgeschichtlicher Ansatz auf der Basis von Ego-Dokumenten findet sich in der Quellensammlung der Soziologin und Historikerin Birgit Panke-Kochinke und der Historikerin Monika Schaidhammer-Placke sowie in der zwei Jahre später erschienenen Monographie von Panke-Kochinke.⁷ Darin legen die Autorinnen besonderes Gewicht auf die Etappenschwestern. Während die ältere Erscheinung ein Quellenband über Schwestern sowohl aus dem Ersten als auch aus dem Zweiten Weltkrieg ist, analysiert die zweite Publikation „ideologische Konstruktionen“ und „Lebensstrategien“ der Pflegenden, wobei auch Autobiographien und Romane von bzw. über Kriegsschwestern ausgewertet wurden. Eine Dissertation zu Rot-Kreuz-Schwestern im Ersten Weltkrieg, die hauptsächlich auf veröffentlichten autobiographischen Zeugnissen basiert, wird von Sophie Häusner erarbeitet.⁸ Eine im Jahr 2003 erschienene Dissertation über die freiwillige Krankenpflege im Ersten Weltkrieg wurde von dem Mediziner Andreas Buchholz vorgelegt.⁹ Seine Arbeit basiert auf der Auswer-

5 Riesenberger (2003), S. 26.

6 Die Dissertation mit dem Titel „Der Krieg mit seinem Elend will nicht in den Geschichtsbüchern, sondern in den Spitälern studiert sein“. Die freiwillige konfessionelle Kriegskrankenpflege im 19. Jahrhundert“, erarbeitet von Annett Büttner an der Universität Düsseldorf, erscheint voraussichtlich 2013.

7 Panke-Kochinke/Schaidhammer-Placke (2002); Panke-Kochinke (2004).

8 Der Erscheinungstermin der Dissertation von Sophie Häusner mit dem vorläufigen Titel: „Kriegserfahrungen von Frauen im Rotkreuzdienst während des Ersten Weltkrieges am Beispiel der autobiographischen Texte der Adrienne Thoma“, erarbeitet an der FU Berlin, steht noch nicht fest.

9 Buchholz (2003).

tung der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift“ und der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“, anhand derer die Entwicklung der freiwilligen Krankenpflege rekonstruiert wird. Unter anderem beleuchtet Buchholz die Geschichte der einzelnen Hilfsorganisationen, wie die verschiedenen Ritterorden und den Badischen Landesverein vom Roten Kreuz.

Insgesamt muss eine Vernachlässigung der Kriegskrankenpflege in der deutschsprachigen Forschungsliteratur festgestellt werden, während das Interesse an der Medizin¹⁰ und am Sanitätswesen¹¹ ungleich höher ist. Die Forschungsdesiderate der Kriegskrankenpflege könnten damit zusammenhängen, dass die Krankenpflege in Deutschland immer noch ein Ausbildungsberuf mit geringem Status ist. Vermutlich wird der Leistung einer Kriegsschwester nicht das Gewicht beigelegt, das ihr von den Zeitgenossen noch zugesprochen wurde. Daher können andere Länder, wie Großbritannien und Amerika, in denen die Akademisierung schon wesentlich früher eingesetzt hat, selbstbewusster mit dem Thema umgehen, denn die Kriegskrankenpflege im Ersten Weltkrieg ist hier gut dokumentiert.¹² Hervorzuheben ist hier besonders die britische Historikerin Christine Hallett, deren Spezialgebiet die Kriegskrankenpflege im Ersten Weltkrieg ist. In ihrer im Jahr 2009 erschienenen Monographie „Containing trauma“ geht sie unmittelbar auf die Pflegearbeit der Schwestern ein, um zu zeigen, wer die Schwestern waren und was sie, im Gegensatz zu dem, was in Unterrichtsbüchern bzw. Vorlesungen normativ vorgegeben war, tatsächlich geleistet haben.¹³ Der Begriff „Trauma“ rekurriert in diesem Titel auf die physischen und psychischen Leiden der Soldaten und nicht etwa auf die der Schwestern. Halletts Untersuchung basiert auf Selbstzeugnissen. Im Fokus stehen die Kriegsschwester aus dem Britischen Empire und den USA. Ihre Auswahl begründet Hallett damit, dass die Schwestern dieser Länder bereits vor dem Krieg in „Army Nursing Corps“ formiert gewesen waren, während die Schwestern aus Frankreich, Deutschland, Italien und Russland über einen geringen Professionalisierungsgrad verfügten, aus religiösen Schwesternschaften stammten oder Anlernkräfte vom Roten Kreuz gewesen seien.¹⁴ Während sich Hallett mit allen im Auslandseinsatz befindlichen Schwesterngruppen und Helferinnen beschäftigt, behandelt Janet Lee diejenigen, die der britischen Spezialtruppe „FANY“¹⁵ angehörten. Diese paramilitä-

