

VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 9

Herausgegeben von

Carlos Watzka, Elisabeth Dietrich-Daum und Andreas Golob

für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Wien: Verlagshaus der Ärzte, 2010



Arne Thomsen

Aspekte des katholischen Krankenhauswesens im Ruhrgebiet im langen 19. Jahrhundert¹

Summary

In the middle of the 19th century the Ruhr area has started to develop from a rural landscape to an industrial region. Due to massive immigration into the district health service became more and more insufficient, especially for ill and sick workers who were the majority of patients in the new hospitals. However, municipal authorities had not the funds to establish enough hospitals so that catholic and protestant parishes started to build their own modern hospitals. In catholic communities the parish priest was the driving force before and during the establishment of the hospitals. Although catholic hospitals had different ways of funding it was difficult to achieve secured finances in this time. The nursing was done by catholic sisters of religious orders and congregations who worked for free, hoping for salvation. In the daily life of the hospitals the nurses had to cooperate with the doctors.

Keywords

denominational hospitals, Ruhr area, German Empire, 19th century, catholic milieu

Bis zum Ersten Weltkrieg entstanden im Ruhrgebiet über 70 katholische Krankenhäuser.² Weitet man den Blick auf die benachbarten Gebiete aus, waren im Jahre 1913 43% aller katholischen Krankenhäuser Deutschlands in der preußischen Rheinprovinz oder in Westfalen beheimatet.³ Auch heutzutage besitzt kaum eine andere europäische Region eine vergleichbar hohe Krankenhausdichte. Dieser Zustand fand im 19. Jahrhundert nicht überall Zustimmung. Der Düsseldorfer Regierungsrat Dr. Beyer beklagte bereits

1 Wenn in der folgenden Untersuchung Hospitäler erwähnt werden, sind damit, wenn nicht ausdrücklich anders bezeichnet, Krankenhäuser modernen Typs, d.h. Behandlungsstätten für heilbare Kranke gemeint. Zur Unterscheidung von Hospital und Krankenhaus vgl. Robert JÜTTE, Vom Hospital zum Krankenhaus: 16. bis 19. 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 1996) 31-50. Axel H. MURKEN, Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart (Köln 1995). Carlos WATZKA, Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa (Köln u.a. 2005).

2 Ein katholisches Krankenhaus wurde von Geistlichen und Bürgern katholischen Glaubens geleitet und getragen. Schwestern oder Brüder einer katholischen Gemeinschaft übten die Krankenpflege aus.

3 Catherine MAURER, Der Caritasverband zwischen Kaiserreich und Weimarer Republik. Zur Sozial- und Mentalitätsgeschichte des caritativen Katholizismus in Deutschland (Freiburg im Breisgau 2008) 93.

im Jahre 1874 ein „*Überwuchern der klösterlichen Anstalten*“.⁴ Wie es zu dieser Entwicklung kommen konnte und wer die treibenden Kräfte waren, soll in der folgenden Untersuchung skizziert werden.⁵

Mit der Entstehung des rheinisch-westfälischen Industriegebiets im 19. Jahrhundert entwickelte sich zugleich ein katholisches caritatives Netzwerk, dessen tragende Säulen die oft aus kleinsten Anfängen entstandenen Krankenhäuser waren. Repräsentative Großbauten wie in anderen Landesteilen Preußens, besonders in Großstädten, waren im Ruhrgebiet aufgrund der dauerhaft angespannten Finanzlage selten möglich.⁶ Im Lebensraum an den Flüssen Rhein, Ruhr und Emscher ähnelten einige Krankenhausbauten in ihrer Architektur dagegen der von zeitgenössischen Eigenheimen oder waren teilweise vormals Wohnhäuser. Die auffälligsten baulichen Elemente waren, wenn vorhanden, eine zentral gelegene Kapelle und ein charakteristischer Turm.⁷ Ohne die zeitgenössische christlich-caritative Motivation und Frömmigkeitspraxis der katholischen Bevölkerung hätten zahlreiche Krankenhausgründungen nicht stattgefunden. Ein Krankenhaus war für viele Kirchengemeinden nach der Kirche die wichtigste Errungenschaft. Selbstheiligung und die Erlangung des ewigen Seelenheils waren für im katholischen Milieu verwurzelte Bürger erstrebenswerte Ziele, die sie durch Almosen mit Hilfe von Stiftungen und Spenden zu erreichen versuchten.⁸ Durch caritative Tätigkeiten konnte ein kirchlicher Ablass erworben werden. Hierfür bot ein Krankenhausbau eine vorzügliche Gelegenheit. Im zeitgenössischen Verständnis führte Armut zum Verfall christlicher Werte, dem katholische Krankenhäuser durch mildtätige, also für Arme kostenlose Krankenpflege begegnen konnten. Die katholische Kirche erhoffte sich durch einen Beitrag zur Lösung der sozialen Frage eine Art neuer Legitimation in der Gesellschaft nach der Säkularisierungswelle zu Beginn des 19. Jahrhunderts.⁹ Die Amtskirche stand somit, vor dem Hintergrund einer Stärkung der katholischen Identität durch Gründungen von katholischen Einrichtungen verschiedenster Art, neuen konfessionellen Krankenhäusern nicht im Wege.

Mit der Verabschiedung der preußischen Verfassung von 1850 erhielten Religionsgemeinschaften das Recht, eigene Wohltätigkeitsanstalten zu unterhalten. Zudem fielen bedeutende rechtliche Niederlassungsbestimmungen weg und die Einrichtungen stan-

4 Mit Anstalten sind hier Krankenhäuser gemeint. Denkschrift erhalten in: Hauptstaatsarchiv Düsseldorf, Regierung Düsseldorf, Sign. 20131. Hier zitiert in: Erwin GATZ, Kirche und Krankenpflege, im 19. Jahrhundert. Katholische Bewegung und karitativer Aufbruch in den preussischen Provinzen Rheinland und Westfalen (München u.a. 1971) 584.

