

Europäische Pflegetraditionen und globale Erfahrungen

Eine Verflechtungsgeschichte

Susanne Kreutzer

Abstract

Der Beitrag knüpft an die derzeit intensiv geführte Debatte um eine transnational konzipierte Geschichtswissenschaft an und diskutiert die Spezifik einer europäischen Pflegegeschichte. Am Beispiel der Diakonissenmutterhäuser zeigt der Beitrag, dass Pflegeorganisationen, -konzepte und -praktiken in Europa im wechselseitigen länderübergreifenden Austausch entstanden. Dies zu untersuchen, setzt sowohl vergleichende als auch transfer- und verflechtungsgeschichtliche Zugänge voraus. Eine Verflechtungsgeschichte der Pflege ermöglicht es, die wechselseitigen Austauschprozesse zu beleuchten und damit aufzuzeigen, wie sich in den verschiedenen Ländern – trotz Differenzen – Gemeinsamkeiten entwickelten. Europäische Pflegetraditionen können somit auch als geteilte und nicht zuletzt im Austausch mit nicht-europäischen Ländern entwickelte Traditionen sichtbar gemacht werden. Im Hinblick auf ethische Fragestellungen kann so einerseits der Aufbau gemeinsamer Wertesysteme aufgezeigt werden, andererseits aber auch plausibel gemacht werden, dass diese regional wie auch zeit- und kontextabhängig unterschiedlich interpretiert werden. Der Beitrag weist außerdem darauf hin, dass eine europäische Pflegegeschichte bisher wohl gehütete hegemoniale, an US-amerikanischen Standards orientierte Diskurse der Pflegegeschichte grundlegend in Frage stellen kann. Eine dezidiert europäische Perspektive wird die Pflegegeschichte deshalb in vielerlei Hinsicht komplexer und widersprüchlicher, damit aber auch bedeutend interessanter machen.

1 Einführung

Die Pflegegeschichte ist seit den 1980er Jahren sehr stark im nordamerikanischen Raum, vor allem den USA, vorangetrieben worden. Hier entstanden die ersten pflegehistorischen Fachverbände, Institute und Zeitschriften, die das Forschungsgebiet international lange dominierten. Wollten sich Forschende zu europäischen Pflegetraditionen in diesem Kontext verständlich machen, mussten sie ihre Analyse an den US-amerikanisch geprägten Selbstverständlichkeiten einer säkular-professionellen Pflege ausrichten. Die US-amerikanische Pflegegeschichte drohte damit zum Standard zu werden, an dem gemessen alles andere in einer teleologischen Perspektive als fortschrittlich oder rückständig klassifiziert werden konnte. Dieses Ungleichgewicht zu ändern, war ein wichtiges Ziel, als sich Pflegehistorikerinnen und -historiker unterschiedlicher europäischer Nachbarländer 2012 zusammenfanden, um die European Association for the History of Nursing zu gründen.

Aber was genau könnte nun eine europäische Pflegegeschichte sein? Mit dieser Frage nach der Spezifik eines europäischen Selbstverständnisses beschäftigt sich die Geschichtswissenschaft seit den 1990er Jahren in verstärktem Maße – gleichsam als historische Begleitforschung zum europäischen Vereinigungsprozess. Diese mit viel Geld geförderte Suche nach dem Europäischen zeigt jedoch, dass der Rückgriff auf eine gewachsene europäische Identität hochgradig schwer fällt. Selbst als Idee existiert Europa offenbar nur in der Vielfalt seiner Entwürfe, und die Selbstbeschreibung als „europäisch“ ist nur eine von vielen identitätsstiftenden

Narrativen.¹ Arnd Bauernkämper hat vorgeschlagen, Europa als Handlungs-, Erfahrungs- und Diskursraum zu verstehen, dessen Grenzen flexibel sind und der sowohl durch grenzüberschreitende Verflechtungen als auch wechselseitige Abgrenzungsprozesse konstituiert und immer wieder rekonstituiert wird.² Dieses handlungslogische, an sozialer Praxis orientierte Verständnis von Europa leitet die folgenden Überlegungen zu einer europäischen Pflegegeschichte.

Das Vorhaben einer europäischen Pflegegeschichte und der Austausch zwischen Pflegehistorikerinnen und -historikern verschiedener europäischer Länder stehen derzeit noch am Anfang.³ Deshalb kann im Folgenden kein systematisches Bild europäischer Pflege traditionen dargestellt werden. Aufgrund des disparaten Forschungsstandes ist es auch wenig sinnvoll, ausgewählte Länder oder Regionen vorzustellen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu analysieren. Zwar gibt es viele interessante Studien zu diversen Aspekten der Pflegegeschichte; in der Regel fehlen aber entsprechende Parallelstudien aus anderen Ländern, die einen substantiellen Vergleich erlauben würden. Die Frage, wie unterschiedliche Entwicklungen in den europäischen Ländern charakterisiert und erklärt werden können, ist pflegegeschichtlich noch kaum gestellt worden.

Im Folgenden soll der Fokus deshalb auf einen anderen Aspekt gelegt werden: Auch wenn sich Europa durch eine Vielzahl unterschiedlicher Pflege traditionen auszeichnet, entstanden diese nicht unabhängig voneinander. Vielmehr waren Pflegende bereits im 19. Jahrhundert über nationalstaatliche Grenzen hinaus eng miteinander vernetzt. Sioban Nelson hat dies mit Bezug auf die anglo-amerikanischen Länder des 19. Jahrhunderts schon eindrucksvoll gezeigt.⁴

Mit den Überlegungen zu den Vernetzungen in der Pflegegeschichte des 19. und 20. Jahrhunderts knüpft der Beitrag an die derzeit intensiv geführte Debatte um eine transnational konzipierte Geschichtswissenschaft an, die unter verschiedenen Begriffen verhandelt wird.⁵ Transnationale Geschichte meint zunächst nur eine national überschreitende Geschichtsschreibung, die als Vergleichs-, Transfer- oder Verflechtungsgeschichte konzipiert werden kann. Während der Vergleich getrennte Untersuchungsobjekte voraussetzt, die sich wechselseitig nicht oder kaum beeinflussen, betont die Transferforschung stärker die „Bewegung von Menschen, materiellen Gegenständen, Konzepten und kulturellen Zeichensystemen“⁶ sowie deren Modifikation und Adaption beim Übergang von einem kulturellen Kontext in den anderen. Diese Transferprozesse können auch als einfacher Transfer in eine Richtung analysiert werden.

Im Unterschied dazu interessiert sich die Verflechtungsgeschichte, die unter verschiedenen Begriffen der *histoire croisée*, der *shared history* oder *entangled history* verhandelt wird, für die vielfältigen wechselseitigen Vernetzungen zwischen Kulturen und Gesellschaften. Während die *histoire croisée* stärker im europäischen Kontext verortet ist, konzentriert sich die *shared history* oder *entangled history* insbesondere auf die engen Vernetzungen europäischer und nicht-europäischer Gesellschaften.⁷ Die zwischenzeitlich harten Fronten zwischen

¹ Arndt/Häberlen/Reinecke 2011, S. 26; Raphael 2012.

² Bauernkämper 2011.

³ Rafferty 2014.

⁴ Nelson 2001.

⁵ Budde 2006; Conrad 2007; Kaelble 1998 und 1999; Kaelble/Schriewer 2003; Osterhammel 2008; siehe auch die Beiträge in dem H-Soz-und-Kult-Forum zu „Transnationale Geschichte“.

⁶ Middell 2000, S. 18.

⁷ Conrad/Randeria 2013; Werner/Zimmermann 2002 und 2006.

Vergleichs-, Transfer- und Verflechtungsgeschichte haben sich mittlerweile aufgelöst und sind der Erkenntnis gewichen, dass Vergleiche in der Regel nicht ohne Berücksichtigung von Transfers bzw. Verflechtungen auskommen und umgekehrt.⁸

In diesem Sinne argumentiert auch der folgende Beitrag, dass eine europäische Pflegegeschichte aus verschiedenen Bauteilen bestehen muss – Vergleich, Transfer und Verflechtung –, die je nach Gegenstand und Thema unterschiedlich gewichtet werden können. Die entangled history wird in diesem Zusammenhang besonders betont, um deutlich zu machen, dass eine europäische Pflegegeschichte nicht an den (ohnehin flexiblen) Grenzen Europas endet. Dass eine europäische Pflegegeschichte auch als eine entangled history geschrieben werden muss, zeigt nicht zuletzt die Gründung der Iberian-American Federation for the History of Nursing, die 2009 von Pflegehistorikerinnen aus Spanien, Portugal und Brasilien ins Leben gerufen wurde.⁹ Aufgrund der großen Forschungsdesiderate in der transnationalen Pflegegeschichte können diese Zusammenhänge hier jedoch nur in ersten Ansätzen skizziert werden. Der folgende Beitrag möchte vor allem Anregungen für die weitere Diskussion um Forschungsperspektiven, Fragestellungen und methodische Herangehensweisen einer europäischen Pflegegeschichte geben.