10 Vgl. z. B. Larner/Peto/Schmitz (2009); Konrad (2009); Eckart (2007); Michl (2007); Neumann (2005); Kapp (2004); Eckart/Gradmann: Die Medizin und der Erste Weltkrieg (2003); Schneider-Janessen (1994); Kliche (1968).

11 Vgl. z. B. Zinecker (2006); Schollen (2003); Nitschke (2003); Biwald (2002); Angetter (1995); HöB (1995); Nöldeke (1993); Clodius (1992); Becker (1990); Guth (1990); Friese (1984); Beck (1980); Bauer (1958).

12 Vgl. hierzu z. B. die Monographien von Hallett: *Containing trauma* (2009); McEwen (2006); Lee (2005); Crofton (1997); Schneider/Schneider (1991); Higonet (1987). Vgl. auch die Aufsätze z. B. von Hallett: *Russian Romances* (2009), S. 101–129; Casavant *Telfort* (2010), S. 85–99.

13 Hallett: *Containing trauma* (2009), S. 1 und 3.

14 Hallett: *Containing trauma* (2009), S. 8.

15 FANY steht für „First Aid Nursing Yeomanry“.

rische Sondereinheit wurde 1907 ins Leben gerufen und bestand ausschließlich aus Frauen, die als Krankenschwestern und Krankenwagenfahrerinnen ausgebildet waren. Ihre Aufgabe bestand darin, die Verwundeten und Erkrankten von der Front zu holen, um sie in die nächstgelegenen Feldlazarette zu bringen.¹⁶ Lee beleuchtet zunächst die Entstehungsgeschichte sowie die Organisation von „FANY“ und richtet dann in weiteren fünf Kapiteln den Blick auf die Arbeit der FANY-Mitglieder. Im letzten Kapitel ist die weitere Entwicklung von FANY bis 1919 dargestellt. Im Blickpunkt stehen nicht alleine die Krankenschwestern, sondern auch die Frauen, die in Männerdomänen als Fahrerinnen und Mechanikerinnen am Krieg teilnahmen, um die weibliche Seite von militärischem „Heldentum“ aufzuzeigen.¹⁷

Aus Großbritannien ist außerdem die Historikerin Yvonne McEwen zu nennen, die ihren Forschungsschwerpunkt ebenfalls in der Kriegskrankenpflege hat. Sie analysiert in ihrer Monographie „It’s a Long Way to Tipperary“ die Arbeit und Organisation von britischen und irischen Schwestern und untersucht sowohl die ausgebildeten Schwestern als auch die freiwilligen Helferinnen des sogenannten „Voluntary Aid Detachment“, abgekürzt „VAD“, sowie die Probleme der Zusammenarbeit zwischen den Vollschwestern und den Helferinnen. Dabei beschränkt sie sich nicht nur auf die Etappe, sondern erweitert den Untersuchungsrahmen auch auf die „Heimatfront“. Bemerkenswert ist vor allem eine Liste mit 373 namhaft gemachten Schwestern und Helferinnen, die während ihres Einsatzes in der Kriegskrankenpflege verstarben, da auch die Todesursachen angegeben sind.¹⁸

Ebenfalls auf der Basis von Selbstzeugnissen ist in den USA die Monographie „Into the Breach“ erschienen. Die Autoren Dorothy und Carl J. Schneider behandeln nicht ausschließlich die Erlebnisse von Krankenschwestern, sondern gehen hierbei auf alle weiblichen Kriegsteilnehmerinnen ein, immerhin 25.000 an der Zahl, die im Ersten Weltkrieg in Europa eingesetzt waren.¹⁹ Darunter befanden sich z. B. Kriegsberichterstatteerinnen, Fotografinnen und Dolmetscherinnen.