5 Zum Thema entsteht eine Dissertation des Autors, die 2011 abgeschlossen werden soll.

6 In anderen Regionen Preußens legten kirchliche Organisationen offenbar großen Wert auf ansprechende Architekturmerkmale: Axel Hinrich MURKEN, Das kommunale und konfessionelle Krankenhaus in Deutschland von der Biedermeierzeit bis zur Weimarer Republik. In: Hans Heinrich BLOTEVOGEL (Hg.), Kommunale Leistungsverwaltung und Stadtentwicklung vom Vormärz bis zur Weimarer Republik (Köln u.a. 1990) 81-116, hier 84.

7 Demzufolge wäre eine baugeschichtliche Untersuchung, auf die sich die deutsche Krankenhausgeschichtsschreibung in der Vergangenheit stark konzentriert hat, für das Ruhrgebiet wenig lohnenswert.

8 Thomas KORTMANN, Von der Laienkaritas zum städtischen Ehrenamt – Zur Reform der Armenfürsorge in Münster um 1890. In: Franz-Josef JAKOBI, Ralf KLÖTZER, Hannes LAMBACHER, (Hg.), Strukturwandel der Armenfürsorge und der Stiftungswirklichkeiten in Münster im Laufe der Jahrhunderte (Münster 2002) 297-320, hier 301.

9 Relinde MEIWES, Katholische Frauenkongregationen und die Krankenpflege im 19. Jahrhundert. In: L'Homme 19 (2008) 39-60, hier 42.

den nicht mehr unter direkter staatlicher Aufsicht. Bereits einige Jahre zuvor war mit dem 1844 gegründeten Elisabeth-Krankenhaus in Essen eines der ersten katholischen Krankenhäuser der Region entstanden. Es stellt zugleich eine Besonderheit dar, da die Trägerschaft dieses Krankenhauses bei einem katholischen Krankenpflegeorden, den Barmherzigen Schwestern von der heiligen Elisabeth, lag.¹⁰ Ansonsten gehörten die meisten Hospitäler den Kirchengemeinden, auf deren Territorien sie lagen. Eine Träger-GmbH, die als Rechtsform heute verbreitet ist, wurde bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges nur vereinzelt eingesetzt. Sie wurde überhaupt erst mit dem GmbH-Gesetz von 1892 eine mögliche Alternative zu anderen Trägerschaften. In Gelsenkirchen-Erle wurde diese neue Trägerform mit der breiteren finanziellen Basis begründet. Die Trägerschaft des neuen Elisabethhospitals lag nicht mehr bei nur einer einzelnen Kongregation, sondern bei 30 Gesellschaftern, die sich Elisabethstift GmbH nannten.¹¹

Die Initiative für den Krankenhausbau ging zumeist vom Gemeindepfarrer aus, der oftmals von engagierten katholischen Bürgern seiner Kirchengemeinde unterstützt wurde. In einigen Gemeinden wurde zu diesem Zweck ein Krankenhausbauverein gegründet. Die hohe Identifikation des Pfarrers mit der entsprechenden Initiative war für das Entstehen der meisten modernen katholischen Hospitäler von entscheidender Bedeutung. Der Ausspruch des Oberhausener Pfarrers Josef Schmittmann, der das hiesige St. Joseph-Hospital als sein „*liebstes Kind*“¹² bezeichnete, ließe sich bestimmt auch auf andere Pfarrer übertragen. Der Gladbecker Pfarrer Franz Nonn schrieb, als das Krankenhausprojekt in seiner Gemeinde auf Gegnerschaft stieß, in seinen Notizen: „*Ich muss es machen, wie die Mutter, welche die Kinder wäscht, auch wenn sie schreien*“¹³. In Gelsenkirchen-Schalke bedeutete die Versetzung des Pfarrers in eine andere Gemeinde das Ende des Krankenhausbauprojektes, da der neu berufene Geistliche andere Prioritäten setzte.¹⁴ Einem anderen Gelsenkirchener Pfarrer, Heinrich Spaller, wurde auf dem katholischen Altstadtfriedhof eine Erinnerungsstele gewidmet, die eine Darstellung des in seiner Amtszeit gebauten Marienhospitals schmückt.

Im Allgemeinen blieb der bei der Gründung aktive Pfarrer auch nach der Inbetriebnahme des Krankenhauses in führender Position und leitete beispielsweise den Krankenhausvorstand. Dies konnte in Einzelfällen auch negative Folgen wie eine hohe Verschuldung haben, wenn der betreffende Geistliche keine ökonomischen Kenntnisse besaß. Auch sparsames wirtschaftliches Handeln konnte aber zu Konflikten führen. So nutzten z.B. die zum Kuratorium gehörenden Anstaltsärzte das Ableben des Krankenhausvorsitzenden Schmittmann, um ihre Gehälter aufzustocken sowie eine Anstellung auf Lebenszeit zu verabschieden. Der neue Pfarrer musste diese Beschlüsse wieder rück-

10 Zur Geschichte der Kongregation siehe: GENOSSENSCHAFT DER BARMHERZIGEN SCHWESTERN VON DER HL. ELISABETH (Hg.), Von Gottes Güte und der Menschen Treue. Die Genossenschaft der Barmherzigen Schwestern von der hl. Elisabeth zu Essen (Siegburg 1957).

11 ELISABETH-STIFT GMBH (Hg.), In ihren Werken sollt ihr sie erkennen. Die Geschichte der Elisabeth-Stift GmbH in Erle (Gelsenkirchen-Erle 1997) 9.

12 Hier zitiert in: Karl-Dieter HOFFMANN, Kirche in Oberhausen IV. Zur Geschichte der vier katholischen Krankenhäuser auf dem Gebiet der Stadt Oberhausen 1860-1930 (Oberhausen 1988) 129.