2 Pflegegeschichte als entangled history

Zentrale Protagonistinnen einer entangled history der Pflege waren die konfessionellen Schwesternschaften – katholische Kongregationen und protestantische Diakonissen. Vieles spricht dafür, dass Schwestern – ebenso wie Missionare – zu den am besten vernetzten Berufsgruppen des 19. Jahrhunderts gehörten.¹⁰ Katholische Schwesternschaften etwa ließen sich – häufig von Frankreich ausgehend – in vielen europäischen und außereuropäischen Ländern nieder. Im England der 1880er Jahre kam mehr als die Hälfte der apostolischen Kongregationen aus Frankreich, weitere kamen aus Belgien, Irland, Italien, Deutschland, den Niederlanden und Österreich. Englische Gründungen stellten lediglich eine Minderheit dar.¹¹

Doch was passiert, wenn Pflegeorganisationen und die von ihnen getragenen Pflegeverständnisse wandern? Die Generaloberin einer der ursprünglich französischen, dann aber in England niedergelassenen Kongregationen, kommentierte diese Frage mit den Worten:

... you will go forth and pitch our tents from one end of the earth to the other ...
As for me, I do not wish any longer to be called French: I am Italian, English, German, Spanish; I am American, African, Indian.¹²

Die Verve, mit der die Oberin die Auflösung nationaler Identitäten durch Transferprozesse behauptet, ist beeindruckend. Zweifel sind jedoch angebracht. Bleibt ein französischer Orden, der nach England geht, nicht doch in gewisser Weise französisch oder wird er tatsächlich englisch? Was beinhaltet dies jeweils? In jedem Fall werden Anpassungsprozesse an den neuen kulturellen Kontext erforderlich gewesen sein. Aufgrund dieser Anpassungsprozesse eignen sich die Schwesternschaften hervorragend als Fokus für eine internationale Vergleichs- und Transfergeschichte. Gleichzeitig kann erst über den Transfer, den Kulturkontakt, eine

⁸ Arndt/Häberlen/Reinecke 2011; Bauernkämper 2011.

⁹ Oguisso/de Freitas 2015.

¹⁰ Habermas 2008, S. 641.

¹¹ O'Brien 1997, S. 154–156.

¹² Euphrasia Pelletier, zit. n. O'Brien 1997, S. 159.

Vorstellung davon entstehen, was die Spezifik bspw. französischer oder englischer Pflege traditionen ausmacht.¹³

Auch in pflegeethischer Perspektive ist die transnationale Geschichte der Schwesternschaften hoch relevant, weil die Frauen zu Expertinnen des kulturellen Kontaktes wurden und die Beziehungen zwischen europäischen sowie europäischen und nicht-europäischen Gesellschaften mitgestalteten. Ihre Geschichte zeigt deutlich, dass der Umgang mit Fremdheit und Fragen einer interkulturellen Pflegeethik eine lange Geschichte haben.¹⁴

Im Folgenden werden die kulturellen Begegnungen im Feld der Pflege am Beispiel der Diakonissen – dem protestantischen Pendant zu den katholischen Kongregationen – beleuchtet. Damit steht eine Pflegeorganisation im Mittelpunkt, die in den 1830er Jahren in Deutschland gegründet, anschließend aber in viele andere Länder sowohl innerhalb Europas als auch außerhalb Europas exportiert wurde. Diese Vorgehensweise ist nur eine von vielen Möglichkeiten, sich einer europäischen Pflegegeschichte anzunähern. Die Verschiebung des geographischen und/oder zeitlichen Schwerpunkts, bspw. auf französische Kongregationen der Vormoderne, würde ein anders geartetes Bild ergeben.

2.1 Diakonissen als Protagonistinnen einer entangled history der Pflege

Das erste Diakonissenmutterhaus wurde 1836 von dem Pastor Theodor Fliedner in Kaiserswerth bei Düsseldorf gegründet. Es war von Anbeginn an kein genuin deutsches Projekt. So begab sich Fliedner, wie andere führende Protagonisten christlicher Wohltätigkeit im 19. Jahrhundert auch, vor Gründung der Diakonissenanstalt auf eine „social tour“ – eine Reise durch Holland und England, die nicht nur der Spendensammlung diente, sondern auch der Erkundung der Strukturen christlichen Liebesdienstes. Mit Interesse stellte Fliedner fest, dass sich in den besuchten Ländern häufig Frauen – motiviert durch ihren christlichen Glauben – für soziale Belange engagierten. Etwas Ähnliches wollte Fliedner nun auch in Preußen aufbauen. Pate bei der Gründung des Kaiserswerther Mutterhauses standen außerdem die katholischen Barmherzigen Schwestern, das heißt eine ursprünglich französische Kongregation, die bereits im 17. Jahrhundert ins Leben gerufen worden war. Bei der Gründung des Kaiserswerther Diakonissenmutterhauses handelte es sich also um einen transnational vernetzten Konstitutionsprozess, bei dem Fliedner vielfältige Anleihen bei den europäischen Nachbarländern machte.¹⁵ Umgekehrt entwickelte sich später Kaiserswerth zu einem international beliebten Reiseziel, das von Protagonisten christlicher Wohltätigkeit unterschiedlichster nationaler Herkunft besucht wurde und wiederum deren Vorstellungswelt beeinflusste.

Ebenso wie die katholischen Kongregationen basierten die Diakonissenmutterhäuser auf einem einfachen Austauschprinzip: Die jungen Frauen erhielten eine gründliche Ausbildung und die zugesicherte lebenslange Versorgung, wenn sie sich im Gegenzug bereit erklärten, ihr Leben ganz in den Dienst am Nächsten zu stellen. Die Diakonissen wurden vom Mutterhaus in Krankenhäuser und Gemeinden ausgesandt, um dort als „einheimische Missionarinnen“ vor allem in der Armutsbevölkerung tätig zu werden. Krankenpflege galt damit als wesentlicher

¹³ Habermas 2008, S. 660.

¹⁴ Coors/Grützmann/Peters 2014.

¹⁵ Habermas 2008, 655; Köser 2006, S. 55–60 und S. 86–87.

Bestandteil der Inneren Mission. Diese Innere Mission basierte auf der Grundannahme, dass Armut und Krankheit in erster Linie auf einen mangelnden Glauben zurückzuführen seien.¹⁶

Die Diakonissen sollten sich deshalb nicht nur um das leibliche, sondern auch das geistliche Wohl der Kranken kümmern. Im 19. Jahrhundert schritten die Diakonissen – in der wohlmeinenden Absicht, das Seelenheil der Patienten zu retten – mitunter vehement missionierend zur Tat. Diese Praktiken gerieten Ende des 19. Jahrhunderts als „geistliches Bombardement“ verstärkt in die Kritik. Im 20. Jahrhundert verlor die gezielte Mission am Krankenbett sukzessive an Bedeutung. Es blieb jedoch die grundsätzliche Vorstellung, dass die Fürsorge leiblichen und seelischen Belangen, die untrennbar miteinander verknüpft seien, gleichermaßen gelten sollte. Diese Einheit aus Leibes- und Seelenpflege bildete den Kern des Pflegeverständnisses der Diakonissen, das die Geschichte der Pflege in Deutschland bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts prägte.¹⁷

Das christliche Konzept von Krankheit als leibliches und seelisches Geschehen sicherte den Diakonissen einen sehr hohen Stellenwert im System der Krankheitsversorgung. Ärzte und Schwestern wurden als sich gegenseitig ergänzende Berufsgruppen betrachtet. Während die Ärzte an den Krankheitssymptomen, an deren Diagnose und Therapie ansetzten, sollten sich die Schwestern dem Patienten als Gesamtpersönlichkeit widmen. Gerade die Seelenpflege galt als spezifisch pflegerischer Kompetenzbereich, in dem die Ärzte keine Weisungsbefugnis hatten. Das Bild der im Verhältnis zu Ärzten angeblich stets gehorsamen, unterwürfigen Schwester löst sich mit Blick auf die historische Alltagspraxis christlicher Krankenpflege schnell auf.

Der hohe Stellenwert des Pflegebereichs im Kontext evangelischer Krankenversorgung hatte einen weiteren überaus nahe liegenden Grund: Die Einrichtungen waren im 19. Jahrhundert in der Regel von Diakonissengemeinschaften aufgebaut worden. Die Häuser gehörten demnach den Schwesternschaften. Den Ärzten gelang es hier bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts nicht, ihren Führungsanspruch durchzusetzen.¹⁸

Für die Durchsetzungsmacht der Diakonissen sei ein eindrucksvolles Beispiel gegeben: 1907/08 bewarb sich einer der „großen Männer“ der Chirurgiegeschichte in Deutschland – Ferdinand Sauerbruch – als Chefarzt im Diakonissenkrankenhaus in Kaiserswerth. Vom fachlichen Standpunkt aus dürfte er die erste Wahl gewesen sein. Doch er wurde nicht eingestellt, weil er kein Empfehlungsschreiben einer Diakonisse vorweisen konnte, welches als Einstellungsvoraussetzung galt. Die besten Universitätszeugnisse waren nur ein Auswahlkriterium unter anderen. Entscheidend war vor allem das gute Zeugnis einer Diakonisse, die die persönlichen Qualitäten des Arztes und seine Fähigkeit zu einer guten Zusammenarbeit mit Diakonissen bezeugte.¹⁹ Vergleichbare Beispiele lassen sich auch noch aus der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg finden. Die „Liebe zur Schwesternschaft“ – die Fähigkeit zu einem kooperativen Umgang mit dem Pflegepersonal – gehörte in den von Diakonissen geführten Häusern Westdeutschlands noch in den 1950er Jahren zu einem zentralen Auswahlkriterium bei der Einstellung von Ärzten.²⁰

¹⁶ Nolte 2016, S. 74.

¹⁷ Kreutzer/Nolte 2010.

¹⁸ Schmuhl 2003.

¹⁹ Dross 2008, S. 177.

²⁰ Kreutzer 2014, S. 90–91.

