

Zeitschrift: Schweizerische Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte =
Société Suisse d'Histoire Economique et Sociale

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte

Band: 18 (2002)

Artikel: Von der "Gehilfin" des Arztes zur professionellen Sozialarbeiterin :
Professionalisierung in der sozialen Arbeit und die Bedeutung der
Sozialversicherungen am Beispiel der Tuberkulosefürsorge Basel
(1911-1961)

Autor: Gredig, Daniel

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-871974>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 03.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Daniel Gredig

Von der «Gehilfin» des Arztes zur professionellen Sozialarbeiterin

Professionalisierung in der sozialen Arbeit und die Bedeutung der Sozialversicherungen am Beispiel der Tuberkulosefürsorge Basel (1911–1961)

Ein historisch begründetes Modell der Professionalisierung in der sozialen Arbeit

Wer konkretes Wissen darüber sucht, wie in der Schweiz die Entwicklung der sozialen Arbeit zu einer Profession verlief, kommt nicht um die Feststellung herum, dass hierzu bislang erst Einzelfragen aufgearbeitet worden sind. Auf der Suche nach einem übergreifenden Modell der Professionalisierung der sozialen Arbeit insgesamt bietet sich einerseits aus theoriegeschichtlichen Überlegungen und andererseits auch aufgrund des dort erreichten Forschungsstands der Blick auf die Geschichtsschreibung zur sozialen Arbeit in Deutschland an.

Hierbei sind vor allem die Arbeiten von Münchmeier und Sachsse zu berücksichtigen.¹ Ihren Rekonstruktionen der Entwicklungsschritte in der sozialen Arbeit lässt sich ein Modell der Professionalisierung entnehmen.

Münchmeier zeigt an der Entwicklung der Armenpflege zur modernen Sozialarbeit in Deutschland auf, dass sich die Konstitution eines sozialarbeiterischen/sozialpädagogischen Interventionsfeldes der Pädagogisierung des Gegenstandes von sozialer Arbeit verdankt. An der Wende zum 20. Jahrhundert erfuhr das soziale Problem «Armut» eine Transformation in ein primär pädagogisches Problem: im Zentrum fürsorgerischen Handelns sollte nicht mehr länger die materielle, äussere Not stehen wie bislang in der Armenpflege. Soziale Fürsorge sollte sich vielmehr auf das konzentrieren, was ihr als «innere Not» die äussere Not zu begleiten schien. Ihr Gegenstand war fortan dieses innere Leiden an der Armut und die Defizite, welche die materielle Not erzeugte, sowie deren Vorbeugung. Pädagogisierung steht im Weiteren für den Grundsatz, dass zur Lösung der Notlagen in erster Linie ein alternatives Handeln der Betroffenen notwendig sei.²

Ohne diese Pädagogisierung des Problems hätte, so Münchmeier, die soziale Fürsorge nebst den Sozialversicherungen, die damals zu den hauptsächlichen Instrumenten der Sozialpolitik im Kampf gegen die Existenzrisiken von Lohn-

arbeitern und Lohnarbeiterinnen avancierten, sich kein eigenständiges Praxisfeld schaffen und sich darin entfalten können. Insofern stellt sie den ersten Schritt auf dem Weg der sozialen Arbeit zur Profession dar.

Christoph Sachsse schliesst sich dieser Aussage an, wenn auch gleichsam weniger defensiv. In seiner Untersuchung erscheint dieser Prozess der Umdefinition des Gegenstandes und der damit einhergehenden Umorientierung der Armenpflege zur sozialen Fürsorge weniger als Massnahme zur Erhaltung eines eigenständigen Gegenstandsbereichs denn als eine Chance zur Weiterentwicklung des bestehenden armenpflegerischen Tuns zur modernen Sozialarbeit. Er lässt damit deutlicher als Münchmeier hervortreten, dass sich die Armenpflege in jenem Moment zur modernen Sozialarbeit entwickeln konnte, als sie durch die Sozialversicherungen von tradierten Aufgaben, insbesondere von monetären Transferleistungen entlastet wurde.³

Im Weiteren gehen beide Historiker darin einig, dass die Schaffung einer Berufsausbildung und die Herausbildung berufstypischer Handlungsmethoden die nächsten wichtigen Schritte zur Professionalisierung sozialer Arbeit darstellten.⁴ Ausserdem messen sie den Berufsorganisationen eine entscheidende Bedeutung bei der Anerkennung der sozialen Arbeit als Erwerbsberuf bei.⁵

Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden am Beispiel der Entwicklungen in der Tuberkulosefürsorge in der Schweiz der Frage nachgegangen werden, ob dieser Zweig der modernen Fürsorge im Zeitraum von seiner Einrichtung in der Schweiz im Jahr 1906 bis zur Phase seiner Umstrukturierung in den 1960er-Jahren einen Prozess der Professionalisierung durchlief. Zudem soll herausgearbeitet werden, was die Bedingungen dafür waren und ob dieser Prozess sich gleich gestaltete, wie die Professionalisierung der sozialen Arbeit in Deutschland.

Dabei ist zu beachten, dass die Tuberkulosefürsorge in der Schweiz von 25 kantonal zuständigen Organisationen getragen wurde, die zur Zeit ihrer vollen institutionellen Entfaltung in den 1950er-Jahren 90 ärztlich geleitete und 55 nicht ärztlich geleitete Fürsorgestellen führten.⁶ Die folgende Untersuchung der Entwicklungen in diesem Zweig der Fürsorge kann daher nicht sämtliche Stellen in den Blick fassen. Die Rekonstruktion der Entwicklungen der Tuberkulosefürsorge wird das Beispiel der Fürsorgestelle Basel ins Zentrum rücken.⁷ Aus dieser Wahl ergibt sich auch der Untersuchungszeitraum. Er beginnt mit der Gründung der Tuberkulosefürsorgestelle Basel 1911 und endet mit deren Umstrukturierung 1961.

Soll mit der Rekonstruktion der Entwicklung der beruflichen Handlungsvollzüge der in der Tuberkulosefürsorge in Basel Tätigen die Frage beantwortet werden, ob und aufgrund welcher Voraussetzungen diese Tätigkeit einen Prozess der Professionalisierung durchlaufen hat, setzt dies die Klärung des Professionsverständnisses als leitende theoretische Hinsicht der Rekonstruktion voraus.⁸ Deshalb wird

zunächst das Professionsverständnis, das dieser Betrachtung zugrunde liegt, geklärt. Zudem werden die Quellen dargelegt, auf denen die Arbeit beruht. Anschliessend wird die Entwicklung der Tuberkulosefürsorge Basel zur Darstellung gelangen, wobei das Wirken der Fürsorgestelle der ersten Jahre nach der Gründung mit dem sozialarbeiterischen Handeln in den 1950er-Jahren kontrastiert wird.⁹ Weiter wird herausgearbeitet, inwiefern diese Entwicklung als eine Entwicklung zur Profession verstanden werden darf. Die Ergebnisse werden schliesslich auf den eingangs skizzierten Forschungsstand in dieser Frage rückbezogen.

Professionsverständnis

Die folgende Arbeit schliesst an das Modell einer lebensweltbezogenen Professionalität an. Dies geschieht unter bewusster Distanznahme von den professionstheoretischen beziehungsweise professionssoziologischen Ansätzen, welche die Diskussion um Professionalität seit den 1930er-Jahren vom angelsächsischen Raum ausgehend auch die Diskussion im deutschsprachigen Raum dominiert haben – auch die wissenschaftliche Selbstthematizierung in der sozialen Arbeit.¹⁰ Der lange Zeit diskussionsbeherrschende merkmals-theoretische Ansatz, den die Briten Carr-Saunders und Wilson in den 1930er-Jahren vorlegten, aber auch der strukturfunktionalistische Ansatz, den Parsons in den 1950er-Jahren in den USA entwickelt hat, gehen davon aus, dass Professionen über ein Bündel von charakteristischen Merkmalen einer Berufsgruppe zu definieren sind. Als Vorbilder zur Bestimmung der charakteristischen Merkmale fungieren dabei die klassischen drei Professionen: Ärzte, Anwälte und Pfarrer. Berufsgruppen, die diese Merkmale nicht auswiesen, wurden entweder nicht als Professionen thematisiert oder – wie im Fall der sozialen Arbeit – als Semiprofession¹¹ bezeichnet. Diese Modelle, so die Kritik, überhöhen eine Vorstellung von Profession, die bereits Ende des 19. Jahrhunderts nicht mehr der Realität entsprochen hat, und bringen damit unangemessene Kriterien in die aktuelle Debatte um Professionalität und Professionalisierungsprozesse ein. Die Kritik hat ausserdem hervorgehoben, dass diese Modelle die Möglichkeit übergangen, dass Professionen auch organisatorisch-administrativ in den Staatsdienst eingebunden oder mit staatlicher Lizenzierung bestehen könnten. Damit erweise sich das Modell als nur beschränkt auf den kontinentaleuropäischen Kontext übertragbar.¹²

Aufgrund dieser Kritik wird hier das Modell einer lebensweltbezogenen Professionalität als leitende theoretische Hinsicht der Rekonstruktion gewählt. Die Rekonstruktion schliesst damit an einem jungen Strang der professionstheoretischen Diskussion an, in dem ausgehend von Oevermanns Figur der «stellvertretenden Deutung»¹³ weniger die Merkmale der Berufsgruppe, sondern vermehrt die

Strukturlogik von professionellen Handlungsvollzügen ins Zentrum gestellt werden.¹⁴ Die Rekonstruktion der Entwicklungen der Tuberkulosefürsorge folgt damit einer professionstheoretischen Hinsicht, die in der erziehungswissenschaftlichen Diskussion im deutschsprachigen Raum bislang am konsequentesten vorangetrieben wurde und dem entspricht, wie sich soziale Arbeit seit den 1990er-Jahren selbst theoretisch reflektiert.