In den deutschsprachigen Gesamtdarstellungen zum Ersten Weltkrieg als auch in Einzeluntersuchungen zum Roten Kreuz, zum Badischen Frauenverein oder zur Krankenpflege ist der Kriegskrankenpflege im Ersten Weltkrieg meist nur ein mehr oder weniger ausführliches Kapitel gewidmet.²⁰ In weitgehend ereignisgeschichtlicher Darstellung wird auf die Entwicklung, Organisation, Leistung und Probleme der Kriegskrankenpflege eingegangen. Diskutiert wird unter anderem darüber, ob und inwieweit die Kriegskrankenpflege zur Entwicklung der weltlichen Krankenpflege beigetragen hat. Allerdings

16 Lee (2005), S. 23.

17 Lee (2005), S. 14.

18 McEwen (2006), S. 200 ff.

19 Schneider/Schneider (1991), S. vii.

20 Beispiele dafür in: Schmuhl/Winkler (2009), S. 185 ff.; Seidler/Leven (2003), S. 237 ff.; Riesenberger (2002), S. 137 ff.; Lutzer (2002), S. 474 ff.; Helmerichs (1992), S. 132 ff.; Grundhewer (1987), S. 153 ff.; Bauer (1965), S. 296 ff.

herrscht darüber kein Konsens. Während die Soziologin Jutta Helmerichs eine „Stagnation“ in der Pflege feststellt,²¹ findet Grundhewer, dass der Krieg „entscheidend zur Entwicklung der weltlichen Krankenpflege“ beigetragen und das gesellschaftliche Ansehen der Krankenpflege gehoben habe.²² Auch Dieter Riesenberger spricht von einem Fortschritt in der Pflege und begründet ihn unter anderem damit, dass sich die Spezialisierung in der Krankenpflege durch die Tatsache ergeben habe, dass die Schwestern in der Heimat die Arbeit der fehlenden Assistenzärzte übernehmen mussten.²³ Die Tatsache, dass die Kriegskrankenpflege im Ersten Weltkrieg in der deutschsprachigen Geschichtswissenschaft ein Forschungsdesiderat darstellt, wurde schon 1994 von der Historikerin Regina Schulte angemahnt.²⁴ Die Notwendigkeit einer Untersuchung der Kriegskrankenschwester begründet sie mit der fehlenden Gender-Perspektive bisheriger Arbeiten zum Ersten Weltkrieg. Die Frauenforschung habe die „Kriegsgesellschaft“ in eine männliche Kriegs- und eine weibliche Heimatfront polarisiert, die Frau also nicht als aktive Kriegsteilnehmerin wahrgenommen.²⁵ Diese Polarisierung ist in der Forschung zwar inzwischen aufgegriffen und diskutiert worden,²⁶ doch ist mit der durchaus begründeten und gezielten Konzentration auf die weibliche Kriegskrankenpflege eine andere Polarisierung entstanden: die der Frau in der Pflege und die des Mannes im Soldatenstand. Grundhewer nennt die Entwicklung in der Kriegskrankenpflege sogar „im hohen Maße eine Frauensache“.²⁷ Dieter Riesenberger beleuchtet in seinem Werk zum Roten Kreuz die Geschichte der Sanitätskolonnen²⁸ sowie der Sanitäts- und Rettungskolonnen im Ersten Weltkrieg²⁹ und hebt damit zumindest einen Teil der männlichen Angehörigen der freiwilligen Krankenpflege hervor. Hier wird deutlich, dass bereits im Vorfeld des Ersten Weltkrieges versucht wurde, den Beruf des Krankenpflegers durch Anhebung des Gehalts attraktiver zu machen, um einem Mangel an männlichen Pflegern während des Krieges vorzeitig entgegenzuwirken.