13 Pfarrarchiv St. Lamberti Gladbeck, Sign. 303. Hier zitiert in: Meike WAGENER-ESSER, Organisierte Barmherzigkeit und Seelenheil. Das caritative Sozialnetzwerk im Bistum Münster von 1803 bis zur Gründung des Diözesancaritasverbands 1916 (Altenberge 1999) 217.

14 Hans-Jürgen BRANDT, Der Plan des katholischen Krankenhauses. In: Hans-Jürgen BRANDT (Hg.), Schalke 91. Eine katholische Arbeitergemeinde im Ruhrgebiet mit Tradition. 100 Jahre Pfarrei St. Josef Gelsenkirchen-Schalke (Paderborn 1991) 346-348, hier 347.

gänglich machen beziehungsweise abändern. Fehler und eigenmächtiges Handeln der Beteiligten waren aufgrund mangelnder Erfahrungen mit vergleichbaren Projekten natürlich nichts Ungewöhnliches.

Eine der ersten Handlungen des Vorstands war stets das Verfassen eines Statuts. Dieses war notwendig für das Erlangen der bischöflichen und staatlichen Genehmigung und wurde normalerweise schon vor Baubeginn angefertigt. Solche Dokumente, Statuten, Hausordnungen sowie auch Verträge zwischen Krankenhäusern und Schwesternkongregationen wurden bereits nach einheitlichen Mustern verfasst, obwohl verbindliche Grundlagen erst durch die gesetzliche Krankenhausordnung der Königlichen Regierung der Rheinprovinz von 1911 verabschiedet wurden.¹⁵ Meist wurden offizielle Schriftstücke bereits bestehender Häuser als Vorlage benutzt. Genauso wichtig wie eine Satzung war ein Vertrag mit einer Kongregation zur Übernahme der Krankenpflege. Ohne die Bereitschaft der Barmherzigen Schwestern, die Krankenpflege und in einzelnen Fällen auch die Trägerschaft zu übernehmen, wären zahlreiche Krankenhäuser der Region erst später oder gar nicht eröffnet worden. Katholische Ordensschwestern waren vor der Eröffnung moderner Krankenanstalten, neben ihrem Wirken in den alten, multifunktionalen Hospitälern, auch ambulant in den Wohnhäusern der Kranken oder in speziellen Behandlungsräumen tätig. Diese Arbeit war meist wenig effizient und aufgrund der schlechten Transportwege und großen Entfernungen überaus zeitaufwendig. Von Seiten der Kommunen konnten die Bauherren nur wenig Unterstützung erwarten. Die Städte des Ruhrgebiets waren durch die rasche Entwicklung zur urbanen und schwerindustriellen Region und die damit verbundene Bevölkerungsexplosion (siehe Tabelle) überfordert und in der Regel dankbar, wenn andere für den Krankenhausbau aufkamen.

Tabelle: Bevölkerungsentwicklung laut amtlicher Statistik (nach Gebietsständen, gerundet auf Tausend)¹⁶

	Bochum	Dortmund	Essen
um 1850	17.000	31.000	9.000
um 1870	56.000	109.000	137.000
um 1910	234.000	584.000	295.000

Auf die Verdopplung der Bevölkerungszahl im Ruhrgebiet in den Jahren von 1852 bis 1868 antworteten etliche katholische Kirchengemeinden trotz der Wirtschaftskrise von 1857 bereits mit Krankenhausgründungen, so dass die Jahre 1857 und 1868 mit vier beziehungsweise sechs neuen Niederlassungen die ‚gründungsreichsten‘ Jahrgänge bis zum Ersten Weltkrieg waren. Um 1900 existierten im Ruhrgebiet schon 67 konfessionelle, aber nur 8 kommunale Krankenhäuser. Im übrigen Preußen war das Verhältnis dagegen umgekehrt.¹⁷ Die durchschnittliche Größe der Häuser war im 19. Jahrhundert jedoch so gering, dass trotz der Vielzahl an Einrichtungen bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts ein Mangel an Krankenbetten vorherrschte.

¹⁵ HOFFMANN, Kirche in Oberhausen 25.

¹⁶ Zahlen aus: ARBEITSKREIS FÜR KIRCHLICHE ZEITGESCHICHTE, MÜNSTER (AKKZG), Konfession und Cleavages im 19. Jahrhundert. Ein Erklärungsmodell zur regionalen Entstehung des katholischen Milieus. In: Historisches Jahrbuch 120 (2000) 358-395, hier 387.

¹⁷ Irmgard MÜLLER, Die Entwicklung des Gesundheitswesens im Ruhrgebiet. In: Rubin. Wissenschaftsmagazin der Ruhr-Universität Bochum 1 (1991) 38-45, hier 41-42.

Die Finanzierung des jeweiligen Bauwerks erfolgte zumeist aus - zum Teil konfessionsübergreifend eingeworbenen - Spenden und Erbschaften. Für notwendige Kredite konnten die Vermögenswerte der Kirchengemeinde belastet werden. Zum Zweck der lokalen Krankenhausfinanzierung unternahm ein Duisburger Kaplan 1859 gar eine erfolgreiche Kollektenreise nach Österreich und Italien.¹⁸ Einige örtliche Bergwerke lieferten das nötige Heizmaterial zum Unkostenpreis oder gratis. Die Deckung der laufenden Kosten versuchten die Krankenhausverwaltungen neben anderen Einnahmen durch den Verkauf von ‚Abonnements‘ für den Krankheitsfall zu regeln. Solche Abonnements, eine *„Frühform der Krankenversicherung auf freiwilliger Basis“*¹⁹, sicherten die Unterbringung bei ernsthafter Erkrankung und konnten von Privatpersonen oder von Unternehmen für ihre Arbeiter erworben werden, stellten also eine Art Versicherungssystem dar.