Diesem lebensweltbezogenen Modell entsprechend wird die Tuberkulosefürsorge im Folgenden als professionalisiert bezeichnet werden, falls die Sozialarbeiterinnen ein Zuständigkeitsmonopol erringen konnten, sie Autonomie in der Bearbeitung der in der Tuberkulosefürsorge anstehenden Probleme zu erlangen vermochten und sie die spezifische Binnenlogik lebensweltbezogen professionalisierten Handelns und eine auf die (Wieder-)Herstellung der Autonomie der Adressaten und Adressatinnen zielende Berufspraxis zu entfalten vermochten.¹⁵

Die Rekonstruktion stützt sich zum einen auf nicht veröffentlichte wie auch auf publizierte schriftliche Quellen ab.¹⁶ Zum anderen stützt sie sich auf mündliche Quellen. Es handelt sich dabei um Erinnerungen von ehemaligen Tuberkulosefürsorgerinnen der Tuberkulosefürsorgestelle Basel-Stadt. Diese Zeitzeuginnen wurden in drei sich in gewissem Abstand folgenden, so genannten Erinnerungsinterviews¹⁷ von ungefähr 90 Minuten Dauer nach ihrem damaligen beruflichen Alltag und Selbstverständnis befragt. Ihre Aussagen wurden vollständig transkribiert und in einem Vorgang des theoretischen Kodierens¹⁸ ausgewertet.

Die Entwicklung der Tuberkulosefürsorge in der Schweiz unter besonderer Berücksichtigung der Tuberkulosefürsorgestelle Basel-Stadt

Die Konzeption von Tuberkulosefürsorgestellen war entstanden, als sich um die Wende zum 20. Jahrhundert bei den Aktivist*innen der Tuberkulosebekämpfung eine gewisse Ernüchterung über die Nachhaltigkeit der in den Sanatorien und Volksheilstätten zu erreichenden Heilerfolge breit machte: Die mit Tuberkulosekranken befassten Ärzte, die Mitglieder medizinischer Gesellschaften wie auch philanthropisch engagierte Angehörige bürgerlicher Schichten hatten nämlich in den 1890er-Jahren bis nach der Jahrhundertwende in der so genannten Heilstättenbewegung darauf gesetzt, dass die weit verbreitete Tuberkulose¹⁹ durch die Behandlung in Heilstätten unter Kontrolle gebracht und langfristig ausgelöscht werden könne. Nach einigen Jahren Erfahrung mit Behandlungen in «Volksheilstätten» war aber – wie im übrigen Europa auch – nicht mehr zu übersehen, dass der Effekt, insbesondere aber die Langzeitwirkung der relativ kurz dauernden hygienisch-diätetischen Kur (in gutem Klima, bei guter Ernährung, körperlicher Ruhe und strenger Disziplin) überschätzt worden war.²⁰ In dieser Situation richtete sich die

Aufmerksamkeit der Aktivisten der Tuberkulosebekämpfung zum einen vermehrt auf die Prävention der Tuberkulose. Zum anderen wuchs das Interesse an den Lebensverhältnissen, in welche die Patienten und Patientinnen nach der Kur wieder zurückkehrten. Der Kampf gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit löste sich damit aus seiner anfänglichen Fixierung auf die Volksheilstätten und wandelte sich zu einer breit angelegten Tuberkulosebekämpfung, die an zwei komplementären Punkten ansetzte: Veränderung der Lebens- und Arbeitsverhältnisse zwecks Erhaltung der Abwehrkräfte der Bevölkerung sowie Schutz vor einer Infektion einerseits und Erziehung der Bevölkerung zu einer ansteckungsverhindernden, hygienischen Lebensweise andererseits. Die Bevölkerung sollte dazu gebracht werden, ihr Möglichstes gegen eine Ansteckung mit Tuberkulose vorzukehren und im Krankheitsfall andere vor einem Infekt zu schützen. Es ging zum einen darum, die unterschiedlich weit geheilten Rückkehrer beim «anti-tuberkulösen Lebenswandel» beziehungsweise bei der Disziplin zu behalten, die sie in der Volksheilstätte gelernt hatten, welche sich übrigens genauso als «Erziehungsanstalt»²¹ wie als Heilanstalt verstand. Zum anderen sollte ein Weg gefunden werden, Kranke und ihr gefährdetes Umfeld schon vor einem Kuraufenthalt innerhäuslichen Schutzmassnahmen zu unterwerfen und schliesslich zu einer generellen hygienischen Lebensweise zu bringen.

Die Antwort auf diese Herausforderungen bestand in der Schaffung von Tuberkulosefürsorgestellen. So wurden 1906 in Neuenburg, Genf und Lausanne die ersten Tuberkulosefürsorgestellen der Schweiz eröffnet. Als Vorbild diente dabei der erste «dispensaire antituberculeux» Europas, der 1901 in Lille eröffnet wurde. Tuberkulosefürsorgestellen leisteten explizit keine herkömmliche Fürsorge für Kranke. Die Bewältigung der Probleme, die sich aus der Tuberkulose für die Betroffenen und ihre Angehörigen ergaben, wie auch Fragen der Existenzsicherung von Kranken wurden systematisch den darauf spezialisierten Stellen, wie zum Beispiel der Bürgerlichen Armenpflege oder der Allgemeinen Armenpflege, überlassen.²² Die Tuberkulosefürsorgestellen waren vielmehr als spezialisierte Fachstellen der Prävention von Tuberkulose konzipiert.

Durch diese Verankerung in der Tuberkulosebekämpfung war die Anlage der Tuberkulosefürsorge mitsamt der ihr zugrunde liegenden pädagogisierenden Logik und den daraus abgeleiteten und als sinnvoll erachteten Interventionen schon vorgezeichnet, als die ersten freiwillig fürsorgerisch tätigen Frauen und später die ausgebildeten Fürsorgerinnen auf den Plan traten. Die Fürsorgerinnen bewegten sich somit auf einem Terrain, das sie nicht selbst erschlossen und gestaltet hatten. Die Vorgaben an ihre Arbeit waren die Vorgaben der Mediziner und der philanthropischen Aktivisten der Tuberkulosebekämpfung.

Die Tuberkulosefürsorgestelle Basel nahm ihre Tätigkeit am 1. Dezember 1911 auf und orientierte sich – wie die anderen Tuberkulosefürsorgestellen in der

Schweiz auch – am internationalen Vorbild des «dispensaire antituberculeux <Emile Roux>» in Lille. Sie gab sich die Aufgabe,

- «1. die an Tuberkulose leidenden, unbemittelten Patienten in Bezug auf Unterkunft und Ernährung in möglichst günstige Verhältnisse zu versetzen.
2. die Weiterverbreitung der Krankheit im Allgemeinen und in der Umgebung eines Patienten im Speziellen zu verhüten».²³

Damit wird deutlich, dass die Tuberkulosefürsorgestelle ausschliesslich auf die Verhütung der Infektion und aus diesem Grund auch auf die Früherkennung der Krankheit und die Stabilisierung der Kurerfolge ausgerichtet war. Sie bot keine Behandlung. Die Therapie wurde den Heilstätten, den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten überlassen.

Der Fürsorgearzt, seines Zeichens Tuberkulosespezialist, hielt Sprechstunden. Die Fürsorgerinnen assistierten ihm dabei. Die Aufgabe des Arztes bestand darin, die Diagnose zu stellen, die Untersuchten aufzuklären und über die weiteren Interventionen der Stelle, so zum Beispiel über die Unterstützungsleistungen an Betroffene und ihre Familien, zu bestimmen.

Hierbei konnte sich der Arzt auf die Ergebnisse der sozialen Erhebung stützen. Diese wurde von den Fürsorgerinnen vorgenommen und bestand aus der «Kontrolle der häuslichen und ökonomischen Verhältnisse der Patienten».²⁴ Im Anschluss an eine erste Untersuchung durch den Arzt begab sich die Fürsorgerin zu den Patienten und Patientinnen nach Hause.²⁵ Bei diesem Hausbesuch versuchte sie in Erfahrung zu bringen, wie die Wohnverhältnisse dieser Leute waren. Sie erkundigte sich nach den so genannten Schlafverhältnissen, nach der Lebensweise der Patienten oder Patientinnen und ihrer Angehörigen und erfasste die wirtschaftliche Lage.