Das Modell des Diakonissenmutterhauses entwickelte sich zu einem der deutschen „Export-schlager“ des 19. Jahrhunderts, wobei zwei Varianten des Exports zu unterscheiden sind: *Ers-tens* setzten die Mutterhäuser ihre Schwestern nicht nur innerhalb Deutschlands, sondern im Rahmen der Äußeren Mission auch in vielen anderen Ländern ein. Die Schwestern blieben in diesem Fall Mitglied ihres Mutterhauses in Deutschland, sie waren aber weit entfernt in Krankenhäusern oder Gemeinden im Ausland tätig. Zum Teil entstanden in diesen Ländern sogar große Auslandsstationen der Mutterhäuser mit einem Krankenhaus und einer Vielzahl von Bildungseinrichtungen. Schon in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts waren Kaiserswerther Diakonissen in Italien – in Florenz und Rom – tätig, aber auch in Jerusalem, Konstantinopel, Smyrna, Bukarest, Beirut, Alexandrien und Kairo.²¹ *Zweitens* entstanden in vielen anderen Ländern nach Kaiserswerther Vorbild Diakonissenanstalten, die nicht als Ableger eines deutschen Diakonissenmutterhauses funktionierten, sondern eigenständig waren. Diese Gründungen konnten auf die Initiative deutscher Diakonissenmutterhäuser zurückgehen. In der Regel aber wurden die Einrichtungen von Frauen vor Ort nach Kaiserswerther Vorbild aufgebaut. Im Folgenden werden beide Varianten des Transfers beleuchtet.²²

2.2 Arbeit der Diakonissen in der Äußeren Mission

Der Einsatz deutscher Diakonissen im Ausland ist insbesondere für das Kaiserswerther Mutterhaus untersucht worden, wobei dezidiert pflege- und ethikgeschichtliche Studien zu der Vielzahl unterschiedlicher Einsatzgebiete noch ausstehen. Die Frage, wen die Diakonissen pflegten, wie sie ihr Verständnis von Leibes- und Seelenpflege den neuen kulturellen Kontexten anpassten, welche ethischen Konflikte dabei entstanden und wie die Diakonissen sowie die ihnen anvertrauten Menschen damit umgingen, ist bislang nicht systematisch erforscht. Die derzeitigen Studien zum Auslandseinsatz der Diakonissen ergeben ein heterogenes Bild.

Die meisten neueren Forschungen gehen davon aus, dass die Auslandsstationen der Diakonissen als eine Art „Deutschland im Ausland“²³ konzipiert waren. In der Regel seien die Diakonissen für die Versorgung deutscher Staatsangehöriger und nicht für die so genannte „Heidenmission“ in den jeweiligen Ländern zuständig gewesen.²⁴ In Italien etwa sollten die Diakonissen vor allem die pflegerische Versorgung der deutschen evangelischen Gemeinden absichern und nicht die Bekehrung der mehrheitlich katholischen Bevölkerung vorantreiben. In San Remo bestand die Hauptzielgruppe der Diakonissen aus Deutschen, die während ihrer Erholungsaufenthalte an der Riviera erkrankten. Auch in den anderen Auslandsstationen war die Arbeit der Diakonissen eng an die örtlichen deutschen Gemeinden angebunden.²⁵

Neben deutschen Staatsangehörigen versorgten die Diakonissen auf den Auslandsstationen vor allem wohlhabende einheimische Patienten und internationale Klientel wie bspw. englische Botschaftsangehörige. Die Beziehungen der Schwestern zur einheimischen Bevölkerung scheinen deshalb häufig eher gering und selektiv gewesen zu sein. Gerade den ärmeren

²¹ Kaminsky 2010, S. 14 und S. 27–36.

²² Vgl. auch den Sammelband zur Transfergeschichte der Diakonissen, Kreutzer/Nolte 2016.

²³ Lissner 2005, S. 243.

²⁴ In der deutschsprachigen protestantischen Mission wurden unverheiratete Frauen, wie z. B. Diakonissen, nur sehr zögerlich in den gezielten Missionsdienst geschickt. Spezifische Missionsorden für Frauen entstanden ab Mitte des 19. Jahrhunderts vor allem im katholischen Bereich; sie bildeten ab Anfang des 20. Jahrhunderts die weitaus größte Gruppe von Frauen im Missionseinsatz, vgl. Gugglberger 2014, S. 35.

²⁵ Kaminsky 2016, S. 14 und S. 27–36.

Bevölkerungsgruppen standen die Kaiserswerther Diakonissen im Ausland offenbar sehr viel weniger zur Verfügung, als es das propagierte Selbstverständnis des Mutterhauses nahelegte.²⁶

Gleichwohl gibt es auch Gegenbeispiele: So betreuten Herrnhuter Diakonissen in Jerusalem vor allem an Lepra erkrankte Muslime unterschiedlichster Sozialmilieus. Obwohl die Bekehrung von Muslimen im Osmanischen Reich strikt untersagt war, suchten die Diakonissen sehr wohl ihren christlichen Einfluss geltend zu machen. Sie lasen den Patienten aus dem Neuen Testament vor, brachten ihnen christliche Lieder bei und versuchten, sie zur Teilnahme am evangelischen Gottesdienst zu motivieren – dies allerdings mit wenig Erfolg.²⁷ Gerade im Umgang mit schwerkranken und sterbenden Patienten ist kaum davon auszugehen, dass die Diakonissen ihren seelenpflegerischen Auftrag außer Acht ließen, betrachteten sie die Bekehrung zum christlichen Glauben doch als wesentliche Voraussetzung für einen seligen Tod.²⁸ Das Beispiel der Herrnhuter Diakonissen zeigt, dass sich die Tätigkeit der Diakonissen in der Äußeren Mission nicht allein auf deutsche Enklaven beschränkte. Die Schwestern sammelten sehr wohl Erfahrungen in der Pflege von Patienten anderer kultureller und religiöser Prägungen, die es wert wären, als Teil einer Geschichte interkultureller Pflege genauer rekonstruiert zu werden.

Hinzu kommt – dies zeigen Forschungen zu sozialen Missionen international –, dass sich die Pflegenden zwar anfänglich vor allem um weiße Europäer kümmern sollten. Dies veränderte sich jedoch vielerorts, als die verheerenden Auswirkungen des Kolonialismus u. a. im Gefolge der Urbanisierung und Arbeitsmigration auf die einheimische Bevölkerung und deren Gesundheit sichtbar wurden. Nicht zuletzt um die eigene europäische Bevölkerung vor Ort zu schützen, wurden deshalb Public Health Programme für die einheimische Bevölkerung aufgebaut, um diese bei Problemen zu unterstützen, die eigentlich erst durch die Kolonisation entstanden waren.²⁹ Pflegenden spielten bei diesem Versuch, westliche Standards von Hygiene, Pflege und Medizin weltweit durchzusetzen, eine zentrale Rolle. Hier bieten sich zahlreiche Bezüge zu Fragen einer kultursensiblen Pflegeethik an, die nicht nur kulturell unterschiedliche Krankheits- und Pflegeverständnisse sowie deren Aushandlung in machthaltigen Beziehungen thematisiert, sondern auch transnationale gerechtigkeitsethische Fragen aufgreift. Wie gingen die Schwestern mit divergierenden Verständnissen von Gesundheit, Krankheit, Körper, Schmerz, Sterben und Tod sowie unterschiedlichen Schamgrenzen und Praktiken der Körperpflege um? Welche Wertvorstellungen waren darin eingelagert? Wie und mit welchem Erfolg versuchten sie ihre Selbstverständnisse durchzusetzen? Wie veränderte sich ihre Perspektive auf das „Fremde“ – sowohl mit der Dauer des Auslandseinsatzes als auch im historischen Verlauf? Die etablierten Prinzipien der Medizinethik erheben den Anspruch auf universale Geltung, auch wenn sie kontext- und situationsbezogen interpretiert werden müssen.³⁰ Eine ethisch ausgerichtete entangled history der Pflege könnte zu einem besseren Verständnis dazu beitragen, wie dieser Anspruch historisch in Praxis umgesetzt wurde, mit welchen Konflikten dieser einherging und welche Rolle Pflegenden in diesem Kontext spielten.

²⁶ Lissner 2005, S. 254–256.

²⁷ Wexler 2016, S. 101–107; Löffler 2011. Auch Hauser betont in ihrer Studie zu den Diakonissen in der Erziehungsarbeit in Beirut, dass der missionarische Charakter deren Tätigkeit nicht zu unterschätzen sei, vgl. Hauser 2014.

²⁸ Nolte 2016, S. 205.

²⁹ Schweig 2012, S. 93–101; Sweet/Hawkins 2015, S. 4–6.

³⁰ Beauchamp/Childress 2013, S. 17–19 und Coors 2014, S. 9–10.