Das Bochumer Elisabeth-Krankenhaus versuchte mit Erfolg solche Abonnements zu bewerben. Obwohl nur ca. 20% aller Abonnenten auch Leistungen dieses Hauses in Anspruch nahmen, übertrafen die Einnahmen allerdings anfangs nicht die Ausgaben. Das lag offensichtlich an den bewusst niedrig gehaltenen Kosten dieser Form der sozialen Absicherung für den Krankheitsfall. Sie betragen im Bochumer Krankenhaus 1850 einen ‚Thaler‘ pro Jahr.²⁰ Ungeachtet aller finanziellen und materiellen Zuwendungen blieb die finanzielle Situation nahezu aller Häuser durch vielfältige Kostensteigerungen permanent angespannt. Auf Mahnungen und Verbesserungsvorschläge von behördlicher Seite, ausgesprochen insbesondere während der jährlichen Revisionen des amtsärztlichen Kreisphysikus²¹, konnte wegen fehlender Mittel oftmals erst mit mehrjähriger Verspätung reagiert werden. Am Marienhospital in Wattenscheid listeten die Revisionsberichte über mehrere Jahre die gleichen Mängel auf, ohne dass Veränderungen vorgenommen wurden.²² Die armseligen Verhältnisse erforderten von allen Bediensteten Pioniergeist und die Fähigkeit zur Improvisation. Benötigte etwa das Essener Krankenhaus ‚Haus Berge‘ eine Wanne, so musste diese extra aus einem benachbarten Kloster angeliefert werden.²³ In der Anfangszeit des Hamborner Krankenhauses mussten Kranke gar ihr eigenes Bett mitbringen. Die Bismarcksche Sozialgesetzgebung der 1880er Jahre trug dann aber wesentlich zur finanziellen Entlastung der Hospitäler bei und beendete die Zufälligkeit der Einnahmehöhen.

Ohne den Beitrag der Ordensschwwestern zur Niedrighaltung der Pflegekosten wäre ein wirtschaftliches Überleben einzelner Häuser aber unmöglich gewesen. Die Krankenpflegerinnen kannten weder Heimatbesuch noch Urlaub und wurden keinesfalls adäquat entlohnt. Ein Gehalt hätte auch den Konstitutionen ihrer Kongregation widersprochen. Dies bedeutete einen enormen Wettbewerbsvorteil gegenüber nichtkonfessionellen Krankenanstalten. Die Ansteckungsgefahr und ausufernde Arbeitszeiten waren weitere unattraktive Begleiterscheinungen der Schwesterntätigkeit. Ihr

18 St. JOHANNES-HOSPITAL (Hg.), Johannes-Nachrichten, Vincenz-Marien Nachrichten. Sonderausgabe. 125 Jahre St. Vincenz-Hospital (Duisburg 1986) 15f.

19 GATZ, Kirche und Krankenpflege 554.

20 Stadtarchiv Bochum, Sign. B, 07.04., Krankenpflege, Elisabeth-Anstalt.

21 Der Physikus war als Staatsbeamter der Bezirksregierung unterstellt. Seine Aufgabe bestand in medizinischer- und sanitätspolizeilicher Aufsicht.

22 Revisionsberichte in: Stadtarchiv Bochum, Sign. A WAT, Bau eines katholischen Krankenhauses in Wattenscheid.

23 Albrecht SCHENNEN, Zur Frühgeschichte der Essener Krankenhäuser im 19. Jahrhundert (Diss. med. Bochum 1970) 135.

religiöses Leben gab den Schwestern aber den Willen und die Kraft, die miserablen Arbeitsbedingungen zu ertragen. Auch die Unterbringung der Schwestern im Hospital war oft schwierig. Ihr Wunsch nach einem abgetrennten Wohntrakt verwirklichte sich zum Teil erst mehrere Jahrzehnte nach Eröffnung der Einrichtung.

Der typische Patient des Ruhrgebietskrankenhauses im langen 19. Jahrhundert war männlich, unverheiratet, ortsfremd und im arbeitsfähigen Alter zwischen 15 und 30 Jahren.²⁴ Er konnte im Krankheitsfall, häufig ausgelöst durch einen beruflichen Unfall in einer nahe gelegenen Zeche, nicht auf familiäre Unterstützung hoffen. Ziel des Krankenhausaufenthalts war die schnellstmögliche Genesung und damit auch Wiederherstellung der Arbeitskraft. Dies war im Interesse von Patient und Arbeitgeber zugleich, gab es doch nur, wenn überhaupt, ein äußerst geringes Krankengeld. Dieser Zustand besserte sich mit der Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung 1883.²⁵ Etwaige Angehörige des Industriearbeiters waren noch nicht mitversichert. Für sie und für Nichtversicherte sprang bei Bedarf an stationärer Krankenpflege die städtische Armenkasse ein. In diesem Fall konnte der Patient aber sein allgemeines Wahlrecht verlieren.²⁶ Der Anteil von Frauen an den Krankenhauspatienten blieb bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges so deutlich niedriger als der Anteil männlicher Patienten, auch da die Statuten der Häuser neben Geisteskranken die Aufnahme von Wöchnerinnen und Säuglingen ausschlossen.²⁷

Für das Krankenhaus bedeuteten Einnahmen aus der Armenfürsorge eine wichtigere Einnahmequelle als Zahlungen von Privatpatienten. Gelegentlich verzichteten die Hospitäler auch auf Kostenerstattung oder nahmen Naturalien als Aufnahmegebühr an. Wenn es die Räumlichkeiten zuließen, wurden bereits in den Anfangsjahren der jeweiligen Einrichtungen Einzelzimmer eingerichtet. Dadurch sollte die wohlhabende Bevölkerung angelockt werden, die ansonsten im Krankheitsfall eine Behandlung im eigenen Haus vorgezogen hätten. Des Weiteren führten viele Krankenhäuser ein Dreiklassensystem in der Pflege ein, dessen Auswirkungen sich am deutlichsten in der ungleichen Ausstattung der Patientenzimmer zeigten.²⁸ Patienten 1. Klasse waren Selbstzahler und belegten ein Ein-Bett-Zimmer. In der 2. Klasse mussten sich die zumeist als Kassenmitglieder versicherten Kranken das Zimmer zu zweit oder dritt teilen. Für die Patienten 3. Klasse zahlte zumeist die Armenkasse. Die dortige Begrenzung der Bettenzahl regelte die Größe des Krankensaales.