Die Organisation der freiwilligen Krankenpflege existierte nach dem Zweiten Weltkrieg nicht mehr. Aktuell sind Aufsätze zur Pflege im Katastrophenfall, auch im Krieg, erschienen.³⁰ Zum Zweiten Weltkrieg gibt es neben Werken der Erinnerungsliteratur³¹ auch eine Briefedition³² und den bereits

21 Helmerichs (1992), S. 150f.

22 Grundhewer (1987), S. 135.

23 Riesenberger (2002), S. 149.

24 Schulte (1994), S. 83–100.

25 Schulte (1994). S. 97.

26 Hagemann: Heimat-Front (2002).

27 Grundhewer (1987), S. 135.

28 Riesenberger (2002), S. 111–123.

29 Riesenberger (2002), S. 152–162.

30 Vgl. z.B. Gardemann (2005), Brauch (1983).

31 Vgl. z.B. die Lebensgeschichte einer Rot-Kreuz-Schwester. In: Ruediger (1962). Vgl. auch die Erinnerungen einer Rot-Kreuz-Schwester. In: Schade-Bartkowiak (1989).

32 Vgl. hierzu Penkert (2006). Vgl. auch die Erinnerungen einer Krankenschwester. In: Ochsenknecht (2004).

erwähnten Foto- und Quellenband von Birgit Panke-Kochinke und Monika Schaidhammer-Placke „Frontschwester und Friedensengel“.³³

Zum Vietnam- und Irakkrieg liegt Forschungs- und Erinnerungsliteratur aus den USA bzw. aus Großbritannien und Kanada vor.³⁴

1.2 Erkenntnisinteresse und Fragestellungen

Im Blickfeld der vorliegenden Untersuchung liegt die Darstellung des Pflegealltags der Etappenschwestern und -pfleger sowie ihre in den Kriegslazaretten gemachten Wahrnehmungen und Erfahrungen. „Erfahrung“ wird hierbei in Anlehnung an der von dem Tübinger Sonderforschungsbereich „Kriegserfahrungen – Krieg und Gesellschaft in der Neuzeit“ konzipierten Definition verwendet. Diese geht davon aus, dass Erfahrungen die Begebenheiten sind, die Menschen bewusst wahrnehmen, wobei diese Wahrnehmungen abhängig von ihrer Vorprägung sind, die wiederum auf das Handeln und die Deutungen der Akteure wirken.³⁵ „Die“ Erfahrung gibt es demnach nicht.

Eine Untersuchung zum Pflegealltag von Etappenschwestern und Pflegern, die ihre Pflegetätigkeit und ihre Lebensbedingungen beschreibt, fehlt bislang. Weiterhin ist es ein Anliegen, den Beitrag des beteiligten freiwilligen Pflegepersonals, der ein wichtiger Bestandteil in der Kriegspflege war, aufzuarbeiten. Zusammen mit den Ärzten und dem Sanitätspersonal erlebten die Schwestern und Pfleger den Krieg aus allernächster Nähe dort, wo seine Auswirkungen am deutlichsten erkennbar waren. Ihre Mitteilungen in Briefen, Tagebüchern und Erinnerungen dokumentieren nicht nur unmittelbar den Lazarettalltag im Krieg, sondern bieten auch konkrete Einblicke in die Tätigkeiten der Pflege und damit verbunden in die Verantwortung, die bei den einzelnen Schwestern bzw. Pflegern lag. Sie zeigen weiterhin, worin die Leistungsfähigkeit einer guten Pflege und deren Grenzen begründet waren. Dies führt zu den erkenntnisleitenden Fragen, inwieweit während des Krieges Professionalisierungstendenzen hinsichtlich der Anerkennung, der Ausbildung und der übertragenen Aufgaben sichtbar wurden. Weiterhin wird beleuchtet, welchen Rollenidealen die weiblichen und männlichen deutschen Kriegskrankenpfle-

33 Panke-Kochinke/Schaidhammer-Placke (2002). Zur Kriegskrankenpflege im Nationalsozialismus ist außerdem noch eine Jahresarbeit aus der Krankenpflege-Hochschule des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbandes e.V. in Marburg an der Lahn bekannt. Vgl. Pfaff (1997).