2.3 Auslandsarbeit und Diakonissengemeinschaft

In den Auslandsstationen galten die Regeln und Dienstanweisungen des Kaiserswerther Mutterhauses, und die Diakonissen waren angewiesen, möglichst unter sich zu bleiben. Dies ist auch ein Grund, warum die Schwestern ohne entsprechende Sprachkenntnisse ins Ausland entsandt wurden. Auf diese Weise sollte die Gemeinschaft vor Ort und die Bindung an das Mutterhaus in Deutschland gestärkt werden. Durch ein detailliert geregeltes Berichtssystem und regelmäßige persönliche Besuche versuchte das Kaiserswerther Vorsteherpaar engen Kontakt mit den Diakonissen im Ausland zu halten.³¹

Im Laufe des 19. Jahrhunderts gelang es dem Kaiserswerther Mutterhaus, ein dichtes internationales Netzwerk aufzubauen.³² Dies zeigen u. a. die Reisebeschreibungen der Diakonissen. Zwar reisten die Schwestern in der Regel alleine zu ihren Einsatzorten, was für Frauen noch Anfang des 20. Jahrhunderts hochgradig ungewöhnlich war. Auf dem Weg wurden sie aber an fast allen Häfen oder Bahnhöfen von Schwestern oder anderen Förderern der Mutterhausdiakonie abgeholt und betreut.³³

Trotz dieses weit gespannten Netzwerkes war der Einfluss des Mutterhauses im Ausland begrenzt. In einem Oral History Projekt mit Kaiserswerther Diakonissen, das von 2001 bis 2004 durchgeführt wurde, erinnerten sich viele Schwestern an neue Freiräume, einen Zuwachs an Status und Verantwortung auf den Auslandsstationen. Insbesondere die Vorsteherinnen der Stationen konnten sich fern des Mutterhauses eigene Machtzentren aufbauen. Viele der interviewten Schwestern fühlten sich aber auch überfordert in der neuen Situation, zumal keine der Frauen – wie schon erwähnt – vorher entsprechende Sprachkenntnisse erworben hatte. Die verzweifelten Versuche, sich mit Zetteln in der Schürzentasche, auf denen wichtige Stichworte in der Landessprache notiert waren, sowie nächtlichem Vokabellernen zu behelfen, gehörten zum festen Bestandteil der lebensgeschichtlichen Erzählungen der Diakonissen.³⁴

Noch viel schwieriger als die Abreise aus Deutschland und die Ankunft in einem neuen Land scheint die Rückkehr in die alten Strukturen des Mutterhauses gewesen zu sein, in denen sich die Schwestern nach ihrer langen Abwesenheit nicht mehr gut zurecht fanden. In den Oral History-Interviews berichteten sie, dass es in Kaiserswerth nicht gerne gesehen wurde, wenn sie versuchten, ihre neuen Erfahrungen und erweiterten Kenntnisse in die Gemeinschaft einzubringen. Mitunter scheint den Rückkehrerinnen sogar ein zeitweiliges Verbot auferlegt worden zu sein, über ihre Auslandserfahrungen zu sprechen. Ganz offenkundig sollten die daheimgebliebenen Schwestern möglichst wenig von den Verlockungen eines anderen Lebens erfahren. Die Institution Kaiserswerth versuchte so, die auf den Auslandsstationen neu gemachten Erfahrungen auszugrenzen, um sich als Einrichtung selbst nicht verändern zu müssen.³⁵

³¹ Hauser 2011; Köser 2006, S. 300–302; Lissner 2005, S. 249–252 und S. 259–264. Zu Diakonissen der Herrnhuter Brüdergemeine in Jerusalem vgl. Wexler 2016.

³² Dies galt auch für die weltlichen Krankenschwestern, die in den deutschen Kolonien eingesetzt wurden. Im Unterschied zu anderen Migrantinnen der Zeit folgten die Krankenschwestern keinem vorgereisten Familienmitglied, sondern sie hatten eigene spezifische Netzwerke, die ihnen aufgrund ihrer Berufs- und Geschlechtszugehörigkeit zur Verfügung standen. Vgl. Schweig 2012, S. 14, siehe auch: Loosen 2014, S. 98–132.

³³ Köser 2006, S. 474.

³⁴ Lissner 2005, S. 256–258 und S. 269–271.

³⁵ Lissner 2005, S. 271–273.

Dennoch blieb die Auslandsarbeit nicht ohne Rückwirkungen auf die Diakonissengemeinschaft in Deutschland. Die Auslandsarbeit entwickelte sich zum besonders öffentlichkeitswirksamen Aspekt der Mutterhausdiakonie, der in zahlreichen Publikationen und ab den 1920er Jahren auch in Werbefilmen effektiv in Szene gesetzt wurde. Die Vorsteher wurden nicht müde, immer wieder das breite Wirkungsfeld und die Internationalität der Diakonissenarbeit zu betonen. Besonders prestigeträchtig war die Arbeit der Schwestern in Jerusalem – dem zentralen Ort christlicher Überlieferung, dem „Land der Bibel“. Das Kaiserswerther Auslandsengagement kurbelte nicht nur die Spendenbereitschaft in der Bevölkerung an; auch für Frauen in Deutschland stieg die Attraktivität des Diakonissenmodells spürbar. Diakonisse zu werden war eine der wenigen Möglichkeiten für Frauen, andere Länder zu bereisen. Die Aussicht auf eine Beschäftigung im Ausland, besonders in Palästina, konnte überaus werbewirksam sein.³⁶

Doch auch das Binnenleben der Gemeinschaft blieb von den Auslandseinsätzen nicht unberührt. Die ersten Diakonissen, die im 19. Jahrhundert anfangen, ihre Lebensgeschichte aufzuschreiben, waren die so genannten „Orientsschwestern“, die in den Ländern der Levante tätig gewesen waren und die mit Stolz auf ihre beruflichen Leistungen von den Abenteuern, Gefahren und Bewährungsproben im Ausland berichteten. Hier entstanden weibliche Helden der Diakonie, die mit dem Bild der still und bescheidenen sich in die Gemeinschaft einfügenden Schwester brachen.³⁷

Darüber hinaus stellte die Internationalisierung der Arbeit nicht nur die Diakonissen im Ausland vor neue Herausforderungen. Sie verlangte auch den leitenden Schwestern in Deutschland neue Qualifikationen ab. So sprach die 1913 in Kaiserswerth neu berufene Vorsteherin, Elisabeth von Buttlar, englisch, französisch und italienisch – eine Sprachkompetenz, die sie sich während ihrer 14jährigen Tätigkeit als Oberin in Rom und Kairo erarbeitet hatte. Damit wandelte sich das Bild einer deutschen Oberin, die zumindest in Kaiserswerth nun auch eine gewisse Weltläufigkeit zu repräsentieren hatte.³⁸ So gesehen trug die Arbeit der Diakonissen im europäischen und außereuropäischen Ausland durchaus zu einer Veränderung der Gemeinschaft in Deutschland bei.

Diese Rückwirkungen zeigen, wie wichtig es ist, europäische Pflegegeschichte auch im Sinne einer Verflechtungsgeschichte zu denken. Die Diakonissen transferierten nicht lediglich ihr Pflegeverständnis in andere kulturelle Kontexte, sondern sie kehrten auch verändert zurück. Dass sich die Diakonissen bei ihren Auslandseinsätzen durchaus ein Verständnis für die gesellschaftlichen Kontexte vor Ort, andere biographische Prägungen und lebensgeschichtliche Erfahrungen erarbeiteten, zeigt das Beispiel von Sumaya Farhat-Naser, die in den 1950er Jahren als christliche Palästinenserin die von Diakonissen geführte Schule Talitha Kumi in Beit Jala (heute Westjordanland) besuchte. Anschließend erhielt sie die Möglichkeit, in Deutschland zu studieren, um später die Schulleitung übernehmen zu können. In ihrer Autobiographie erzählt sie von den Schwierigkeiten, als Palästinenserin im Deutschland der 1960er Jahre zu leben, weil sie den Eindruck hatte, dass sich angesichts einer starken Solidarisierung mit dem Staat Israel kaum jemand für ihre Erfahrungen als Palästinenserin interessierte. Häufig seien Gespräche versiegt, wenn sie ihre Herkunft preisgab. Um peinliche Situationen zu verhindern, habe sie sich deshalb oft als Inderin ausgegeben. Auch ihre große Geschwisterzahl sei eher

³⁶ Kaminsky 2010, S. 47–50; Kaminsky 2016, S. 86–87.

³⁷ Kaminsky 2010, S. 48; Köser 2006, S. 472.

³⁸ Kaminsky 2010, S. 51.

als Schande wahrgenommen worden, die sie lange Zeit zu verheimlichen suchte. In dieser Situation haben ihr die – inzwischen aus Palästina zurückgekehrten – Diakonissen einen wichtigen Zufluchtsort geboten, weil die Schwestern aufgrund der Vertrautheit mit ihrer Herkunft in der Lage waren, ihre Konflikte zu verstehen, und damit zu wichtigen Gesprächspartnerinnen wurden.³⁹ Dieses Beispiel stammt zwar aus dem Bereich der Erziehungsarbeit der Diakonissen, es wäre jedoch wert, solche wechselseitigen Lernprozesse pflegegeschichtlich genauer aufzuarbeiten.⁴⁰

3 Neugründung von Diakonissenmutterhäusern im Ausland: Das Beispiel Schweden

Die temporäre Arbeitsmigration von Schwestern stellte nur eine Variante dar, in der das Arbeits- und Lebensmodell der Diakonissen international exportiert wurde. Darüber hinaus gründeten Frauen in anderen Ländern nach deutschem Vorbild Diakonissenanstalten. Dieser internationale Transfer funktionierte unterschiedlich gut. In manchen Ländern, wie den USA und Großbritannien, gelang es kaum, Fuß zu fassen.⁴¹ In den lutherisch geprägten Ländern Skandinaviens hingegen war das Modell des Diakonissenmutterhauses sehr erfolgreich, und es prägte die Pflegegeschichte in den einzelnen Ländern nachhaltig.⁴² Dies wird im Folgenden am Beispiel von Schweden beleuchtet.