24 Die Gruppe der ‚labouring poor‘ stellte in zwei untersuchten Krankenhäusern in Hamburg und Stuttgart bis ins frühe 20. Jahrhundert rund 90% der Patienten. Reinhard SPREE, Die Finanzierung von Krankenhäusern in Deutschland während des 19. Jahrhunderts. In: Hans-Jürgen GERHARD (Hg.), Struktur und Dimension. Festschrift für Karl Heinrich Kaufhold zum 65. Geburtstag II (Stuttgart 1997) 413-446, hier 440.

25 Reinhard SPREE, Anspruch und Wirklichkeit der Krankenhausbehandlung im 19. Jahrhundert. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 19 (2000) 143-151, hier 148.

26 Diesen Zustand nahmen sich der Mediziner Rudolf Virchow sowie die deutsche Sozialdemokratie zum Anlass, in Reichstagsdebatten und in Publikationen eine unentgeltliche Krankenhausbenutzung zu fordern. Beate WITZLER, Großstadt und Hygiene. Kommunale Gesundheitspolitik in der Epoche der Urbanisierung (Stuttgart 1995) 137.

27 Die Niederlassungen der Barmherzigen Brüder in Essen und Dortmund sowie die Katholische Heilanstalt für alkoholranke Männer in Essen-Heidhausen nahmen ausschließlich Männer auf.

28 Am Allgemeinen Krankenhaus Hamburg existierten sogar vier Pflegeklassen. SPREE, Finanzierung von Krankenhäusern 417.

Die Ansicht aber, Krankenhäuser seien „*Pforten zum Tode*“²⁹, sollte sich noch länger im Bewusstsein der Bevölkerung halten. Dennoch strömte die Bevölkerung, nach kurzer Zeit des Abwartens, aufgrund von Mundpropaganda doch in die Krankenhäuser. Das bereits erwähnte erste Essener Krankenhaus besaß zu Beginn des Betriebes 1844 fünf Betten, die in den ersten 12 Monaten von nur 34 Kranken in Anspruch genommen wurden. 1855, eine Dekade nach der Gründung, hatte die Einrichtung aber schon eine Auslastung von über 1000 Kranken im Jahr aufzuweisen.³⁰ Die Krankenhäuser benötigten so, aufgrund steigender Patientenzahlen und neuer technisch-sanitärer Möglichkeiten, oftmals schon kurze Zeit nach Fertigstellung einen Aus- oder Neubau. Auch bauliche Mängel und Unzulänglichkeiten der Erbauten waren zum Teil festzustellen und Resultat fehlender Expertise, besonders in medizinisch-hygienischer Hinsicht gewesen. Im Laurentius-Krankenhaus in Essen-Steele wurden schon vor Fertigstellung der Anstalt zahlreiche Beanstandungen dokumentiert.³¹

Mit dem Ansteigen der Patientenzahl nahm auch die Anzahl der Krankenpflegerinnen zu. So ist ein paralleles Wachstum von Krankenhäusern und Kongregationen zu beobachten. Die Krankenhausvorstände baten die jeweiligen Mutterhäuser der Pflegekongregationen wiederholt um die Sendung weiterer Schwestern. Dem konnte aufgrund der hohen Nachfrage nicht immer stattgegeben werden. Bei den Münsteranern Clemensschwwestern existierte gar eine Warteliste mit Anfragen von Gemeinden.³² Weltliche Krankenschwestern gab es zur damaligen Zeit selten. Das Marienhospital Altenessen bot im Jahr 1894 2-3-monatige Kurse zur Ausbildung von freiwilligen Krankenpflegerinnen an, jedoch erfolglos.³³

Die Namensgebung der neu gegründeten Krankenhäuser hatte verschiedene Hintergründe. Viele verdanken ihre Bezeichnung der Gottesmutter Maria, dem heiligen Josef, Schutzpatron der Arbeiter oder der heiligen Elisabeth, Patronin des Hospitals. Andere Einrichtungen wurden nach ihrem Eigentümer, der Kirchengemeinde, benannt. Das Gladbecker Krankenhaus benannte sich als Ergebnis von kurzen Unstimmigkeiten nach der heiligen Barbara, der Schutzpatronin des Bergbaus. Damit sollte offensichtlich eine hohe Identifikation der Bergleute mit dem Hospital erreicht werden. Vermutlich erhoffte sich die Anstalt auch zusätzliche Zuwendungen dieser Klientel. Das Philippus-Stift in Essen leitete seinen Namen vom damaligen Kölner Erzbischof Kardinal Philippus Krenz ab. Ein kurioser Fall ist aus dem St. Elisabeth-Hospital in Bochum überliefert. Die Anstalt, 1848 gegründet und benannt nach der heiligen Elisabeth von Thüringen, erhielt 1849 ein Schreiben von Königin Elisabeth von Preußen. Darin übernahm diese das Protektorat des Hauses und übersandte ein Bildnis von ihr, weil sie davon ausging, dass das Haus nach ihr benannt wurde. Der Krankenhausvorstand, der lange auf die

29 Titulübersetzung Reinhard Sprees der viel zitierten Studie ‚Gateways to Death‘ von Erich Milton Sigsworth. SPREE, Anspruch und Wirklichkeit 144.