34 Vgl. z.B. Toman (2007); Vuic (2006); Ruff (2005); Jones (2005); Braylay (2002); Hess (2000); Starns (2000); Fessler (1996).

35 Vgl. zum Kriegserfahrungsbegriff den Beitrag von Nikolaus Buschmann und Horst Carl im Unterkapitel „2. Theorie des Erfahrungsbegriffs“. In: Buschmann/Carl (2001), S. 15ff. Vgl. weiterhin den Tagungsbericht von Laure Ognois und Sabine Kienitz. In: „Tagungsbericht Kriegserfahrungen – Krieg und Gesellschaft in der Neuzeit“. 11. Dezember 2008–13. Dezember 2008, Tübingen, in H-Soz-u-Kult, 11. März 2009, <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/tagungsberichte/id=2543>, letzter Zugriff: 10. Januar 2013.

ger folgten und ob man eine genderspezifische Wahrnehmung von Krieg und Gewalt feststellen kann.

Ausgehend von dem organisatorischen Rahmen, in dem sich die Kriegs-krankenpflege abgespielt hat, stellt sich zunächst die Frage, wie die Vorbereitung einer so großen Anzahl an Einsatzkräften organisiert war. Nach einer Berufszählung allein für das weibliche Pflegepersonal aus dem Jahr 1907 standen dem Militär 47.000 Schwestern zur Verfügung.³⁶ Am Ende des Ersten Weltkrieges waren in den Etappen und in der Heimat 112.000 Schwestern und Helferinnen im Einsatz.³⁷ Dazu kommen etwa 101.000 Männer, die in der Pflege, im Transport und Depot tätig waren.³⁸

Außerdem soll geklärt werden, wie die Einsätze des Personals in den Etappen während des Krieges durchgeführt wurden, und welche Probleme sich im Hinblick auf die zunehmende Personalknappheit ergaben, zumal der Krieg, der für ein halbes Jahr gedacht war, viereinhalb Jahre dauerte.

In der Darstellung des Arbeitsalltags soll herausgearbeitet werden, welche Verantwortung dem Pflegepersonal übertragen worden war und wie sich die pflegerischen Tätigkeiten zur Medizin abgrenzten. Da besonders vor der Übernahme eines Lazarettes ein erheblicher Mangel an allem Notwendigen herrschte, soll gezeigt werden, wie das Personal den Mangel an elementarsten Dingen, wie sauberes Wasser, Betten, Nahrung, Medikamente ausgehalten und versucht hat, ihn auszugleichen.

Weiterhin wird die Beziehung der Schwestern und Pfleger zu den Patienten, auch zu denen der gegnerischen Heere, untersucht. Wenn sie auch nicht, wie Florence Nightingale (1820–1910) während des Krimkrieges (1853–1956), zu Berühmtheiten wurden, so waren die Kriegsschwester und -pfleger doch in den Medien präsent. Dabei soll die Wirklichkeit den Idealvorstellungen vom Etappenpflegepersonal gegenübergestellt werden.