Das erste schwedische Diakonissenmutterhaus entstand 1851 – also bereits 15 Jahre nach Gründung des Kaiserswerther Mutterhauses – in Stockholm. Die „Society for the Preparation of a Deaconess Institution“ in Stockholm orientierte sich stark am deutschen Programm der Inneren Mission und betrachtete die Krankenpflege als wesentliches Vehikel zur Bekehrung der Bevölkerung. Die Schwestern sollten deshalb vor allem im Bereich der Leibes- und Seelenpflege ausgebildet werden.⁴³

Die erste Vorsteherin der Diakonissenanstalt, Marie Cederschiöld, hatte vor Gründung der Einrichtung ein Jahr in Deutschland verbracht, den Großteil davon in Kaiserswerth. Als Tochter eines Pastors und Mitglied der schwedischen Oberschicht war sie offenkundig zutiefst schockiert, als sie in Kaiserswerth ankam. Die gemeinsame Unterbringung mit zwölf Probeschwestern in einem Schlafsaal und die Zumutung, mit einer Schwester sogar das Bett teilen zu müssen, erlebte sie als tiefe Demütigung. Dies galt auch für die in Kaiserswerth übliche Ausbildung, die niemanden von Reinigungsarbeiten verschonte. Mit zwiespältigen Gefühlen beobachtete Marie Cederschiöld auch die Einsegnung der Diakonissen – also die Zeremonie, mit der die Frauen als vollwertige Mitglieder in die Gemeinschaft aufgenommen wurden. Probleme bereitete der Schwedin offenbar die Tatsache, dass hier Frauen aller Gesellschaftsschichten eine nominell gleichberechtigte Position in der Schwesternschaft eingeräumt wurde. Damit

³⁹ Farhat-Naser 2013, S. 52–56.

⁴⁰ Armstrong-Reid 2015.

⁴¹ Mangion 2016; Riemann 2016 und Zerull 2010.

⁴² Zu Dänemark siehe: Malchau Dietz 2013 und 2016, zu Finnland siehe: Markkola 2016, zu Norwegen siehe: Martinsen 1984 und Okkenhaug 2013. In Skandinavien waren die Diakonissenmutterhäuser sogar so erfolgreich, dass an ihrem Beispiel ein zweifacher Transfer untersucht werden kann. So gründeten skandinavische Immigrantengemeinden in den USA eigene Diakonissenmutterhäuser. In den USA gab es demnach deutsche, norwegische schwedische und dänische Diakonissenmutterhäuser, vgl. Malchau Dietz 2016, S. 124.

⁴³ Green 2011, S. 38–39.

entsprach die Kaiserswerther Einrichtung nicht ihren Vorstellungen gebotener sozialer Distinktion.⁴⁴

Diese Erfahrung hatte Folgen für die Konzeption der Stockholmer Einrichtung. Zwar baute Cederschiöld die Stockholmer Diakonissenanstalt nach deutschem Vorbild im Mutterhaussystem auf. Cederschiöld selbst wurde jedoch nicht als Diakonisse eingese-gnet, und sie ließ sich auch – anders als in Kaiserswerth – von den Schwestern nicht als Mutter, sondern als Fräulein (*fröken*) ansprechen.⁴⁵ Im Unterschied zum Kaiserswerther Vorbild nahm Cederschiöld außerdem dezidiert Abstand von dem Ziel, Töchter aus der Oberschicht zu rekrutieren, weil es für diese Gruppe zu schwierig sei, sich in den Arbeitsalltag der Diakonissengemeinschaft einzu-finden.⁴⁶ Damit zog sie offensichtlich die Konsequenz aus ihren eigenen schmerzlichen Erfah-rungen in Kaiserswerth. Inhaltlich legte Cederschiöld den Schwerpunkt – eigenmächtig und entgegen dem Gründungsauftrag – nicht auf die Krankenpflege, sondern auf den Bildungsbe-reich, das heißt die Ausbildung und den Arbeitseinsatz von Lehrerinnen, da vor allem private Schulen in ländlichen Regionen Bedarf an Diakonissen anmeldeten. Es liegt jedoch auch die Vermutung nahe, dass ein Engagement im Bildungsbereich Marie Cederschiöld aufgrund ihrer familiären Herkunft näher lag. Erst nachdem Cederschiöld aus dem Amt ausgeschieden war, verlagerte sich der Arbeitsschwerpunkt der Diakonissenanstalt in den 1860er Jahren auf die Krankenpflege, Kinder- und Armenfürsorge.⁴⁷

Das Mutterhaus entwickelte sich zu einem gewichtigen Akteur beim Ausbau des Krankenver-sorgungssystems und bei der Professionalisierung der Krankenpflege in Schweden. Es war die erste Einrichtung in Schweden, die überhaupt eine systematische Pflegeausbildung anbot, die jedoch eher als All-Round-Ausbildung für alle pflegerischen und sozialfürsorgerischen Tätig-keiten konzipiert war. Diese breite, nicht spezialisierte Qualifizierung war wichtig, damit die Schwestern nach ihrer Ausbildung möglichst flexibel im gesamten Arbeitsgebiet der Diakonis-senanstalt eingesetzt werden konnten. Die Diakonissen arbeiteten teils vor Ort in Stockholm. Die meisten Schwestern aber wurden in Krankenhäuser, Gemeinden, Waisenhäuser oder an-dere soziale Einrichtungen in ganz Schweden entsandt. Dort übernahmen sie in der Regel auch die Leitungsfunktionen und prägten damit das Alltagsleben der Einrichtungen nachhal-tig.⁴⁸

4 Christliche und weltliche Pflge-traditionen: Deutschland und Schweden im Vergleich

Die Stockholmer Diakonissenanstalt spielte zwar Mitte des 19. Jahrhunderts eine Pionierrolle in der Ausbildung von Pflegenden in Schweden, ab den 1870er Jahren erwuchs ihr aber all-mählich Konkurrenz. Es entstanden neue Ausbildungsstätten, die sich stärker am englischen Vorbild in der Tradition von Florence Nightingale orientierten. Dazu gehörte insbesondere die Krankenpfleges-chule des Roten Kreuzes in Uppsala und das Sophiahemmet in Stockholm. Beide Schulen boten eine stärker säkulare Pflegeausbildung an. Vor allem dem Sophiahem-met gelang es mit Erfolg, Töchter gehobener Gesellschaftsschichten zu rekrutieren, die gezielt für Leitungsfunktionen in der Pflege ausgebildet wurden. Das Sophiahemmet bot schon in

⁴⁴ Andersson 2002, S. 65–67 und S. 71; Christiansson 2006, S. 72; Green 2011, S. 39–40.

⁴⁵ Christiansson 2006, S. 71; Green 2011, S. 40.

⁴⁶ Christiansson 2006, S. 71–72.

⁴⁷ Green 2011, S. 41–48.

⁴⁸ Green 2011, S. 123 und S. 128–138.

den 1890er Jahren eine zweijährige Ausbildung an, die zehn Jahre später auf drei Jahre verlängert wurde.⁴⁹

Dennoch wurde das englische Vorbild hier nicht vollständig übernommen. Elemente der Diakonissentradition wirkten sehr wohl fort. Das Sophiahemmet organisierte – ebenso wie im Mutterhaussystem – die Arbeitseinsätze der Schwestern, es verhandelte Arbeitsbedingungen und Gehälter und sorgte für die Absicherung der Schwestern im Alter.⁵⁰ Bei dem Sophiahemmet handelte es sich also um eine schwedische Interpretation deutscher und englischer Pflegetraditionen, wobei auch hier zu bedenken ist, dass sich die als deutsch und englisch wahrgenommenen Pflegetraditionen in enger Auseinandersetzung mit Formen der Pflegeorganisation anderer Länder entwickelt hatten.

Ähnliche Mischorganisationen wie in Schweden lassen sich auch in Deutschland beobachten. So ließ sich manche deutsche Rot-Kreuz-Oberin zwar von den Schriften Florence Nightingales inspirieren, organisierte ihre Schwesternschaft aber – entgegen den Überzeugungen von Nightingale – im Mutterhaussystem.⁵¹ Auch in der Schweiz übernahmen weltliche Rot-Kreuz-Schwesternschaften das Mutterhaussystem.⁵² Dies ist nicht nur auf zeitgenössische Vorstellungen einer angemessenen weiblichen Lebensführung zurückzuführen. Ein Mutterhaus bot – neben den mitunter sehr leidvoll erfahrenen restriktiv-kontrollierenden Aspekten – auch eine wichtige Schutzfunktion, indem es Arbeitsbedingungen der Schwestern regelte und für ihre soziale Sicherung sorgte. Noch Mitte der 1950er Jahre stellte das Bundesinnenministerium in Westdeutschland fest, dass mutterhausgebundene Schwestern im Alter erheblich besser abgesichert waren als weltliche, so genannte freie Schwestern.⁵³ Auch in ökonomischer Hinsicht machten die Mutterhäuser also ein durchaus attraktives Organisationsangebot.