Die Intervention der Fürsorgestelle variierte danach, ob es sich bei den Betroffenen aus medizinischer Sicht um Schwerkranke, heilbar Kranke, Gefährdete und Verdächtige oder um Kinder handelte. Im Hintergrund stand aber durchgängig das Prinzip, dass ansteckungsfähige Personen je nach Prognose in Heilstätten oder Krankenhäuser verbracht oder doch zumindest von den übrigen Personen im Haushalt isoliert werden sollten. War dies nicht möglich, wurde darauf gedrungen, ansteckungsgefährdete Kinder aus dem Haushalt zu entfernen. Hierzu konnten notfalls zivilrechtliche Massnahmen getroffen werden.²⁶ Zur Stärkung der Abwehrkräfte der Menschen im Umfeld der Tuberkulösen konnten Nahrungsmittelbons abgegeben oder kostenlose Mahlzeiten vermittelt werden. Ausserdem war es möglich, Mietzuschüsse an bessere Wohnungen und Hilfen im Haushalt zu finanzieren wie auch praktische Hilfsmittel, wie zum Beispiel Spucknapfe und Desinfektionsmittel, abzugeben.

Ein entscheidender Bestandteil der Intervention bei allen Patienten und Patientinnen war die Aufklärung über das Wesen der Tuberkulose und die Massnahmen zu

ihrer Verhütung. Gemäss Konzept war dies Sache des Arztes. Die Fürsorgerinnen waren im Nachgang dafür verantwortlich, den Kranken und ihren Nächsten diese Verhaltensmassnahmen in ihren eigenen vier Wänden anlässlich der Hausbesuche beizubringen, die Befolgung zu kontrollieren und gegebenenfalls durchzusetzen. Die Aufklärung, die von einer Vielzahl von Informationsschriften und Flugblättern mit gleich lautender Botschaft unterstützt wurde, ging von einer Feststellung aus, in der sich die Stossrichtung der gesamten Belehrung in Prophylaxe und hygienischer Lebensweise fassen lässt: Der Kranke stellt zwar «die wichtigste Infektionsquelle»²⁷ dar, aber trotzdem ist «die Furcht vor dem reinlichen Tuberkulös-Erkrankten ganz unnütz [...]; denn seine Atemluft ist nicht ansteckend, nur sein Auswurf. Der *unreinliche* Tuberkulöse dagegen bildet eine grosse allgemeine Gefahr.»²⁸ So wurde den Kranken das richtige Niesen und Husten beigebracht. Sie mussten lernen, wie mit dem Auswurf und dem Spucknapf umzugehen war. Sie wurden unterrichtet, wie diese Geräte und andere Gegenstände aus dem Haushalt, bis hin zu Möbeln und Tapeten, zu desinfizieren waren. Grosse Aufmerksamkeit richtete sich auf den Umgang mit der Wäsche und von absolut höchster Priorität waren Sauberkeit und «peinliche Reinlichkeit an der eigenen Person, an den Kleidern, in der Wohnung, bei der Arbeit, kurz überall».²⁹ In einem in grosser Auflage unter die Leute gebrachten Merkblatt hiess es weiter: «Man wasche sich stets die Hände vor dem Essen, reinige die Fingernägel, pflege Mund und Zähne.»³⁰ Besondere Beachtung fand immer auch die Art des Reinmachens in der Wohnung. Da dem Staub ein grosses Misstrauen entgegengebracht wurde, musste eine Art der Reinigung propagiert werden, die zu Sauberkeit führte, ohne Staub aufzuwirbeln. Es findet sich dann auch kaum eine Belehrungsschrift, die nicht ermahnt: «Der Zimmerboden soll nicht trocken gewischt werden, sondern mit feuchten Lappen, in Werkstätten auch mit nassem Sägemehl, das nachher verbrannt wird.»³¹ Die Ehefrauen wurden angewiesen, ihren Männern ein ordentliches Zuhause zu bereiten, damit diese nicht in die Wirtschaften und die Cabarets gingen, in denen sie ihre Kräfte mit Alkohol und Ausschweifungen schwächten. Zudem sollte auf gute Lüftung, gute Ernährung und einen geregelten Tagesablauf geachtet werden. Ein Blick auf diese vielfältigen Anweisungen zeigt, dass kaum ein Lebensbereich der Betroffenen ohne Kommentar und Regelung blieb. Die Regeln der «hygienischen Lebensweise» durchdrangen das gesamte Dasein mit einer Normierung, die der infektiologischen und seuchenpolizeilichen Rationalität der Tuberkulosebekämpfung verpflichtet waren. Mit den Ausführungen zu Ordnung und Reinlichkeit transportierten die Vorschriften zu einer «vernunftgemässen Lebensweise» aber gleichzeitig auch bürgerliche Modelle von Sauberkeit und Wohlanständigkeit, von Familie und geschlechterbezogener Arbeitsteilung.³² Die Fürsorgerinnen, die für die Durchsetzung dieser Normen zuständig waren,

wurden damit zu den Agentinnen der Übertragung der Lebensregeln der Heilstätten auf das Leben der unterbürgerlichen Schichten und unserer Gesellschaft schlechthin. Diese Regeln waren nicht verhandelbar, sie waren nur erfüllbar: Die Klienten und Klientinnen wurden in unangemeldeten Hausbesuchen auf die Einhaltung der Regeln kontrolliert. Sie wurden als Novizen der antituberkulösen Lebensweise, als Zöglinge im hygienischen Erziehungsprojekt objektiviert. Indizien dafür, dass Massnahmen verhandelt oder auf den besonderen Fall hin differenziert worden oder dass gemeinsam nach angemessenen Lösungen gesucht worden wäre, sind im aufgearbeiteten Material nicht zu finden.

Stiessen die Fürsorgerinnen bei der Durchsetzung ihrer Regeln auf Widerstand, hatten sie zumindest keine legalen Zwangsmittel gegen die Klientel in der Hand, was allerdings ausdrücklich nicht hiess, dass kein Druck ausgeübt oder das Einschreiten des Gesundheitsamtes veranlasst worden wäre. Für ein solches Vorgehen gab es zwar keine gesetzliche Basis, doch handelte man nach der Devise, die selbst 1941 im Organ der Schweizerischen Vereinigung gegen die Tuberkulose noch ausgegeben wurde: «Praktisch kommt man vielleicht in der Grosszahl der Fälle auch ohne eine [gesetzliche] Sondervorschrift durch, weil die betroffenen Personen sich mangels eingehender Kenntnis der Rechtslage häufig fügen werden, wenn die Behörden Zwangsversorgungen unter Anrufung irgendeiner allgemeinen polizeilichen Vorschrift oder auch ohne Angabe gesetzlicher Bestimmungen anordnen.»³³

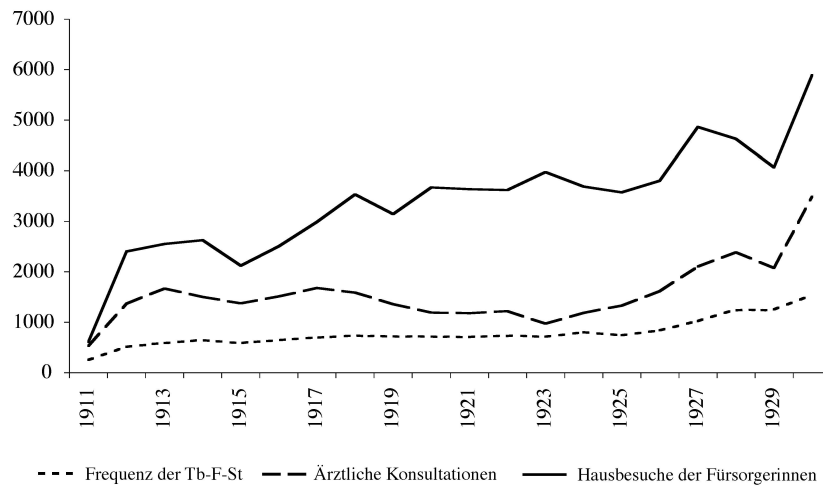
Innerhalb der Hierarchie der Fürsorgestelle waren die Fürsorgerinnen ausführende und zudienende Kräfte. Wie schon gezeigt wurde, lag der Entscheid über das Vorgehen in einem Fall beim Arzt. Die Fürsorgerin wurde als seine «Gehilfin»³⁴ oder gar sein «Hilfsmittel»³⁵ betrachtet, galt aber als notwendige Kraft und wurde als solche anerkannt.

So kann eine relativ rasche Verberuflichung der Fürsorge festgehalten werden: In Basel war seit der Gründung der Stelle 1911 eine Krankenschwester in einem Halbpensum angestellt. 1914 wurde diese Stelle auf eine Vollzeitangstellung für eine Fürsorgerin erweitert. 1917 wurde eine zweite hauptamtliche Fürsorgerin angestellt und im Gegenzug auf freiwillige Kräfte verzichtet. 1927 und 1930 wurde nochmals je eine weitere Stelle geschaffen.

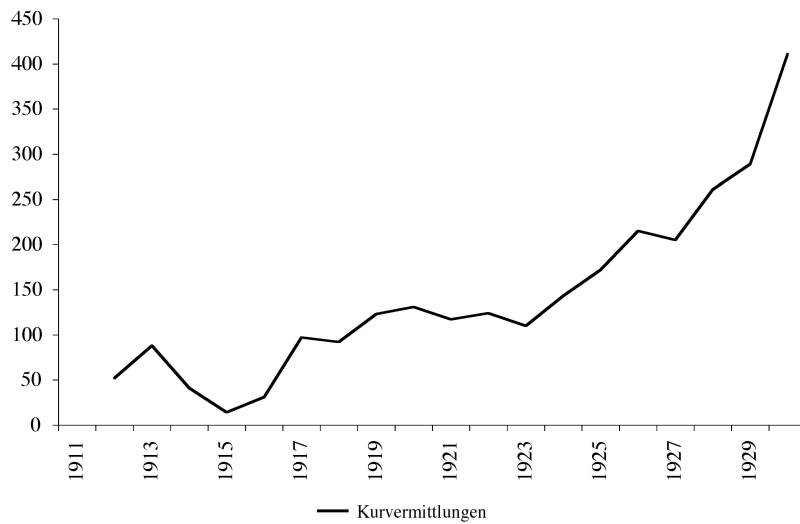
Diese beiden, später drei beziehungsweise vier Fürsorgerinnen hatten zusammen mit dem Fürsorgearzt eine Frequenz von jährlich mehreren Hundert Klienten/Klientinnen beziehungsweise Patienten/Patientinnen zu bewältigen. Die Graphiken 1 und 2 verdeutlichen, welche Leistungen die Fürsorgerinnen nur schon mit Blick auf die Hausbesuche und die Kurvermittlung erbrachten.