Neben dem Pflegealltag im Krieg wird das Personal selbst in den Mittelpunkt gestellt. Zunächst wird nach Konflikten zwischen zivilem Pflegepersonal und Militär gefragt. Da die Schwestern und Pfleger mit Ausnahme der freien Schwestern und weltlichen Pfleger aus verschiedenen Mutterhäusern kamen, soll zunächst dargestellt werden, wie das Zusammenleben und -arbeiten unter den Schwestern funktionierte. Dabei spielt auch die Tatsache eine Rolle, dass sie unterschiedlichen Konfessionen und gesellschaftlichen Ständen angehörten und zudem aus verschiedenen Bundesstaaten kamen. Hier stellt sich die Frage, ob und welche Konflikte sich daraus ergaben und wovon diese abhingen. Geschlechtergeschichtliche Forschungslücken betreffen, neben der Wahrnehmung von Krieg und Gewalt, das Verhältnis der Kriegsschwester zu ihren männlichen Kollegen. Ein Mann, dem sonst in der Regel entweder die Rolle des Mediziners oder des Soldaten zugeschrieben wurde, hatte besonders in der freiwilligen Kriegs-krankenpflege einen geringeren sozialen Status als eine Schwester. Unabhängig davon, welchen Zivilberuf ein Krankenpfleger aus-

36 Riesenberger (2002), S. 137.

37 Senfleben/Foerster/Liesner (1934), S. 69.

38 Senfleben/Foerster/Liesner (1934), S. 69.

übte, war ihm gegenüber die Schwester, je nach Anweisung der Ärzte, weisungsbefugt. Vereinzelt wurde für die Schwestern vom Roten Kreuz sogar der Offiziersrang gefordert.³⁹ Daneben muss auf das Verhältnis zu den Ärzten eingegangen werden, das eigenes Konfliktpotential bergen konnte.

Wichtig sowohl für die Pflegenden selbst als auch hinsichtlich des Erfordernisses, Arbeitsleistung zu erbringen, ist der Gesundheitszustand von Schwestern und Pflegern. Es soll untersucht werden, an welchen Krankheiten sie litten, in welcher Verfassung sie arbeiten mussten und wie ihre medizinische Versorgung im Krankheitsfall aussah. Neben den körperlichen Anstrengungen sind gerade im Krieg psychische Belastungen und Traumata zu erwarten. Deshalb stellt sich die Frage, wie die Pflegenden traumatische Erlebnisse verarbeitet haben, in wieweit diese überhaupt erkannt und von den Ärzten behandelt worden sind.

Ein weiterer Punkt, auch im Zusammenhang mit den psychischen Belastungen, ist das Freizeitverhalten der Schwestern und Pfleger. Die harte Arbeit, die seelischen Erschütterungen durch den Krieg, aber auch Auseinandersetzungen mit den Kollegen und Ärzten machten einen Ausgleich notwendig, um physisch und mental durchzuhalten. Zunächst sollen die verschiedenen Freizeitmöglichkeiten aufgezeigt werden, bevor untersucht wird, welchen Stellenwert diese beim Personal hatten.

Die Bezahlung des Personals ist ein bedeutender „Marker“ der Anerkennung seiner Leistung und wurde von der Militärverwaltung als Mittel zum Durchhalten benutzt. Da Männer und Frauen in unterschiedlichen Gehaltsstufen waren, soll deshalb das jeweilige Gehalt ermittelt werden. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu wissen, wie sich die Besoldung zusammensetzte, und wer wieviel verdiente. Weitere Fragen betreffen die Regelung weiterer sozialer Absicherungen, zum Beispiel im Krankheitsfall. Da ab November 1918 nach und nach Tausende von Schwestern und Pflegern aus der Etappe auf den heimatischen Arbeitsmarkt strömten, fragt sich, wie das Pflegepersonal nach dem Krieg wieder in das zivile Berufsleben eingegliedert werden sollte und konnte.

1.3 Quellen

Quellenrecherche

Zunächst wurden die Mutterhäuser der Diakonien und der katholischen Orden und Kongregationen, die mindestens zehn Schwestern bzw. Brüder in die Etappe geschickt hatten und die noch existierten, angeschrieben. Ausgangspunkt waren zeitgenössische Statistiken sowie Empfehlungen von Archivaren und Schwestern der Ordensarchive. Ebenfalls angefragt wurde der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (vormals Agnes-Karll-Verband), alle 34 DRK Schwesternschaften und das DRK Generalsekretariat sowie der Dachverband

39 Riesenberger (2002), S. 148.