Insgesamt blieb der Einfluss von Florence Nightingale in Deutschland marginal. Die Erfolgsgeschichte des „Nightingale-Systems“⁵⁴ muss erheblich relativiert werden, wenn man den Blick über Großbritannien, die USA und die englischen Kolonien hinaus richtet. Im Übrigen stieß das „Nightingale-System“ in Deutschland vor allem unter der Ärzteschaft auf besonders große Resonanz.⁵⁵ Denn die christlichen Schwestern konnten für die Mediziner hochgradig un bequem sein. Immer wieder beklagten sich die Ärzte über die mangelnde Bereitschaft christlicher Schwestern, sich dem medizinischen Sachverstand unterzuordnen. Die zentrale Instanz für Diakonissen und Ordensschwwestern waren nicht die Ärzte, sondern die Mutterhausleitung, das heißt bei den Diakonissen: Oberin und Theologischer Vorsteher. Insbesondere dann, wenn die Frauen ihren seelenpflegerischen Auftrag bedroht sahen, legten sie den Ärzten gegenüber einen beträchtlichen Eigensinn an den Tag.⁵⁶ Von einer säkular professionell organisierten Pflege versprachen sich die Mediziner endlich die Anerkennung ihres Führungsanspruchs. Vergleichbares lässt sich auch in Bezug auf Frankreich beobachten. Auch hier waren es vor allem Ärzte, die sich – mit Verweis auf Nightingale – für eine Professionalisierung und

⁴⁹ Andersson 2002, S. 78–102; Bohm 1972, S. 37.

⁵⁰ Bohm 1972, S. 153–154.

⁵¹ Weber-Reich 2003.

⁵² Fritschi 1990, S. 58.

⁵³ Kreutzer 2005, S. 207.

⁵⁴ Das so genannte „Nightingale-System“ sah zwei Arten von Ausbildung vor; neben der Ausbildung für die praktische Pflegetätigkeit konnten sich Frauen aus gehobenen sozialen Schichten für leitende Positionen qualifizieren. Die Krankenpflegeschule sollte unabhängig vom Krankenhaus betrieben werden.

⁵⁵ Schweikardt 2008, S. 76–78.

⁵⁶ Nolte 2016, S. 30–31.

Verweltlichung der Pflege aussprachen in der Hoffnung, auf diesem Wege bessere ärztliche Assistentinnen zu gewinnen.⁵⁷

In Deutschland hatte ein solches säkulares Pflegeverständnis erhebliche Durchsetzungsschwierigkeiten. Zwar entstanden seit Ende des 19. Jahrhunderts neue Formen so genannter „freier“ Schwesternschaften, die ihren Mitgliedern eine größere Unabhängigkeit boten. Diese blieben jedoch bis in die 1950er Jahre hinein von quantitativ marginaler Bedeutung.⁵⁸ Erschwerend kam hinzu, dass in Westdeutschland das Ansehen konfessioneller Krankenpflege nach dem Zweiten Weltkrieg deutlich stieg. Christliche Schwestern standen – anders als weltliche freiberufliche Schwestern – nach 1945 nicht unter dem Verdacht, sich aktiv an der nationalsozialistischen Vernichtungspolitik beteiligt zu haben. Ein christliches Ethos galt deshalb in Westdeutschland als Garant einer „guten“ fürsorgenden Pflegepraxis. Auch öffentlichen Krankenhäusern war sehr daran gelegen, den Pflegebereich einer christlichen Schwesternschaft zu überantworten, weil sich dies positiv auf den Ruf des Krankenhauses auswirkte.

Vor diesem Hintergrund orientierten sich auch „freie“ Schwesternschaften stark am konfessionellen Modell. Grundsätzlich galt, dass es in Westdeutschland bis in die 1950er Jahre hinein für das weibliche Pflegepersonal keine Organisationsform jenseits des Schwesternschaftsmodells gab. Selbst die gewerkschaftlich organisierten Schwestern schlossen sich bis 1968 in Form einer Schwesternschaft zusammen.⁵⁹ Der Begriff „Schwester“ – ursprünglich den Mitgliedern religiöser Gemeinschaften vorbehalten – hat sich deshalb in Deutschland als allgemeine Berufsbezeichnung für das weibliche Pflegepersonal durchgesetzt.

In Schweden hingegen setzte sich um die Jahrhundertwende ein stärker säkulares Berufsverständnis durch. Der schwedische Krankenschwesternverband (*Svensk Sjuksköterskeförening*), der 1910 gegründet wurde, löste sich – anders als das deutsche Pendant – vom Prinzip der Schwesternschaft. Dennoch wirkte das tradierte Berufungskonzept auch in Schweden fort. So sprach sich der Berufsverband noch Anfang der 1920er Jahre entschieden gegen Arbeitszeitverkürzungen in der Pflege aus, da zum einen die Versorgung der Patienten darunter leiden und zum anderen die Krankenpflege ihre Besonderheit verlieren würde, die sie bislang von anderen Erwerbsberufen abhebe.⁶⁰

Diese Haltung änderte sich in den 1930er Jahren tiefgreifend, als der schwedische Krankenschwesternverband nach heftigen internen Konflikten zur Gewerkschaft ausgebaut wurde. Der Einsatz für Gehaltserhöhungen und Arbeitszeitverkürzungen gehörte von nun an zum Alltagsgeschäft der Organisation. 1945 waren über 90 Prozent aller Pflegekräfte in Schweden gewerkschaftlich organisiert. Dies zeigt die hohe Akzeptanz einer verberuflichten Pflege in Schweden.⁶¹

Diese Entwicklung entzog dem Arbeits- und Lebensmodell der Diakonisse in Schweden langsam den Boden. Erschwerend kam hinzu, dass der schwedische Wohlfahrtsstaat sozialdemokratischer Prägung eine prinzipielle Skepsis gegenüber christlicher Wohltätigkeit pflegte, die als unprofessionell erachtet wurde. Die Konflikte zwischen tradierten diakonischen Pflege traditionen und wissenschaftsorientierter staatlicher Sozialpolitik entzündeten sich, wie Pirjo Markkola gezeigt hat, unübersehbar im Feld der Gemeindepflege. Seit den 1920er Jahren

⁵⁷ Schultheiss 2001, S. 85–95.

⁵⁸ Kreutzer 2005, S. 33–34; Schmidbauer 2002.

⁵⁹ Kreutzer 2005, S. 46–57.

⁶⁰ Emanuelsson 1990, S. 98.

⁶¹ Bohm 1972, S. 213.

beschäftigten die schwedischen Kommunen immer mehr „Public Health Nurses“, die die Diakonissen zu verdrängen drohten. Ende der 1930er Jahre wurde das ganze Land in Distrikte eingeteilt. Jeder Distrikt hatte eine „Public Health Nurse“ einzustellen, die eine spezialisierte Ausbildung absolviert haben musste. Diakonissen ohne entsprechende Ausbildung wurden nicht mehr beschäftigt. Dies setzte die Diakonissen unter gewaltigen Professionalisierungsdruck; viele Schwestern wurden daraufhin zu entsprechenden Weiterbildungen geschickt. Dies ist nur ein Beispiel dafür, wie der schwedische Wohlfahrtsstaat begann, Einfluss auf die Ausbildung und Pflegepraxis von Diakonissen zu nehmen.⁶²

Eine vergleichbare Einflussnahme wäre in Westdeutschland bis in die 1960er Jahre hinein undenkbar gewesen, weil die Position der Mutterhäuser hier sehr viel stärker war. Anders als in Schweden erhielt konfessionelle Wohltätigkeit im westdeutschen Wohlfahrtsstaat sogar einen bevorzugten Status eingeräumt. Das hängt mit dem so genannten Subsidiaritätsprinzip des westdeutschen Wohlfahrtsstaats zusammen. Dieses Prinzip besagt, dass Träger christlicher Einrichtungen grundsätzlich Vorrang vor öffentlichen Institutionen erhalten müssen. Dieser Grundsatz belohnte eine spezifisch konfessionelle Profilbildung der Krankenhäuser und förderte damit christliche Pflegetraditionen.⁶³

Im Unterschied dazu definierte der schwedische Wohlfahrtsstaat, der nach 1945 rasant aufgebaut wurde, soziale Aufgaben primär als staatliche Aufgaben. Konfessionelle Wohltätigkeit sollte in Schweden als Restgröße möglichst auf den Raum der Kirche begrenzt werden. Christliche Pflegetraditionen nahmen deshalb im schwedischen und westdeutschen Wohlfahrtsstaat eine grundlegend andere Position ein. Dies zeigt einmal mehr, wie eng Pflegegeschichte und Wohlfahrtsstaatsgeschichte miteinander verknüpft sind. Es wäre lohnend, diesen Zusammenhängen in einer transnationalen Perspektive genauer nachzugehen.

5 Perspektiven einer europäischen Pflegegeschichte

Die hier vorgestellten Überlegungen zu einer europäischen Pflegegeschichte zeigen, dass Pflegeorganisationen, -konzepte und -praktiken im wechselseitigen länderübergreifenden Austausch entstanden. Dies zu untersuchen, setzt sowohl vergleichende als auch transfer- und verflechtungsgeschichtliche Zugänge voraus. Komparative Perspektiven sind wichtig, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede (bspw. in der Durchsetzung und Ausgestaltung unterschiedlicher Pflegeorganisationen) sowie die beeinflussenden Faktoren identifizieren zu können. Auch in transfergeschichtlichen Studien ist der Vergleich notwendig, um die Effekte von Transfers bestimmen zu können. Um die vielfältigen Interdependenzen sichtbar zu machen, bedarf es jedoch transfer- und verflechtungsgeschichtlicher Ansätze, die die wechselseitigen Austauschprozesse beleuchten und damit aufzeigen können, *wie* sich in den verschiedenen Ländern – trotz Differenzen – Gemeinsamkeiten in der Konzeption, Organisation und Praxis von Pflege entwickelten. Europäische Pflegetraditionen können somit auch als geteilte und nicht zuletzt im Austausch mit nicht-europäischen Ländern entwickelte Traditionen sichtbar gemacht werden. Im Hinblick auf ethische Fragestellungen kann so einerseits der Aufbau gemeinsamer Wertesysteme aufgezeigt werden, andererseits aber auch plausibel gemacht werden, dass diese regional wie auch zeit- und kontextabhängig unterschiedlich interpretiert werden.