Ab 1917 wurde auch nur noch fachlich einschlägig ausgebildetes Personal angestellt. Abgesehen von einer Krankenschwester, die in den 1950er-Jahren eingestellt wurde, waren ab 1917 nur noch Frauen angestellt worden, die entweder

Graphik 1: *Frequenz der Tuberkulosefürsorgestelle (Tb-F-St) Basel, Anzahl ärztliche Konsultationen und Anzahl Hausbesuche im Zeitraum vom 1911 bis 1930*



Graphik 2: *Anzahl Kurvermittlungen der Tuberkulosefürsorgestelle Basel im Zeitraum von 1911 bis 1930*



Die zu Reihen zusammengeführten Daten sind den Jahresberichten der Tuberkulosefürsorgestelle der Jahre 1911 bis 1930 entnommen, Schweizerische Landesbibliothek, Ablage V Basel-Stadt 2546. Basler Hilfsverein für Brustkranke Basel-Stadt, Baselstädtische Liga zur Bekämpfung der Tuberkulose.

über eine der damaligen Ausbildungen als Fürsorgerin oder – dies allerdings weniger häufig – als Erzieherin verfügten.

Angesichts dieser rasch verlaufenden Verberuflichung und Verfachlichung darf behauptet werden, dass die Fürsorgerinnen in Basel in kurzer Zeit ein Zuständigkeitsmonopol errichten konnten. Damit war schon früh in der Entwicklung ein wesentliches Merkmal einer Profession erfüllt.

Wie die interne Hierarchie der Fürsorgestelle oder auch nur schon die Bezeichnung der Fürsorgerinnen als «Gehilfinnen»³⁶ des Arztes deutlich werden lassen, verfügten die Fürsorgerinnen über keine Autonomie über ihr Berufshandeln. Ebenso wenig lassen sich in ihren Handlungsvollzügen – sei es nun im Zusammenhang mit der sozialen Erhebung, der Durchsetzung der Massnahmen anlässlich der Hausbesuche oder den dienenden Arbeiten in der Sprechstunde – Spuren einer Handlungslogik finden, die auf eine Relationierung von Theorieverstehen und Fallverstehen hinweisen. Angesichts der damaligen Ausbildungen muss davon ausgegangen werden, dass die Fürsorgerinnen – bezogen auf ihr eigenes Berufshandeln – vor allem über dogmatisch-normatives Wissen und Erfahrungswissen mit theoretischem Bezug verfügten. Das ihnen zur Verfügung stehende systematisierte, wissenschaftliche Wissen stammte – darauf weisen die Lehrpläne der damaligen Ausbildungsinstitutionen hin – zum grössten Teil aus dem Bereich der Medizin oder allenfalls auch aus der Jurisprudenz.³⁷ Zudem wurde deutlich, dass nichts auf ein fürsorgerisches Handeln hinweist, bei dem in Kooperation mit einem Klienten oder einer Klientin nach einer dem Fall angemessenen Lösung gesucht worden wäre. Insbesondere mit Blick auf die Hausbesuche gehen die Hinweise deutlich in die Richtung einer rigiden Durchsetzung der Massnahmen zur Verhütung der Tuberkulose – notfalls auch gegen den Willen der Klientel. In disziplinierendem Zugriff wurden die Klienten und Klientinnen als Zöglinge beziehungsweise Unmündige objektiviert, die Erziehung und paternalistischen Schutz brauchten.

Der Wandel in den 1950er-Jahren

Ende der 1950er-Jahre hatte die Arbeit der Fürsorgerinnen der Tuberkulosefürsorgestelle Basel ein anderes Gesicht. Dies war nicht etwa auf eine andere Konzeption der Stelle und entsprechend neue Zielvorstellungen zurückzuführen, sondern auf Neuerungen erstens bei der Früherkennung und Prophylaxe, zweitens der Behandlung und drittens der Unterbringung der Kranken.

Die erste Voraussetzung für den Wandel in der Fürsorge waren die neuen technischen Mittel in der Früherkennung und Prophylaxe. Die Basler Stelle schaffte 1944 eine eigene Schirmbildapparatur an.³⁸ Anders als die seit den 1930er-Jahren schon eingesetzten technischen Mittel des Röntgens und Durch-

leuchtens brachte die Einführung des Schirmbildverfahrens die Möglichkeit, in kurzer Zeit sehr viele Personen der Früherkennung zuzuführen. Zudem gelangte ab 1949 die schon in den 1920er-Jahren entwickelte, aber bisher nicht eingesetzte Schutzimpfung (BCG-Impfung) breit zum Einsatz. 1950 wurde in Basel die Impfung in den Schulen eingeführt. 1951 sind in der gesamten Schweiz bereits mehr als 51 000 Schutzimpfungen vorgenommen worden.³⁹ Die 1950er-Jahre dürfen damit als ein Moment der Entspannung an der prophylaktischen Front in der Tuberkulosefürsorge (selbstverständlich aber nicht in der Tuberkulosebekämpfung insgesamt) angesehen werden.

Die zweite Voraussetzung für den Wandel waren die Neuerungen in der Therapie der Tuberkulose, die einer «Revolution» der Behandlung gleichkamen. 1943 hatten Schatz und Waksman mit Streptomycin einen ersten bakterioziden Wirkstoff entdeckt, der spezifisch Tuberkulosebakterien abzutöten vermochte.⁴⁰ Nach 1948 stand PAS (Para-Aminosalycil-Säure) zur Verfügung, das tuberkulostatisch wirkt, und 1952 kam Isoniacid (Rimifon) auf den Markt. Ab diesem Zeitpunkt wurden Kombinationstherapien möglich, die insbesondere bei Tuberkulose ausserhalb der Lunge und früh entdeckten Lungentuberkulosen sehr gute Heilerfolge brachten. Die Medikamenteneinnahme musste über lange Dauer getreu der Verschreibung durchgehalten werden und ersetzte in den 1950er-Jahren den Aufenthalt in der Heilstätte noch nicht. Trotzdem verzeichneten die Fürsorgestellen in diesem Zeitraum bereits eine Abnahme der offen Tuberkulösen und eine Verringerung der Anzahl chronischer Fälle, die für die Fürsorgerinnen bislang den grössten Aufwand an Kontrolle gebracht hatten.⁴¹ Die Tuberkulosefürsorgerinnen sahen sich so vor wesentlich weniger Kontrollaufgaben.

Die dritte Voraussetzung für den Wandel war die Schaffung der Tuberkuloseversicherung. In Umsetzung des «Bundesgesetzes betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose»⁴² wurde 1944 die Tuberkuloseversicherung eingeführt: Der Bund bezahlte jenen Krankenkassen, die Tuberkulosekranken von ihm bestimmte Leistungen boten, besondere Beiträge.⁴³ Ein wesentlicher Punkt dieser Versicherung bestand in der Übernahme der Kurkosten. 1952 standen den Kranken mit Tuberkuloseversicherung nach mehreren Ausbausritten schliesslich Kurbeiträge an 1080 Kurtage in einer anerkannten Heilstätte innerhalb von fünf Jahren zu.

Zudem hatte der Kanton Basel-Stadt die mit dem Kranken- und Unfallversicherungsgesetz von 1911⁴⁴ gegebene Möglichkeit umgesetzt und die Pflichtversicherung für Personen mit geringem Einkommen eingeführt.⁴⁵ So konnten zum Beispiel 1953 über 90% der Basler Bevölkerung in den Genuss dieser Leistungen kommen. Die Basler Öffentliche Krankenkasse bezahlte zu diesem Zeitpunkt auch Tagelder, die einen «wirklich ausreichenden Schutz vor den wirtschaftlichen Folgen der Tbc-Erkrankung»⁴⁶ darstellten. Die Tuberkulosefürsorgestelle Basel hielt fest: «Vielen Familien wird dadurch der Gang zu den Armenbehörden erspart.»⁴⁷ So

war die Kurfinanzierung für den grossen Teil der Klienten und Klientinnen der Tuberkulosefürsorgestelle versicherungstechnisch gesichert, was eine bedeutende Entlastung der Fürsorgerinnen von zeitraubenden Finanzierungen bedeutete.⁴⁸

Die skizzierten Veränderungen brachten den Fürsorgerinnen zu Beginn der 1950er-Jahre eine gewisse mentale Freiheit gegenüber dem bisher alles durchdringenden und vereinnahmenden prophylaktischen Denken, eine gewisse Freisetzung von Kontrollaufgaben und – aufgrund der Einführung der Tuberkuloseversicherung – vor allem eine Entlastung von Arbeiten der Kurfinanzierung. Die Frequenz der Tuberkulosefürsorgestelle nahm ab und die Anzahl Kurvermittlungen ging zurück (Graphiken 3 und 4).