30 Martin WEYER-VON SCHOULTZ, Das Gesundheitswesen der Stadt Essen im 19. und frühen 20. Jahrhundert. In: Klaus WISOTZKY, Michael ZIMMERMANN (Hg.), Selbstverständlichkeiten. Strom, Wasser, Gas und andere Versorgungseinrichtungen. Die Vernetzung der Stadt um die Jahrhundertwende (Essen 1997) 185-215, hier 191.

31 SCHENNEN, Frühgeschichte Essener Krankenhäuser 123.

32 WAGENER-ESSER, Barmherzigkeit und Seelenheil 279.

33 Irmgard MÜLLER, Vom Hospital zur modernen Klinik. In: MARIENHOSPITAL ALTENESSEN (Hg.), 1888-1988. 100 Jahre Marienhospital Altenessen (Essen 1988) 14-42, hier 18. Zu fehlenden weltlichen Pflegekräften siehe auch GATZ, Kirche und Krankenpflege 591.

staatliche Genehmigung zur Inbetriebnahme gewartet hatte, verzichtete daraufhin einige Jahre lang auf das ‚St.‘ vor ‚Elisabeth‘.³⁴ Ein kirchenhistorisches Ereignis, die Rückkehr Pius VII. nach Rom, stand dagegen Pate für den Namen des Marienhospitals in Gelsenkirchen: Am 24. Mai 1814, 55 Jahre vor der Gründung des Klinikums, hatte der Papst aus dem Anlass seiner Heimkehr in den Kirchenstaat ein Dankesfest für die Mutter Maria gefeiert. Im Falle des Marienhospitals in Gelsenkirchen-Buer wurde offenbar das Patrozinium der Firma, die zuvor das Gebäude bewirtschaftete, übernommen. Die dortige Druck- und Färberei stellte sich 1857 unter den Schutz der Heiligsten Jungfrau Maria und des Heiligen Joseph.³⁵ In Hattingen-Niederwenigern trug die ehemalige Eigentümerin des für den Krankenhausbau erworbenen Grundstückes den Vornamen Elisabeth. Anscheinend wollte man sich mit der Namensgebung für den gewährten Nachlass im Kaufpreis bedanken. Aus Angst vor Enteignung wurde während des Kulturkampfes mit der Namenspatronin übrigens ein Scheinrückkauf vereinbart.³⁶

Der Kulturkampf verschlechterte das Verhältnis der Schwesternkongregationen zum preußischen Staat. Die Generaloberin der im Bochumer Elisabeth-Hospital tätigen Vincentinerinnen musste jeden Monat ein Schriftstück über Veränderungen im Schwesternpersonal an die preußische Verwaltung senden. Dies musste auch geschehen, wenn es keine Neuerungen zu vermelden gab. Versetzungen von Schwestern oder berufliche Veränderungen mussten beantragt und begründet werden. Die Reaktion der Oberin auf diese Schikane war die immergleiche Begründung der Versetzung, nämlich die Entscheidung des Mutterhauses. Der Oberbürgermeister von Bochum musste nach Eingang des Schriftstücks der königlichen Regierung mit Sitz in Arnsberg bestätigen, dass keine Bedenken gegen eine Versetzung bestünden, bevor laut § 2 des so genannten ‚Klostergesetzes‘³⁷ die behördliche Genehmigung erfolgte. Auch das Abklingen des Kulturkampfes kann anhand erhaltener Schriftstücke nachvollzogen werden. Denn ab 1883 reichte eine vierteljährliche Meldung über Versetzungen aus und ein Jahr später war keine Begründung einer Versetzung mehr von Nöten.³⁸ Zuvor war bereits durch das 1. ‚Milderungsgesetz‘ vom 14. Juli 1880 die Gründung von neuen Niederlassungen wieder möglich geworden, ebenso die Wiederaufnahme von Tätigkeiten neben der Krankenpflege wie z.B. Unterricht.

Im Gegensatz zu anderen katholischen Einrichtungen hatte der preußische ‚Kulturkampf‘ für die katholischen Krankenhäuser auch positive Folgen: Nach der Verabschiedung des Klostergesetzes durften die Schwestern ab 1875 nicht mehr im Schulwesen unterrichten. So konnten die ehemaligen Schulschwestern in der Folgezeit, sofern sie nicht emigrierten, das Krankenhauspersonal verstärken und die Krankenschwestern in Pflege, Verwaltung oder Haushaltsführung entlasten. Dieser Aspekt und das Verbot, weiterhin Waisenkinder im Krankenhaus zu beherbergen, sollten sich positiv auf die

34 Herbert Anton NEUMANN, Chronik des St. Elisabeth-Hospitals Bochum 1848 – 1998 (Bochum 1998) 15.

35 Hugo VÖGE, Vor 120 Jahren und danach. Aus der Geschichte des Marienhospitals Buer, in Texten und Bildern dokumentiert. In: Beiträge zur Stadtgeschichte 13 (1987), 111-125, hier 111-112.

36 Joseph SCHULTE, Dieter BONNEKAMP, Ernst COLLENBERG, Thomas WEISZ, Chronik der katholischen Pfarrgemeinde Niederwenigern (Hattingen 1997) 55-57.