⁶² Markkola 2000, S. 113–114.

⁶³ Schmuhl 2010, S. 162.

Die hier skizzierten Forschungsergebnisse zeigen außerdem, dass eine europäische Pflegegeschichte bisher wohl gehütete hegemoniale Diskurse der Pflegegeschichte grundlegend in Frage stellen kann. Dazu gehört die im internationalen Kontext vermutlich deutlich überschätzte Bedeutung von Florence Nightingale. In vielen Ländern Europas wird Nightingale eine lediglich untergeordnete Rolle gespielt haben. Außerdem änderte sich die Bedeutung des „Nightingale-Systems“ mit seinem Transfer in andere gesellschaftliche Kontexte. In Deutschland und Frankreich bezogen sich vor allem Ärzte positiv auf Nightingale. Von einer säkular-professionell organisierten Pflege versprachen sie sich endlich die Anerkennung ihres Führungsanspruchs im Bereich der Krankenversorgung, den ihnen die konfessionellen Schwestern so energisch verwehrten. Dieser Aspekt lässt die internationale Rezeption von Nightingale pflegegeschichtlich in einem anderen Licht erscheinen.

Dies gilt auch für einen zweiten hegemonialen Diskursstrang, der auf der Annahme beruht, dass Professionalisierung und Verwissenschaftlichung *der* Königsweg schlechthin sei, um Pflegenden gesellschaftliche Anerkennung zu verschaffen. In Deutschland und vielen anderen europäischen Ländern sorgten hingegen konfessionelle Schwesternschaften im 19. und 20. Jahrhundert mit großem Erfolg dafür, dass ihnen hoher Respekt entgegengebracht wurde und das Pflegepersonal eine beachtliche Eigenständigkeit bewahren konnte. Säkularisierung und Professionalisierung werden sich in diesen Ländern deshalb anders ausgewirkt haben und keineswegs per se im Sinne einer Statuserhöhung – ganz im Gegenteil: Professionalisierung und Entwertung von Pflege konnten hier Hand in Hand gehen.

Darüber hinaus werden mit dem Projekt einer europäischen Pflegegeschichte andere Akteure in den Mittelpunkt treten. So zeigt das Beispiel von Schweden, dass sich dort die Gewerkschaft zu einer wichtigen Handlungsmacht entwickelte, die auch ihrerseits transnational vernetzt war, im internationalen Forschungskontext jedoch bislang fast keine Rolle spielt. Eine dezidiert europäische Perspektive wird die Pflegegeschichte deshalb in vielerlei Hinsicht komplexer und widersprüchlicher, damit aber auch bedeutend interessanter machen.

Die Herausforderungen und Probleme, die mit einem solchen Projekt verbunden sind, seien hier nicht unterschlagen: Eine europäische Pflegegeschichte muss der für Europa konstitutiven inneren Vielfalt gerecht werden – in dem Sinne gilt es also, europäische Pflegegeschichten zu schreiben. Bislang hat sich pflegehistorische Forschung jedoch vor allem in einigen westeuropäischen Ländern entwickelt. Eine Pflegegeschichte, die west- und osteuropäische Länder integriert, steht noch aus. Insgesamt sind die meisten Studien bis dato noch primär nationalstaatlich ausgerichtet. Transnational konzipierte Untersuchungen, die den Kulturkontakt mit seinen Lernprozessen, Übersetzungsleistungen und ethischen Spannungsfeldern thematisieren, stellen eine Ausnahme dar, zumal eine solche Analyse sehr voraussetzungsreich ist. Sie fordert von den Forschenden eine hohe Sprachkompetenz jenseits der Muttersprache, ein fundiertes Wissen der unterschiedlichen gesellschaftlich-historischen Kontexte sowie eine hohe Methodenkompetenz. Die Gründung des *European Journal for Nursing History and Ethics* ist als Chance zu verstehen, sich Länder übergreifend über Themen, Perspektiven, Erkenntnisse und methodische Herausforderungen einer ethisch informierten europäischen Pflegegeschichte zu verständigen, die sowohl die Vielfalt, Differenzen und Verknüpfungen innerhalb Europas als auch die Abgrenzungen und vielfältigen Beziehungen zu nicht-europäischen Ländern in den Blick nimmt.

Susanne Kreutzer (Prof Dr), Fachbereich Gesundheit, Fachhochschule Münster, Deutschland

6 Literatur

- Andersson, Åsa: Ett högt och ädelt kall. Kalltankens betydelse för sjuksköterskeyrkets formering 1850–1930. Umeå 2002.
- Arndt, Agnes/Joachim C. Häberlen/Christiane Reinecke: Europäische Geschichtsschreibung zwischen Theorie und Praxis. In: Arndt, Agnes/Joachim C. Häberlen/Christiane Reinecke (Hg.): Vergleichen, Verflechten, Verwirren? Europäische Geschichtsschreibung zwischen Theorie und Praxis. Göttingen 2011, S. 11–30.
- Armstrong-Reid, Susan: Two China ‚Gadabouts‘. Guerilla Nursing With The Friends Ambulance Unit, 1946–48. In: Sweet, Helen/Sue Hawkins (Hg.): Colonial Caring. A History of Colonial and Post-Colonial Nursing. Manchester 2015, S. 208–231.
- Bauernkämper, Arnd: Wege zur europäischen Geschichte. Erträge und Perspektiven der vergleichs- und transfergeschichtlichen Forschung. In: Arndt, Agnes/Joachim C. Häberlen/Christiane Reinecke (Hg.): Vergleichen, Verflechten, Verwirren? Europäische Geschichtsschreibung zwischen Theorie und Praxis. Göttingen 2011, S. 33–60.
- Beauchamp, Tom L./James F. Childress: Principles of Biomedical Ethics. New York, Oxford 2013.
- Bohm, Eva. Okänd, godkänd, legitimerad. Svensk Sjuksköterskeföreningens första 50 År. Stockholm 1972.
- Budde, Gunilla/Sebastian Conrad/Oliver Janz (Hg.): Transnationale Geschichte. Themen, Tendenzen und Theorien. Göttingen 2006.
- Christiansson, Elisabeth: Kyrklig och social reform. Motiveringar till diakoni 1845–1965. Skellefteå 2006.
- Conrad, Sebastian u. a. (Hg.): Globalgeschichte. Theorien, Ansätze, Themen. Frankfurt am Main 2007.
- Conrad, Sebastian/Shalini Randeria: Einleitung. Geteilte Geschichten – Europa in einer postkolonialen Welt. In: Conrad, Sebastian/Shalini Randeria (Hg.): Jenseits des Eurozentrismus. Postkoloniale Perspektiven in den Geschichte- und Kulturwissenschaften. 2. erw. Auflage Frankfurt am Main 2013, S. 32–70.
- Coors, Michael: Die Ethik und das Fremde. Einleitende Beobachtungen zum (kulturell) Fremden als Thema der Medizinethik. In: Coors, Michael/Tatjana Grützmann/Tim Peters (Hg.): Interkulturelle Ethik. Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege. Göttingen 2014, S. 7–19.
- Coors, Michael/Tatjana Grützmann/Tim Peters (Hg.): Interkulturelle Ethik. Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege. Göttingen 2014.
- Dross, Fritz: „Der Kampfplatz der Liebe“. Das Fronberg-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie. In: *Medizinhistorisches Journal* 43 (2008), S. 149–182.
- Emanuelsson, Agneta: Pionjärer i vitt: Professionella och fackliga strategier bland svenska sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden, 1851–1939. Huddinge 1990.

- Farhat-Naser, Sumaya: Thymian und Steine. Eine palästinensische Lebensgeschichte. 10. Aufl. Basel 2013.
- Fleischmann, Ellen/Sony Grypma/Michael Marten/Inger Marie Okkenhaug (Hg.): Transnational and Historical Perspectives on Global Health, Welfare and Humanitarianism. Kristiansand 2013.
- Fritschi, Alfred: Schwesterntum. Zur Sozialgeschichte der weiblichen Berufs-krankenpflege in der Schweiz. Zürich 1990.
- Green, Todd H.: Responding to Secularization. The Deaconess Movement in Nineteenth-Century Sweden. Leiden, Boston 2011.
- Gugglberger, Martina: Reguliertes Abenteuer. Missionarinnen in Südafrika nach 1945. Wien, Köln, Weimar 2014.
- Habermas, Rebekka: Mission im 19. Jahrhundert. Globale Netze des Religiösen. In: Historische Zeitschrift 287 (2008), S. 629–679.
- Hauser, Julia: Waisen gewinnen. Mission zwischen Programmatik und Praxis in der Erziehungsarbeit der Kaiserswerther Diakonissen in Beirut seit 1860. In: WerkstattGeschichte 57 (2011), S. 9–30.
- Hauser, Julia: Mind the Gap! Raum, Geschlecht und die Zirkulation von Wissen in der Mission am Beispiel der Kaiserswerther Diakonissen in Beirut. In: Habermas, Rebekka/Richard Hölzl (Hg.): Mission global. Eine Verflechtungsgeschichte seit dem 19. Jahrhundert. Köln u. a. 2014, S. 137–157.
- Hüwelmeier, Gertrud: Negotiating Diversity. Catholics Nuns as Cosmopolitans. In: Schweizerische Zeitschrift für Religions- und Kulturgeschichte 102 (2008), S. 105–117.
- Kaelble, Hartmut: Gesellschaften im Vergleich. Forschungen aus Sozial- und Geschichtswissenschaften. Frankfurt am Main 1998.
- Kaelble, Hartmut: Der historische Vergleich. Eine Einführung zum 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt am Main, New York 1999.
- Kaelble, Hartmut/Jürgen Schriewer (Hg.): Vergleich und Transfer. Komparatistik in den Sozial-, Geschichts- und Kulturwissenschaften. Frankfurt am Main, New York 2003.
- Kaminsky, Uwe: Innere Mission im Ausland. Der Aufbau religiöser und sozialer Infrastruktur am Beispiel der Kaiserswerther Diakonie (1851–1975). Stuttgart 2010.
- Kaminsky, Uwe: The Establishment of Nursing Care in the Parish. Kaiserswerth Deaconesses in Jerusalem. In: Kreutzer, Susanne/Karen Nolte (Hg.): Deaconesses in Nursing Care. International Transfer of a Female Model of Life and Work in the 19th and 20th Century. Stuttgart 2016, S. 81–95.
- Köser, Silke: Denn eine Diakonisse darf kein Alltagsmensch sein. Kollektive Identitäten Kaiserswerther Diakonissen 1836–1914. Leipzig 2006.
- Kreutzer, Susanne: Vom „Liebesdienst“ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt am Main, New York 2005.
- Kreutzer, Susanne: Arbeits- und Lebensalltag evangelischer Krankenpflege. Organisation, soziale Praxis und biographische Erfahrungen, 1945–1980. Göttingen 2014.