Diese Konstellation beinhaltete ein Potential zur Umformulierung der Tuberkulosefürsorge. Die Fürsorgerinnen der Basler Stelle gehörten zu jenen, welche dieses Potential realisierten. Dass dies gelang, ist zwei externen Entwicklungen zuzuschreiben: Der «Psychologisierung» der Tuberkulose und der Einführung des «case work».

Im Diskurs der Aktivistinnen der Tuberkulosebekämpfung war im Laufe der 1940er-Jahre eine Strömung aufgekommen, die als «Psychologisierung» bezeichnet werden kann. Diese Strömung diskutierte den Zusammenhang von Psyche und Krankheit und machte den Schock der Diagnose, die Gefühle von Ungewissheit und Angst, das Erleben der Krankheit und die erlebte Nutzlosigkeit und Minderwertigkeit seitens der von der Tuberkulose Betroffenen zum Thema. In diesem Zusammenhang wurde unter anderem gefordert, die Tuberkulosefürsorge habe sich diesen Problemen vermehrt zuzuwenden. Damit wurden neue Aufgaben ins Blickfeld der Fürsorgerinnen gerückt: die Hilfe bei der Bewältigung der Lebenssituation, die durch die Krankheit erschwert wurde. Die Tuberkulosefürsorge gewann damit einen Horizont jenseits der Prävention.

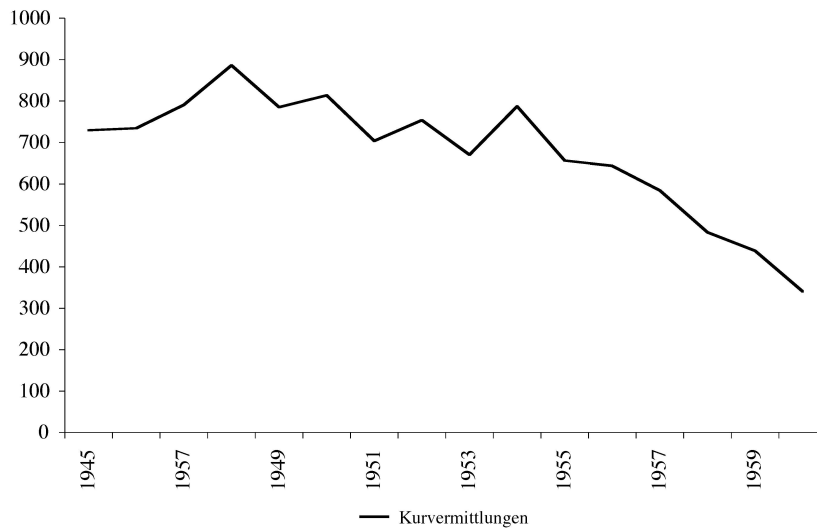
Belehrung und Kontrolle hätten der Bewältigung dieser neuen Aufgaben nicht zu genügen vermocht. Insofern war es von grosser Bedeutung, dass die Fürsorgerinnen in den 1950er-Jahren zu einem neuen handlungsmethodischen Instrumentarium kamen: dem «case work». Mit dem «case work» war den Fürsorgerinnen eine Methode gegeben, mit der es ihnen gelingen konnte, die von der Psychologisierung ausgehenden Forderungen nach einem anderen Umgang mit den Klienten und Klientinnen zu erfüllen und den Betroffenen «diejenige Stützung, Aufmunterung und Führung zu geben, die sie vielfach benötigen und wünschen».⁴⁹ Fürsorge sollte inskünftig – von einem sozialarbeiterischen Konzept getragen – den Menschen «als Ganzes» sehen, «d. h. nicht nur die materielle, soziale Seite, sondern auch die psychische».⁵⁰

So formierte sich in Basel im Laufe der 1950er-Jahre eine «neue» Tuberkulosefürsorge. Die alleinige Ausrichtung auf die Disziplinierung der Kranken, auf die Durchsetzung der für richtig befundenen Lebensweise und auf die Kontrolle war

Graphik 3: *Frequenz der Tuberkulosefürsorgestelle Basel, Anzahl ärztliche Konsultationen und Hausbesuche im Zeitraum vom 1945 bis 1960*



Graphik 4: *Anzahl Kurvermittlungen der Tuberkulosefürsorgestelle Basel im Zeitraum vom 1945 bis 1960*



Die zu Reihen zusammengeführten Daten sind den Jahresberichten der Tuberkulosefürsorgestelle der Jahre 1945 bis 1960 entnommen, Schweizerische Landesbibliothek, Ablage V Basel-Stadt 2546. Basler Hilfsverein für Brustkranke Basel-Stadt, Baselstädtische Liga zur Bekämpfung der Tuberkulose.

einem Nebeneinander von zwei Strängen gewichen: Der erste bestand nach wie vor aus Interventionen im Namen der Prävention. Der zweite bestand aus Tätigkeiten zur Unterstützung und Beratung der Betroffenen und ihres Umfeldes zwecks Bewältigung der durch die Tuberkulose ausgelösten Probleme und der (Wieder-)Herstellung von Voraussetzungen für eine selbständige Lebensbewältigung und Gesunderhaltung der Klienten und Klientinnen. Aus einer spezialisierten Fachstelle der Prävention von Tuberkulose hat sich ein polyvalenter Sozialdienst für jene mehrfach mit Problemen belasteten Menschen entwickelt, für die ihre Tuberkulose ein Grund darstellte, ihr Bedürfnis nach Unterstützung und Begleitung anzumelden.

So erweiterten sich die angestammten Tätigkeiten um diverse Unterstützungs- und Beratungsleistungen, wie zum Beispiel Schuldensanierungen, die Organisation von Nachbarschaftshilfe oder die Begleitung von Familienangehörigen, die vom Druck der Situation oder den damit verbundenen Unsicherheiten überfordert wurden.⁵¹

Die Umformulierung der Ziele der fürsorgerischen Arbeit und die Einführung der sozialen Einzelfallarbeit wurden zusätzlich durch drei stelleninterne Momente begünstigt: durch den Generationenwechsel der Angestellten, die Erweiterung des Teams und den erreichten Grad an Verfachlichung. 1955 stand eine neue Generation von Fürsorgerinnen im Dienst und 1952 wurde auch der langjährige Fürsorgerarzt durch seinen bisherigen Assistenten ersetzt. Der Stellenetat der fürsorgerischen Abteilung erfuhr zwischen 1951 und 1953 eine Erweiterung um ein Halbpensum. 400 der 450 Stellenprozente waren von Fürsorgerinnen mit fachlich einschlägigen Ausbildungen besetzt: Drei der Stellen wurden mit Absolventinnen der Sozialen Frauenschule/Schule für Soziale Arbeit in Zürich und der Ecole d'Etudes sociales in Genf besetzt, die in ihrer Ausbildung mit den zu ihrer Zeit bestehenden theoretischen Arbeiten zur Sozialarbeit in Kontakt gekommen und im «Höheren Fachkurs für Sozialarbeiter» in «case work» geschult worden waren. Dieses Team war in der Lage, die Neuausrichtung vorzunehmen und auszufüllen.

Hinter der neuen Ausrichtung der Arbeit stand nun die Unterscheidung von *Krankheit* und *Kranksein*, wie sie von der Amerikanerin Elise de la Fontaine in die Sozialarbeit eingeführt worden war. Die Basler Fürsorgerinnen gingen in Übernahme dieser Unterscheidung davon aus: «Die Tuberkulose als Krankheit ist Sache der Ärzte [...] die Frage nach dem Kranksein gehört aber ins Gebiet der Fürsorge. *Kranksein* ist subjektiv: beobachtet, gefühlt und beschrieben von der betroffenen *Person*; währenddem *Krankheit* etwas Objektives ist, festgestellt durch die Beobachtung des *Arztes*.»⁵²

Die «neue» Tuberkulosefürsorge zeichnete sich aber nicht nur durch eine Erweiterung der Palette der Tätigkeiten der Fürsorgerinnen aus. Die Übernahme des «case work» führte auch zu einer Veränderung der Haltung gegenüber den Klienten und Klientinnen. Das «case work» basierte auf einer «demokratischen Haltung».⁵³ Die

Fürsorgerinnen der Basler Stelle interpretierten diese als eine Haltung des Respekts vor der Person und ihrer Besonderheit. Sie nahmen sich in die Pflicht, in ihrer Arbeit die Klienten und Klientinnen zu achten, ihre Persönlichkeit zu akzeptieren, sie zu bejahen. Daraus abgeleitet ergab sich der Grundsatz, sich mit den Klienten und Klientinnen zu beraten und *mit* ihnen zu entscheiden, was geschehen sollte. Ziel wurde, in Zusammenarbeit mit den Klienten und Klientinnen und unter Stärkung ihrer Fähigkeiten angemessene Lösungen zu finden. Eine Bevormundung der Kranken war nicht mehr länger statthaft, ihre Objektivierung als Zöglinge und als schutzbedürftige Unmündige wurde abgebaut. Dies zeigt sich zum Beispiel in einer raschen Abnahme der Hausbesuche. Die soziale Erhebung wich dem Gespräch im Büro der Fürsorgerin, in dem die Klienten und Klientinnen (mit)bestimmten, welche Probleme sie besprechen wollten. Ferner wurden die Massnahmen, die aus Gründen der Krankheitsverhütung angezeigt schienen, mit den Betroffenen verhandelt. Es wurde nach Lösungen gesucht, die zwischen dem infektiologischen Wissen um die Verursachung der Tuberkulose, den fürsorgerischen Grundsätzen der Krankheitsverhütung und den Interessen und den Besonderheiten des einzelnen Falls vermittelten. Die Aufmerksamkeit der Fürsorgerin lag nicht mehr auf der Durchsetzung der Regeln. Vielmehr richtete sie das Bemühen darauf, zu «schauen, was ist möglich».⁵⁴ Das Interesse der Fürsorgerin galt nun der Frage, welches Vorgehen für ihr Gegenüber angesichts der zu bewältigenden Probleme «von der Person aus annehmbar»⁵⁵ war. Eine Fürsorgerin fasst dies in die Worte: «Und dann hat man aber probiert, [...] hat man einmal geschaut, wie sind die Reaktionen, wie sind vielleicht die Argumente vom Patient: Was hat er zu sagen und warum [...] warum ist er jetzt so.»⁵⁶ Das sind Fragen, die deutlich für ein Bemühen sprechen, das Besondere am Fall zu verstehen und darauf einzugehen.