37 Gesetz, betreffend die geistlichen Orden und ordensähnlichen Kongregationen der katholischen Kirche vom 31. Mai 1875.

38 Stadtarchiv Bochum, Sign. B, 06.01. Kirchen, Katholische Kirchenangelegenheiten.

Professionalisierung der Krankenpflege auswirken.³⁹ Allerdings verzichteten die Kongregationen bis 1887 auf die offizielle Aufnahme von Novizinnen, da dies einer staatlichen Zustimmung bedurfte hätte. Diese Praxis führte für einige Jahre zu einem Schwesternmangel in vielen Häusern.⁴⁰ Die Münsteraner Klemensschwwestern und die Paderborner Vinzentinerinnen nahmen junge Frauen jedoch unter dem Deckmantel, es handle sich um Dienstbotinnen, in ihre Kongregationen auf. Das St. Marien-Hospital in Oberhausen-Osterfeld, 1875 gegründet, musste damals zehn Jahre auf die staatliche Genehmigung warten. Auslöser für diese Verzögerung war das Festhalten der Kirchengemeinde an katholischen Pflegerinnen. Der für die Ausübung der Pflege notwendigen Niederlassung der Mauritzer Franziskanerinnen in Osterfeld verweigerten aber die preußischen Behörden wegen des ‚Kulturkampfes‘ die Zulassung.⁴¹

In einzelnen Städten des Ruhrgebiets ist ein paralleler Krankenhausbau von katholischer und evangelischer Seite dokumentiert. Dass hierbei die konfessionelle Konkurrenz wie in anderen Regionen Preußens die entscheidende Rolle gespielt hat, ist aber zu bezweifeln. Diese spielte, wie auch die innerkatholische zwischen den Kirchengemeinden, sicherlich eine Rolle. Es sind beispielsweise Beschwerden der evangelischen Gemeinde Duisburg über Konversionsversuche im katholischen St. Vincenz-Hospital der Stadt erhalten.⁴² Hauptursache des Phänomens des gleichzeitigen Krankenhausbaus war aber wohl ein eminenter sozialer Bedarf, dem die Kommunalverwaltungen aufgrund eingeschränkter finanzieller Handlungsmöglichkeiten nicht nachkommen konnten. Die kirchlichen Bauherren wollten einen gesundheitlichen Notstand vermeiden oder zumindest lindern. Denn mit dem von der Eröffnung neuer Bergwerke und Stahlwerke ausgelöst, enormen Bevölkerungszuwachs der Ruhrstädte bestand ein hoher Bedarf an vermehrten Versorgungsangeboten im Gesundheitsbereich.⁴³ Die Gemeinde Gelsenkirchen beispielsweise bekam über Jahrzehnte ihre Abwasserentsorgung nicht in den Griff, was zu vielen Erkrankungen ihrer Einwohner führte. Bis zur Eröffnung des ersten Gelsenkirchener Krankenhauses 1867 mussten Kranke aber einen mehrere Stunden dauernden Transport in die Hospitäler der Umgebung in Kauf nehmen. Da weder Katholiken noch Protestanten in Gelsenkirchen alleine in der Lage waren, ein Krankenhaus zu finanzieren und ein Gemeinschaftshospital keine Mehrheit fand, einigte man sich auf eine katholische Einrichtung, zu dessen Finanzierung auch von evangelischer und jüdischer Seite beigetragen wurde. Der erfolgreiche Gründungsprozess des katholischen Krankenhauses ermutigte die evangelische Seite dann ihrerseits ein eigenes Krankenhausbauprojekt zu verwirklichen.⁴⁴ In Duisburg-Homburg verzichtete die evangelische Kirchengemeinde dagegen nach Inbetriebnahme des katholischen Krankenhauses auf ihr eigenes

39 Erwin GATZ, Wolfgang, SCHAFFER, Sozial-caritativ tätige Orden. In: Erwin GATZ, (Hg.), Geschichte des kirchlichen Lebens in den deutschsprachigen Ländern seit dem Ende des 18. Jahrhunderts. Die katholische Kirche V. Caritas und soziale Dienste (Freiburg im Breisgau u.a. 1997) 91-110, hier 108.

40 Ulrich KELLER, Dagmar KOPPERS, Sr. Maria Lucinda GRAMS, 100 Jahre Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Herz-Jesu-Krankenhaus Dernbach (Dernbach 2009) 22-26.

41 HOFFMANN, Kirche in Oberhausen, 33.

42 Stadtarchiv Duisburg, Sign. 10, 5704, Kirchensachen der evangelischen Religionsgemeinschaften.

43 Nach 1870 kann anhand der Gründungsjahre der Krankenhäuser die Süd-Nord-Wanderung des Ruhrbergbaus nachgezeichnet werden: WAGENER-ESSER, Barmherzigkeit und Seelenheil, 148-149.

44 Zur Gelsenkirchener Krankenhausgeschichte vgl. Barbara LUEG-HOFFMANN, Das Krankenhaus- und Medizinalwesen der Stadt Gelsenkirchen im 19. Jahrhundert (Herzogenrath 1992), hier 55.

Bauvorhaben, da kein Bedarf an zusätzlicher Krankenpflege mehr bestand. Bereits vor Gründung des katholischen Hospitals wurden übrigens die dortigen Clemensschwwestern, die ambulant tätig waren, von zwei evangelischen Diakonissinnen unterstützt.⁴⁵

In den Statuten nahezu aller katholischen Krankenhäuser war festgehalten, dass Patienten ohne Beachtung ihrer Religion und Konfession zu behandeln seien. In der Praxis wurden aber etwa in Bochum ungefähr viermal so viele katholische wie evangelische Patienten im dortigen katholischen Krankenhaus gepflegt. Vor der Gründung der evangelischen Augusta-Krankenanstalt 1864 in Bochum war das Verhältnis ausgeglichener gewesen, doch waren katholische Patienten stets in der Mehrzahl. Dies lag aber primär an der Bevölkerungszusammensetzung Bochums während der Epoche der Industrialisierung, da die Katholiken insgesamt die Mehrheit stellten. 1871 erreichte der katholische Anteil mit 61,4% der Gesamtbevölkerung den Höchststand, während bis zum Ersten Weltkrieg nie mehr als die Hälfte der Bochumer Bürger evangelisch war.⁴⁶ Dazu kamen noch vereinzelt jüdische Patienten.