- Kreutzer, Susanne/Karen Nolte: Seelsorgerin „im Kleinen“. Krankenseelsorge durch Diakonissen im 19. und 20. Jahrhundert. In: Zeitschrift für medizinische Ethik, 56 (2010), 1, S. 45–56.
- Kreutzer, Susanne/Karen Nolte (Hg.): Deaconesses in Nursing Care. International Transfer of a Female Model of Life and Work in the 19th and 20th Century. Stuttgart 2016.
- Lissner, Cordula: Arbeitsmigration ohne Migrationserfahrung? Kaiserswerther Schwestern im Auslandseinsatz. In: Gause, Ute/Cordula Lissner (Hg.): Kosmos Diakonissenmutterhaus. Geschichte und Gedächtnis einer protestantischen Frauengemeinschaft. Leipzig 2005, S. 243–274.
- Löffler, Roland: Westliche Frauen im Umgang mit kranken orientalischen Männern. Aspekte der Geschichte des mährischen Aussätzigenasyls in Jerusalem. In: Goren, Haim/Jakob Eisler (Hg.): Deutschland und Deutsche in Jerusalem. Jerusalem 2011, S. 261–278.
- Loosen, Livia: Deutsche Frauen in den Südsee-Kolonien des Kaiserreichs. Alltag und Beziehungen zur indigenen Bevölkerung, 1884–1919. Bielefeld 2014.
- Malchau Dietz, Susanne: Køn, kald og kompetencer. Diakonissestiftelsens kvindefællesskab og omsorgsuddannelser 1863–1955. Kopenhagen 2013.
- Malchau Dietz, Susanne: The Deaconess Movement and Professional Nursing. International Demographics and Danish Deaconess Settlements at Home and Abroad 1836–1914. In: Kreutzer, Susanne/Karen Nolte (Hg.): Deaconesses in Nursing Care. International Transfer of a Female Model of Life and Work in the 19th and 20th Century. Stuttgart 2016, S. 117–134.
- Mangion, Carmen M.: „No Nurses Like Deaconesses?! Protestant Deaconesses and the Medical Marketplace in Late-nineteenth-century England. In: Kreutzer, Susanne/Karen Nolte (Hg.): Deaconesses in Nursing Care. International Transfer of a Female Model of Life and Work in the 19th and 20th Century. Stuttgart 2016, S. 161–184.
- Markkola, Pirjo: Promoting Faith and Welfare. The Deaconess Movement in Finland and Sweden, 1850–1930. In: Scandinavian Journal of History 25 (2000), 1–2, S. 101–118.
- Markkola, Pirjo: Deaconesses in the History of Nursing in Finland, 1890s to 1960s. In: Kreutzer, Susanne/Karen Nolte (Hg.): Deaconesses in Nursing Care. International Transfer of a Female Model of Life and Work in the 19th and 20th Century. Stuttgart 2016, S. 135–158.
- Martinsen, Kari: Freidige og uforsagte diakonisser. Et omsorgsyrke vokser fram 1860–1905. Aschehoug 1984.
- Middell, Matthias: Kulturtransfer und Historische Komparatistik. Thesen zu ihrem Verhältnis. In: Comparativ. Zeitschrift für Globalgeschichte und vergleichende Gesellschaftsforschung 10 (2000), S. 7–41.
- Nelson, Sioban: Say Little, Do Much. Nursing, Nuns, and Hospitals in the Nineteenth Century. Philadelphia 2001.
- Nolte, Karen (2016): Todkrank. Sterbebegleitung im 19. Jahrhundert. Medizin, Krankenpflege und Religion. Göttingen 2016.
- O'Brien, Susan: French Nuns in Nineteenth-Century England. In: Past & Present 154 (1997), S. 142–180.

- Oguisso, Taka/Genival Fernandes de Freitas: English as a Barrier. In: *Nursing History Review* 23 (2015), S. 9–10.
- Okkenhaug, Inger Marie: Norwegian Nurses, Relief and Welfare in the United States and Middle East, ca. 1880–1915. In: Fleischmann, Ellen/Sonya Grypma/Michael Marten/Inger Marie Okkenhaug (Hg.): *Transnational and Historical Perspectives on Global Health, Welfare and Humanitarianism*. Kristiansand 2013, S. 41–69.
- Osterhammel, Jürgen (Hg.): *Weltgeschichte*. Stuttgart 2008.
- Rafferty, Anne-Marie: Tiptoeing Towards a History of Nursing in Europe. In: *Nursing History Review* 22 (2014), S. 107–113.
- Riemann, Doris: ‚How to Meet the Needs of the Church‘. On the History of Deaconesses in the Lutheran Motherhouse in Baltimore, Maryland, USA, in the Twentieth Century. In: Kreutzer, Susanne/Karen Nolte (Hg.): *Deaconesses in Nursing Care. International Transfer of a Female Model of Life and Work in the 19th and 20th Century*. Stuttgart 2016, S. 185–210.
- Raphael, Lutz: Ordnungsmuster und Selbstbeschreibungen europäischer Gesellschaften im 20. Jahrhundert. In: Raphael, Lutz (Hg.): *Theorien und Experimente der Moderne. Europas Gesellschaften im 20. Jahrhundert*. Köln, Weimar, Wien 2012, S. 9–20.
- Schmidbaur, Marianne: Vom Lazaruskreuz zur Pflege aktuell. *Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903–2000*. Königstein, Taunus 2002.
- Schmuhl, Hans-Walter: Ärzte in konfessionellen Kranken- und Pflegeanstalten 1908–1957. In: Kuhlemann, Frank-Michael/Hans-Walter Schmuhl (Hg.): *Beruf und Religion im 19. und 20. Jahrhundert*. Stuttgart 2003, S. 176–194.
- Schmuhl, Hans-Walter: Der Neubeginn sozialer Staatlichkeit nach 1945. In: Kaiser, Jochen-Christoph/Rajah Scheepers (Hg.): *Dienerinnen des Herrn. Beiträge zur weiblichen Diakonie im 19. und 20. Jahrhundert*. Leipzig 2010, S. 148–163.
- Schultheiss, Katrin: *Bodies and Souls. Politics and the Professionalization of Nursing in France, 1880–1922*. Cambridge, Mass. u. a. 2001.
- Schweig, Nicole: *Weltliche Krankenpflege in den deutschen Kolonien Afrikas 1884–1918*. Frankfurt am Main 2012.
- Schweikardt, Christoph: *Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Das Zusammenwirken von Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbehauptung und Vorgaben preußischer Regierungspolitik*. München 2008.
- Sweet, Helen/Sue Hawkins: Introduction. *Contextualising Colonial and Post-Colonial Nursing*. In: *Colonial Caring. A History of Colonial and Post-Colonial Nursing*. Manchester 2015, S. 1–17.
- Weber, Reich, Traudel: *„Wir sind die Pionierinnen der Pflege ...“ Krankenschwestern und ihre Pflegestätten im 19. Jahrhundert am Beispiel Göttingen*. Bern u. a. 2003.
- Werner, Michael/Bénédicte Zimmermann: Vergleich, Transfer, Verflechtung. Der Ansatz der *Histoire croisée* und die Herausforderung des Transnationalen. In: *Geschichte und Gesellschaft* 28 (2002), S. 607–636.

Werner, Michael/Bénédicte Zimmermann: Beyond Comparison. Histoire Croisée and the Challenge of Reflexivity. In: History and Theory 45 (2006), S. 30–50.

Wexler, Ruth: Deaconesses at the Leper Home in Jerusalem, 1874–1950. In: Kreutzer, Susanne/Karen Nolte (Hg.): Deaconesses in Nursing Care. International Transfer of a Female Model of Life and Work in the 19th and 20th Century. Stuttgart 2016, S. 97–113.

Zerull, Lisa, Nursing Out of the Parish. A History of the Baltimore Lutheran Deaconesses 1893–1911. Charlottesville 2010.