Tuberkulosefürsorge als professionelle Tätigkeit

Misst man die Entwicklung der Tuberkulosefürsorge der Basler Fürsorgestelle an den oben genannten Kriterien von Professionalisierung, ergibt sich folgendes Bild: Angesichts der frühen Verberuflichung und durchgängigen Verfachlichung der fürsorgerischen Arbeit der Tuberkulosefürsorgestelle und eingedenk der Anerkennung, die den Fürsorgerinnen auch von Seiten der Schweizerischen Vereinigung gegen die Tuberkulose und von staatlicher Seite entgegengebracht wurde, kann von einem Zuständigkeitsmonopol der Fürsorgerinnen gesprochen werden.⁵⁷

In den 1950er-Jahren vermochten die Fürsorgerinnen der Basler Stelle an Autonomie gegenüber der Institution und der das Feld beherrschenden Profession der Medizin («organisation autonomy») zu gewinnen. Die Fürsorgerinnen bestimmten, mit welchen Klienten und Klientinnen sie arbeiteten und nach welchen

Grundsätzen sie das tun wollten. Sie waren nicht mehr einfach Hilfskräfte des Fürsorgearztes.

Die Autonomie gegenüber den Klienten und Klientinnen («client autonomy») hat sich in genau entgegengesetzter Richtung entwickelt. Die Verfügung über die Kranken nahm ab, die Unabhängigkeit von den Klienten und Klientinnen wurde im Laufe der Entwicklung geringer. Damit war zum Ende des Untersuchungszeitraums eine ganz spezifische Form von Autonomie entstanden: Eine grosse berufliche Selbstbestimmung der Fürsorgerinnen gegenüber ihrem Träger und dem formalen ärztlichen Leiter ging mit einer wesentlich geringeren Autonomie gegenüber den Klienten und Klientinnen einher. Es ist dies eine Struktur von Autonomie, wie sie für eine lebensweltbezogene Professionalität bezeichnend ist.

Die fürsorgerische Tätigkeit lässt zudem deutliche Hinweise auf ein Berufshandeln erkennen, das grundsätzlich der spezifischen Binnenlogik einer lebensweltbezogenen Profession folgte und auf die (Wieder-)Herstellung der Selbstbestimmung der Adressaten und Adressatinnen zielte.

Einschränkend ist in diesem Punkt allerdings zu betonen, dass die spezifische Binnenlogik professionellen Handelns die Verfügung über wissenschaftliches Wissen und Theoriekenntnisse voraussetzt. Die Theorieentwicklung in der wissenschaftlichen Sozialarbeit/Sozialpädagogik, die Ausbildungsgänge für Fürsorgerinnen und auch die Fortbildungskurse für Fürsorgerinnen, die von der Schweizerischen Vereinigung gegen die Tuberkulose veranstaltet wurden, lassen aber erkennen, dass die Fürsorgerinnen zwar über wissenschaftliches Wissen verfügten, dieses aber im Wesentlichen aus fremden Disziplinen, vornehmlich aus der Medizin und der Jurisprudenz, stammte. Das mangelnde wissenschaftliche Wissen aus der eigenen Disziplin muss denn auch als ein schwacher Punkt in der Begründung eines eigenständigen professionellen Handelns gesehen werden.

Gleichzeitig muss festgestellt werden, dass die Fürsorgerinnen die faktisch errungene Autonomie nie auf die Probe stellten. Die Fürsorgerinnen drangen nicht auf andere Strukturen. Sie blieben formal gesehen dem Fürsorgearzt unterstellt. Sie forderten auch nicht die Anpassung der Statuten an ihre Arbeit, was einen Konflikt hätte bedeuten können. Sie machten Konzessionen an das hergebrachte Verhältnis und übernahmen weiterhin zum Beispiel die Durchführung von Umgebungsuntersuchungen, die Verwaltung der Akten der Patienten und Patientinnen und die Einladungen zu Kontrolluntersuchungen beim Arzt. Eine Fürsorgerin kommentiert: «Da sind wir gebunden gewesen. Aber für's Fürsorgerische, da sind wir eigentlich frei gewesen.»⁵⁸

Jene Anteile der fürsorgerischen Arbeit, die angesichts der durchlaufenen Entwicklung zur beruflichen Unabhängigkeit als eine Konzession an frühere Zeiten begriffen werden müssen, blieben allerdings der hergebrachten entmündigenden Handlungslogik verpflichtet. Insofern lebten die Fürsorgerinnen das Gleichzeitige

Ungleichzeitige und konnten so vom Freiraum profitieren, der ihnen aus zwei Gründen erwuchs: Einerseits war die Fürsorgestelle durch die professionelle Autonomie, die dem leitenden Fürsorgearzt zugestanden wurde, von direktiven Eingriffen seitens der zuständigen Kommission wie auch seitens des mitfinanzierenden Staats geschützt. Andererseits kontrollierte der Fürsorgearzt die Arbeit der Fürsorgerinnen nicht.

Mit Blick auf die Berufstätigkeit der Fürsorgerinnen der Basler Tuberkulosefürsorge darf also die These aufgestellt werden, dass die fürsorgerische Arbeit mit Tuberkulosekranken und ihren Angehörigen trotz einer schwachen eigenständigen theoretischen Fundierung und trotz der Konzessionen an die Tradition zu einer Profession nach dem Muster des lebensweltbezogenen Modells geworden war: ihre Tätigkeit hat in diesem Sinne einen Prozess der Professionalisierung durchlaufen.

Ein Blick über die Grenzen von Basel hinaus zeigt aber auch, dass diese These für die Tuberkulosefürsorge in der übrigen Schweiz nur bedingt Gültigkeit hat. Die Diskussionen und Statistiken der Schweizerischen Vereinigung gegen die Tuberkulose, in der fürsorgerische Fragen ein oft diskutiertes Thema waren, vermögen aufzuzeigen, dass der Prozess der Professionalisierung auch bei anderen Tuberkulosefürsorgestellen einsetzte. Allerdings war er bis zum Ende des Untersuchungszeitraums in der Tuberkulosefürsorge anderer Kantone unterschiedlich weit gediehen: Während in Basel – wie gezeigt – zum Ende des Untersuchungszeitraums von einer lebensweltbezogenen Profession auszugehen ist, haben die Tuberkulosefürsorgestellen in anderen Kantonen und Ligen bis Ende der 1950er-Jahre eine stärkere Verberuflichung und Verfachlichung erst eingeleitet und insofern den Professionalisierungsprozess erst dann begonnen.⁵⁹ Erst weitere Forschung wird zeigen können, ob die Entwicklung der Tuberkulosefürsorge in den anderen Stellen denselben Weg nahm wie in Basel. Angesichts dieser divergenten Lage kann folglich konstatiert werden, dass die Tuberkulosefürsorge in der Schweiz einen Prozess der regionalisierten Professionalisierung durchlief, der als disparate Professionalisierung zu bezeichnen wäre.

Fazit

Resümierend ist festzuhalten, dass sich «Pädagogisierung» und «Entlastung» auch in der Entwicklung der Tuberkulosefürsorge in der Schweiz als wichtige Momente im Prozess der Professionalisierung erwiesen haben. Dabei ist «Entlastung» – das wurde deutlich – breiter zu fassen als nur im Sinne einer Reduktion der Beanspruchung durch monetäre Transferleistungen. Im konkreten Fall kam die «Entlastung» denn auch von anderer Seite als nur von den Sozialversicherungen:

«Entlastung» ergab sich durch ein Zusammenwirken von Sozialversicherung, medizintechnischen Fortschritten und therapeutischen Neuerungen.

Die Bedeutung, die Münchmeier und Sachsse der Ausbildung für die Professionalisierung beimessen, bestätigt sich auch in der skizzierten Entwicklung der Tuberkulosefürsorge. Die Chance zur Weiterentwicklung der Berufstätigkeit der Fürsorgerinnen konnte nur aufgrund facheigener theoretischer Überlegungen und der Aneignung der Neuerungen im Bereich der Handlungsmethoden genutzt werden. Den berufsständischen Organisationen hingegen kommt im aufgezeigten Professionalisierungsprozess – zumindest aufgrund der greifbaren Quellen – keine nachweisbare Bedeutung zu.