Allerdings durfte laut den üblichen Statuten ein Protestant nicht in das Kuratorium einer katholischen Klinik aufgenommen werden und es durften nur römisch-katholische Schwestern im Krankenhaus Dienst tun. Trotz dieser Einschränkungen kann man nicht von einer ausgeprägten Konkurrenzsituation sprechen: Die konfessionellen Essener Krankenhäuser einigten sich z.B. auf gleiche Pflegesätze und gleich lautende Verträge mit Dritten.⁴⁷ Mit den zu Beginn des 20. Jahrhunderts gegründeten Knappschaftskrankenhäusern hatten dagegen die Krankenhäuser beider Konfessionen Probleme. Sie fürchteten die moderne Konkurrenz und warfen den neuen Einrichtungen mangelnde religiöse Betreuung der Patienten vor.⁴⁸

Konflikte, die im Zuge des Modernisierungsprozesses im Gesundheitswesen und der Professionalisierung der Ärzteschaft und Krankenpflegerinnen um die Jahrhundertwende in deutschen Krankenhäusern auftraten, sind im Industriegebiet an der Ruhr nur vereinzelt und verzögert zu beobachten. Ein Grund hierfür war die geringe Größe der Häuser, die oftmals noch um 1900 über keinen hauptamtlichen Arzt verfügten. Die Ärzte konnten nur langsam neuere Methoden in der Krankenbehandlung durchsetzen, da finanzielle Mittel zur Modernisierung fehlten und die Oberinnen der Orden auf der gewohnten Arbeits- und Lebensweise beharrten. So unterbrachen die Barmherzigen Schwestern ihre Arbeit für die regelmäßigen Gebetszeiten und verzichteten auch während des Dienstes nicht auf die aus ärztlicher Sicht unpraktische Ordenskleidung. Auch konnte etwaiges Fehlverhalten der Ordensschwestern seitens der Krankenanstalt oder gar der Ärzte nicht direkt sanktioniert werden. Alle personellen Entscheidungen wurden in den Mutterhäusern der Kongregation getroffen. Gute Pflegekräfte waren zur damaligen Zeit für den Erfolg eines Krankenhauses, auch für die Heilerfolge, meist wichtiger als die Tätigkeit der nur in geringer Anzahl angestellten Ärzte. So fiel es den Oberinnen der Krankenpflegekongregationen nicht schwer, weiter ihre traditionellen Vorstellungen bezüglich des Tagesablaufs und der Krankenpflege, die physisch und seelisch sein sollte,

45 Franz Gerd GEHNEN, St. Johannes-Stift feierte 100jähriges Bestehen. In: Beiträge zur Heimat- und Kulturpflege 11 (1994/95) 62-65, hier 63.

46 Antonius LIEDHEGENER, Christentum und Urbanisierung. Katholiken und Protestanten in Münster und Bochum 1830 – 1933 (Paderborn u.a. 1997) 433-434.

47 WEYER-VON SCHOULTZ, Gesundheitswesen Stadt Essen 195.

48 Ulrich LAUF, Religiöse Bezüge im historischen Knappschaftswesen. In: Kompass 118 (Sonderausgabe 2008) 18-25, hier 24.

durchzusetzen. Das später übliche Chefarztsystem mit Ärzten an der Spitze der Hierarchien in den Krankenhäusern ist damals noch nicht einmal ansatzweise erkennbar.⁴⁹ Zum Teil behandelten die Ärzte die gewöhnlichen Krankenhauspatienten seinerzeit noch ehrenamtlich. Ihre Einkünfte erzielten sie mit Privatpatienten außerhalb und innerhalb der Klinik. Feste Dienstzeiten waren unbekannt und ein Austausch mit Fachkollegen nur selten möglich. Den Krankenhausträgern fehlten noch die finanziellen Mittel, die Ärzte ganztägig an ihre Kliniken zu binden. Veränderungen in der Krankenhausführung und der Krankenpflege, wie sie in größeren deutschen Krankenhäusern seit den 1880er Jahren durchgeführt wurden, traten infolgedessen in den katholischen Hospitälern an der Ruhr verspätet und in geringerem Umfang ein. Modernisierungen wurden allerdings einfacher, als sich 1910 die Krankenhäuser im Deutschen Caritasverband auf dem Caritastag in Essen zur ‚Freien Vereinigung der Katholischen Krankenhausvorstände Deutschlands‘ vernetzten.⁵⁰ Mit diesem Schritt und der allgemeinen Krankenhausordnung von 1911 erhielten die katholischen Krankenhäuser am Vorabend des Ersten Weltkrieges bessere Organisationsmöglichkeiten und konnten sich besser innerhalb der Krankenhauslandschaft des Ruhrreviers etablieren. In der Weimarer Republik sollten nur noch vereinzelte Neugründungen hinzukommen.

Autoreninformation

Arne Thomsen, M.A., Historiker, Doktorand am Lehrstuhl für Kirchengeschichte des Mittelalters und der Neuzeit, Ruhr-Universität Bochum, Universitätsstraße 150, 44801 Bochum. Email: arne.thomsen@rub.de

49 Eine Geschichte des Krankenhauswesens im Ruhrgebiet kann folglich, jedenfalls für die katholischen Krankenanstalten, nur als eine „beyond the great doctors“ geschrieben werden, wie eine aktuelle Entwicklung in der Medizingeschichtsschreibung bezeichnet wurde: Alfons LABISCH, Reinhard SPREE, Neuere Entwicklungen und aktuelle Trends in der Sozialgeschichte der Medizin in Deutschland – Rückschau und Ausblick. In: Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte 84 (1997) 171-210, 305-321, hier 186.

50 MAURER, Caritasverband, 135.