Die Geschichte der Tuberkulosefürsorgestelle Basel zeigt aber auch auf, dass die Entwicklung einer lebensweltbezogenen Professionalität noch von weiteren, wesentlich anderen Punkten abhing. Entscheidende Momente der Professionalisierung scheinen auf der Ebene der einzelnen Institutionen angesiedelt. Im Fall der Tuberkulosefürsorge waren dies einerseits die freie Trägerschaft und andererseits die Aktionsfreiheit im Windschatten der Autonomie des leitenden Arztes, der Verzicht des Arztes auf eine eingehende Kontrolle der Fürsorgerinnen und die Bereitschaft der Sozialarbeiterinnen, einige ihrer hergebrachten administrativen Aufgaben weiterhin zu erfüllen.

Von dem untersuchten Beispiel ausgehend, kann man daher folgern, dass die von Münchmeier und Sachsse bislang herausgearbeiteten Voraussetzungen der Professionalisierung um das Element der freien Trägerschaft zu erweitern und mit einem Hinweis auf die entscheidende Rolle, die institutionsinterne Gegebenheiten spielen, zu ergänzen sind.

Anmerkungen

- 1 Richard Münchmeier, *Zugänge zur Geschichte der Sozialarbeit*, München 1981; Christoph Sachsse, *Mütterlichkeit als Beruf. Sozialarbeit, Sozialreform und Frauenbewegung 1871–1912*, Frankfurt a. M. 1986.
- 2 Vgl. Münchmeier (wie Anm. 1). Eine Folge dieser Umformulierung des Problems war allerdings, dass dadurch die Probleme individualisiert, die Notlage der Klientel entpolitisiert und das Ungenügen der sozialstaatlichen Massnahmen verschleiert wurden.
- 3 Vgl. Sachsse (wie Anm. 1), S. 35, 103 f.
- 4 Vgl. Richard Münchmeier, «Professionalisierung der Sozialpädagogik in der Weimarer Republik», in: Hans Jürgen Apel et al. (Hg.), *Professionalisierung pädagogischer Berufe im historischen Prozess*, Bad Heilbrunn 1999, S. 347–362, hier S. 353–358.
- 5 Vgl. Sachsse (wie Anm. 1), S. 286–296.
- 6 Vgl. Markus Tromp, «Gesetzgebung, Organisation und Finanzierung der Tuberkulosebekämpfung in der Schweiz», in: Schweizerische Vereinigung gegen die Tuberkulose (Hg.), *Die Tuberkulosebekämpfung in der Schweiz*, Basel, New York 1954, S. 88–135.
- 7 Die Tuberkulosefürsorgestelle Basel eignet sich für diese Untersuchung, da die Stelle relativ früh und damit unter ähnlichen Bedingungen entstand wie die Pionierorganisationen. Zudem beschäftigte die Basler Fürsorgestelle schon kurz nach ihrer Gründung mehrere Fürsorgerinnen,

- so dass nicht nur die Praxis einer Einzelperson in die Betrachtung eingeht. Überdies sind die Quellen zu dieser Stelle erhalten und zugänglich, was längst nicht bei allen Stellen der Fall ist.
- 8 Vgl. Jörn Rüsen, *Zeit und Sinn. Strategien historischen Denkens*, Frankfurt a. M. 1990.
 - 9 Die ausführliche Rekonstruktion findet sich in Daniel Gredig, *Tuberkulosefürsorge in der Schweiz. Zur Professionsgeschichte der Sozialen Arbeit. Die Tuberkulosefürsorgestelle Basel 1906–1961*, Bern 2000.
 - 10 Bezeichnendes Beispiel hierfür ist der Diskussionsbeitrag von Paula Lotmar, «Professionalisierung in der Sozialarbeit», *Sozialarbeit* 1 (1969), S. 3–11. Die machtheoretischen Ansätze, wie sie zum Beispiel von Larson in den 1970er-Jahren oder auch von Forsyth und Danisiewicz in den 1980er-Jahren vorgelegt wurden, vermochten die Selbstthematisierung der sozialen Arbeit bislang hingegen kaum zu beeinflussen, vgl. Magali S. Larson, *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*, Berkeley, Los Angeles, London 1977, und Patrick B. Forsyth, Thomas J. Danisiewicz, «Toward a Theory of Professionalization», *Work and Occupation* 12 (1985), S. 59–76.
 - 11 Vgl. Amitai Etzioni, *The Semiprofessions and Their Organizations*, New York 1969.
 - 12 Vgl. Peter Lundgreen, «Berufskonstruktion und Professionalisierung in historischer Perspektive», in: Hans Jürgen Apel et al. (Hg.), *Professionalisierung pädagogischer Berufe im historischen Prozess*, Bad Heilbrunn 1999, S. 19–34.
 - 13 Vgl. Ulrich Oevermann, «Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns», in: Arno Combe, Werner Helsper (Hg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*, Frankfurt a. M. 1996, S. 70–182.
 - 14 Vgl. Roland Merten, Thomas Olk, «Sozialpädagogik als Profession. Historische Entwicklung und künftige Perspektiven», in: Arno Combe, Werner Helsper (Hg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*, 2. Aufl., Frankfurt a. M. 1997, S. 570–613.
 - 15 Merten/Olk (wie Anm. 14), S. 577.
 - 16 Neben zeitgenössischen Artikeln in der Fachpresse und Büchern stehen vor allem Jahresberichte der Tuberkulosefürsorgestelle Basel und der Zürcherischen Liga zur Bekämpfung der Tuberkulose, Vorträge, Aufklärungsschriften und Flugblätter im Vordergrund. Zudem wurden Gesetzestexte und Verordnungen des Bundes und des Kantons Basel zugezogen. Eine weitere Grundlage der Arbeit bilden unveröffentlichte Quellen. Es sind dies vor allem Statuten und Reglemente der Tuberkulosefürsorgestelle Basel, Briefwechsel und einige wenige aufbewahrte Fallakten. Diese Materialien sind zum einen bei der Beratungsstelle für Lungen- und Tumorkranke Basel-Stadt, im Staatsarchiv Basel (dort vor allem unter: Sanitätsakten Q 3.13; Tuberkulose, Tuberkulosestelle, Vitaminuntersuchungen 1896–1938) und in der Schweizerischen Landesbibliothek (dort vor allem Ablage V Basel-Stadt 2546; Basler Hilfsverein für Brustkranke Basel-Stadt, Baselstädtische Liga zur Bekämpfung der Tuberkulose) zu finden.
 - 17 Vgl. Lutz Niethammer, «Fragen – Antworten – Fragen. Methodische Erfahrungen und Erwägungen zur Oral History», in: Ders., Alexander von Plato (Hg.), *«Wir kriegen jetzt andere Zeiten». Auf der Suche nach der Erfahrung des Volkes in nachfaschistischen Ländern (Lebensgeschichte und Sozialkultur im Ruhrgebiet 1930 bis 1960, Bd. 3)*, 1985, S. 392–445.
 - 18 Vgl. Anselm Strauss, Juliet Corbin, *Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*, Weinheim 1996.
 - 19 In der Schweiz starben im Durchschnitt im Jahrfünft von 1891–1895 26,4 Menschen auf 10 000 Einwohner an Tuberkulose; im Durchschnitt des Jahrfünfts von 1896–1900 waren es 25,8; 1901–1905 26,5; 1906–1910 23,8; 1911–1915 20,1 (vgl. Hürlimann, «Die schweizerische Mortalitätsstatistik und ihre Beziehungen zum Kampfe gegen die Tuberkulose», *Zeitschrift für schweizerische Statistik* 38 (1902), S. 362–377, hier S. 363; vgl. A. Sauter, «Die Tuberkulosesterblichkeit», in: Hans Birkhäuser (Hg.), *Die Tuberkulosebekämpfung in der Schweiz*, Basel, New York 1954, S. 40–66, hier S. 42).
 - 20 Vgl. zum Beispiel die Ergebnisse der Untersuchungen von F. Reiche, «Die Dauererfolge der Heilstättenbehandlung Lungenschwindsüchtiger», *Münchener Medizinische Wochenschrift* 49 (1902), S. 1369–1373; Hammer, «Die Heilstättenbehandlung der Tuberkulose», *Münchener*

- Medizinische Wochenschrift* 49 (1902), S. 1181–1185; Emil Finkbeiner, *Die ersten 1010 Fälle der Basler Heilstätte für Brustkranke in Davos-Dorf*, Basel 1904; Fritz Walther, «Über Dauererfolge bei Sanatoriumsbehandlung und den Wert von Volksheilstätten», *Zeitschrift für schweizerische Statistik* 31 (1905), S. 43–72.
- 21 Felix Wolff, «Über das Verhältnis der Infektionsgefahr zum wirklichen Erkrankten bei Tuberculose», *Münchener Medizinische Wochenschrift* 39 (1892), S. 322–333, hier S. 928.
 - 22 So wurde im Jahresbericht der Tuberkulose-Kommission Zürich-Stadt von 1917, S. 10, beispielsweise erklärt: «Selbstverständlich kann es sich niemals darum handeln, die Leute einfach über Wasser zu halten; unsere Leistungen sind Heil- und Verhütungsmittel, die nur angewendet werden, wenn ein Dauererfolg in Aussicht steht.»
 - 23 Protokolle der Kommission, des Ausschusses und der Jahresversammlung des Basler Hilfsvereins für Brustkranke: Regulativ für die Tuberkulosefürsorgestelle in Basel von 1911, bei der Beratungsstelle für Lungen- und Tumorkranke Basel-Stadt, Mittlere Strasse 35, 4056 Basel, ohne Signatur.
 - 24 Albert Reichen, «Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke», *Sozialpolitische Zeitfragen der Schweiz* (1909), Heft 4/5, S. 16.
 - 25 Wie Beispiele aus dem Jahresbericht zeigen, konnte es vorkommen, dass der Hausbesuch dem Arztbesuch vorausging. Dies war offenbar dann der Fall, wenn die Fürsorgerin auf ihren zahlreichen Hausbesuchen darauf angesprochen wurde, bei jemandem, der vielleicht an Tuberculose leide, vorbeizuschauen: «Von privater Seite werden wir gebeten, Familie Z. zu besuchen» (Schweizerische Landesbibliothek, Ablage V Basel-Stadt 2546. Basler Hilfsverein für Brustkranke Basel-Stadt, Baselstädtische Liga zur Bekämpfung der Tuberculose, Tuberkulosefürsorgestelle Basel, *Jahresbericht*, Basel 1919, S. 12).
 - 26 Vgl. Schweizerische Landesbibliothek, Ablage V Basel-Stadt 2546. Basler Hilfsverein für Brustkranke Basel-Stadt, Baselstädtische Liga zur Bekämpfung der Tuberculose, Tuberkulosefürsorgestelle Basel, *Jahresbericht*, Basel 1924, S. 13.
 - 27 Friedrich Schmid, «Der Schutz der Kinder gegen die Tuberculose», *Gegen die Tuberculose* (1911), S. 57–65, hier S. 59.
 - 28 Heinrich Zangger, *Verbreitungswege des Bazillus. Die Gefährdeten*, Zürich 1911, S. 7 (H. i. O.). Im gleichen Tonfall zum Beispiel auch Walter Sahli, «Wie schützt man sich und Andere gegen Tuberculose?», *Schweizerische Blätter für Gesundheitspflege* (1891), Beilage zu Heft 7, S. 8, oder Wilhelm von Gonzenbach, *Von der Bazillenangst*, Beilage zum Jahresbericht der Tuberculose-Kommission Zürich-Stadt 1928, S. 23–31, hier S. 30.
 - 29 Medizinische Gesellschaft, Basler Hilfsverein für Brustkranke, *Merkblatt*, Basel 1903.
 - 30 Medizinische Gesellschaft, Basler Hilfsverein für Brustkranke, *Wie bewahren wir uns vor Tuberculose? Nützliche Ratschläge für Jedermann*, Basel o. J.
 - 31 Medizinische Gesellschaft, Basler Hilfsverein für Brustkranke (wie Anm. 29). Auch die «Anweisungen» aus Zürich hielten ausdrücklich fest: «Es ist Pflicht der Kranken und ihrer Angehörigen, auf peinliche Reinhaltung der Wohnung zu achten durch fleissige Lüftung, Besonnung, regelmässiges *feuchtes* Aufwischen des Bodens.» (Zürcherische Liga zur Bekämpfung der Tuberculose [Hg.], «Anweisungen zur Desinfektion zu Händen der Fürsorgestellen», *Gegen die Tuberculose* [1911], S. 124.) Aufgrund des Staubes am Boden hiess es aber auch im Basler Merkblatt: «Man halte die Kinder stets sauber, vor allem an Händen und im Gesicht und lasse sie nicht auf unreinem Zimmerboden herumrutschen.» (Medizinische Gesellschaft, Basler Hilfsverein für Brustkranke [wie Anm. 29].)
 - 32 Vgl. Cornelia Behnke, «Frauen sind wie andere Planeten». *Das Geschlechterverhältnis aus männlicher Sicht*, Frankfurt a. M. 1997, S. 19 ff., bes. S. 27.
 - 33 F. Schneiter, «Die rechtlichen Grundlagen der Zwangsversorgung asozialer Tuberculöser», *Gegen die Tuberculose* (1941), S. 88–92, hier S. 92.
 - 34 Walter Kürsteiner, «Die Ausbildung des Tuberkulosefürsorge- und Pflegepersonals, seine berufliche Gefährdung und die zu seinem Schutz zu beobachtenden Massnahmen», *Gegen die Tuberculose* (1922), S. 4–9.
 - 35 Fritz Egger, «Baselstadt», in: Schweizerische Zentralkommission und die übrigen schweizeri-

- schen, kantonalen und kommunalen Vereinigungen zur Bekämpfung der Tuberkulose (Hg.), *Bericht 1908*, Bern 1909, hier S. 34.
- 36 Kürsteiner (wie Anm. 34), S. 4.
- 37 Vgl. Barbara Ruf, *Zwischen Integration und Widerstand. Der Einfluss der Frauenbewegung auf die Verberuflichung und Professionalisierung der Sozialarbeit in der Schweiz von der Jahrhundertwende bis 1935*, Lizentiatsarbeit Fribourg 1994; vgl. Schweizerisches Sozialarchiv, Ecole d'Etudes sociales pour Femmes (Hg.), Dossier 361/14 Z1; vgl. Paul Hofer, «Skizzen zur Geschichte der Erzieherausbildung in der Schweiz seit 1900», in: Verein für Jugendfürsorge Basel (Hg.), *Materialien zur Heimerziehung Jugendlicher aus den Jahren 1933–1984*, Zürich 1984, S. 227–253.
- 38 Vgl. Schweizerische Landesbibliothek, Ablage V Basel-Stadt 2546. Basler Hilfsverein für Brustkranke Basel-Stadt, Baselstädtische Liga zur Bekämpfung der Tuberkulose, Tuberkulosefürsorgestelle Basel, *Jahresbericht*, Basel 1944.
- 39 Vgl. Robert Kipfer, «Die medizinischen und sozialen Probleme der Tuberkulose-Bekämpfung in der Schweiz», *Gegen die Tuberkulose* (1953), S. 1–23, hier S. 18.
- 40 Vgl. Pierre Guillaume, *Du désespoir au salut: les tuberculeux aux 19^e et 20^e siècles*, Paris 1986.
- 41 Vgl. Schweizerische Landesbibliothek, Ablage V Basel-Stadt 2546. Basler Hilfsverein für Brustkranke Basel-Stadt, Baselstädtische Liga zur Bekämpfung der Tuberkulose Tuberkulosefürsorgestelle Basel, *Jahresbericht*, Basel 1924, S. 14.
- 42 Bundesgesetz betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose vom 13. Juni 1928, in: Bereinigte Sammlung der Bundesgesetze und Verordnungen 1848–1947, Bern 1950.
- 43 Vgl. Art. 1 der Verordnung I über Tuberkuloseversicherung vom 19. Januar 1944, in: ebd.
- 44 Vgl. Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911, in: ebd.
- 45 Gesetz betreffend obligatorische Krankenversicherung vom 19. November 1914, in: Basel-Stadt, Gesamtausgabe der Basler Gesetzessammlung, Basel 1961.
- 46 Kipfer (wie Anm. 39), S. 11.
- 47 Schweizerische Landesbibliothek, Ablage V Basel-Stadt 2546. Basler Hilfsverein für Brustkranke Basel-Stadt, Baselstädtische Liga zur Bekämpfung der Tuberkulose, Tuberkulosefürsorgestelle Basel, *Jahresbericht*, Basel 1950, S. 16.
- 48 Vgl. Schweizerische Landesbibliothek, Ablage V Basel-Stadt 2546. Basler Hilfsverein für Brustkranke Basel-Stadt, Baselstädtische Liga zur Bekämpfung der Tuberkulose Tuberkulosefürsorgestelle Basel, *Jahresbericht*, Basel 1953, S. 11 und Interview IV/161.
- 49 H. Bächler, «Case-work in der Tuberkulosefürsorge», *Gegen die Tuberkulose* (1953), S. 232 bis 239, hier S. 238.
- 50 Ebd., S. 234.
- 51 Vgl. Interview V/992 f.
- 52 Schweizerische Landesbibliothek, Ablage V Basel-Stadt 2546. Basler Hilfsverein für Brustkranke Basel-Stadt, Baselstädtische Liga zur Bekämpfung der Tuberkulose, Tuberkulosefürsorgestelle Basel, *Jahresbericht*, Basel 1960, S. 19.
- 53 Hertha Kraus, *Case work in USA. Theorie und Praxis der Einzelfallhilfe*, Frankfurt a. M. 1950, S. 38.
- 54 Interview IV/821.
- 55 Interview IV/848, 850.
- 56 Interview IV/989.
- 57 Mit Blick auf die gesamte Schweiz ist eine ähnliche Entwicklung festzuhalten. Allerdings konnte gesamtschweizerisch gesehen keine vergleichbar ausgeprägte Annäherung an ein Zuständigkeitsmonopol von Fürsorgerinnen erreicht werden wie in Basel (vgl. die Zusammenstellung der Anzahl Stellen für Fürsorgerinnen und ihre Besetzung bei Tromp (wie Anm. 6), S. 110 ff.
- 58 Interview IV/374 f.
- 59 Vgl. Tromp (wie Anm. 6).

