

Simone Moses

Die Akademisierung der Pflege in Deutschland



Moses
**Die Akademisierung
der Pflege
in Deutschland**

Verlag Hans Huber
Programmbereich Pflege

Projektreihe der Robert Bosch Stiftung

HUBER



Simone Moses

Die Akademisierung der Pflege in Deutschland

Verlag Hans Huber

© 2015 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.

Aus: Moses; Die Akademisierung der Pflege in Deutschland

Anschrift der Autorin:

Dr. Simone Moses
Steigackerstr. 29
73433 Aalen

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt
Herstellung: Daniel Berger
Bearbeitung: Ulrike Boos, Freiburg
Umschlagillustration: pinx, Wiesbaden
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel
Druckvorstufe: sos-buch, Lanzarote
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat Medizin/Gesundheit
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 45 00
E-Mail: verlag@hanshuber.com
Internet: www.verlag-hanshuber.com

1. Auflage 2015
© 2015 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-456-95510-0)
(E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-456-75510-6)
ISBN 978-3-456-85510-3

Inhalt

Vorwort	7
1 Einleitung	9
1.1 Pflegeausbildung in Deutschland: der «Sonderweg» der Pflege im Ausbildungsgefüge der Bundesrepublik	9
1.2 Die bundesdeutsche Krankenpflegeausbildung Ende der 1950er-Jahre und in den 1960er-Jahren	14
2 Emanzipation und Reformwille	23
2.1 Die Krankenpflege in den 1970er-Jahren	23
2.2 Die Robert Bosch Stiftung und ihre Förderkonzeption	30
3 Zwischen Weiterentwicklung und Stagnation	37
3.1 Zur Lage der Pflege in den 1980er-Jahren	37
3.2 Diskussionen und Initiativen – theoretische und praktische Ansätze zur Verbesserung der Pflegeausbildung	41
3.3 Das Konzept «Fördern und Beraten» der Robert Bosch Stiftung.....	52
4 Braucht Pflege «Eliten»?.....	59
4.1 Pflege zu Beginn der 1990er-Jahre: Diskussion und Praxis	59
4.2 Neue Wege in der Kranken- und Altenpflege – das weiter- entwickelte Förderprogramm der Robert Bosch Stiftung	72
4.3 Die Fachkommission der Robert Bosch Stiftung zur Hoch- schulqualifikation von lehrenden und leitenden Pflegekräften	78
4.4 «Pflege braucht Eliten» – erste Reaktionen und Auswirkungen	91
4.5 Die Krankenhauspflege im Verlauf der 1990er-Jahre	95
4.6 Die «Zukunftswerkstatt Pflege» der Robert Bosch Stiftung....	116

5 Zwischen allen Stühlen: generalistische Ausbildung, Bachelor und Master	125
5.1 «Pflege neu denken» – Transfer, Reaktionen und Auswirkungen	125
5.2 Die Robert Bosch Stiftung und die Pflege nach 1999	133
6 Resümee	155
Literatur	165
Abkürzungsverzeichnis	188
Glossar	189
Personenverzeichnis	191

Vorwort

Es ist mir eine Freude, der Öffentlichkeit ein Buch vorlegen zu können, das einen besonders interessanten Aspekt der Krankenpflege während der letzten vierzig Jahre in der Bundesrepublik Deutschland betrifft. Dieser wichtige und besonders in Deutschland viel zu lange unterschätzte Bereich der Medizin bekommt erst seit einigen Jahren etwas mehr Aufmerksamkeit, weil sich eine nun rapide alternde Gesellschaft stärker für Fragen der Pflege interessiert. Die medizinisch-technischen Leistungen standen bisher zu sehr im Vordergrund des öffentlichen Interesses – übrigens auch in der Medizin- und Sozialgeschichtsschreibung.

Dieses Schattendasein der Pflege hing und hängt mit ihrem beruflich und fachlich ungesicherten Status zusammen. Weder richtiger Lehrberuf noch Gegenstand eines Studiums befindet sich das Berufsfeld seit langem institutionell zwischen allen Stühlen. Klar war und ist, dass eine verbesserte Qualifizierung der dort Tätigen seit langem dringend geboten war. Entsprechende Reformen, die sich zum Beispiel an den Niederlanden oder Großbritannien hätten orientieren können, wurden immer wieder im Geflecht der Interessen blockiert. Die dortigen Standards hat Deutschland immer noch nicht erreicht.

Das war die Situation, in der die Robert Bosch Stiftung Ende der 1980er-Jahre begann, sich für eine Verbesserung einzusetzen und Fördermittel dafür aufzuwenden. Wie das im Einzelnen geschah, ist eines der Themen dieses Buches, das im Auftrag der Stiftung entstand. Es ging aber um wesentlich mehr als um eine Selbstdarstellung: Angestrebt wurde eine umfassende Geschichte der Qualifizierungsbemühungen in der Pflege. Diese erhielten durch die Vereinigung der beiden deutschen Staaten weitere Impulse, da die DDR schon früh einen anderen Weg in der Pflegeausbildung beschritten hatte. Auch dies wird in dem vorliegenden Werk dargestellt. Demgegenüber wurde eine zeitgeschichtliche Analyse der Altenpflege von vornherein ausgeschlossen, da dieser große Bereich eigenständige Forschungsanstrengungen verlangt, mit denen am Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung mittlerweile begonnen wurde.

Als Archivar und Betreuer des Projekts war ich selbst erstaunt, wie spannend der trockene Stoff der Aushandlungsprozesse von Krankenhaus-

trägern mit Verbänden sowie staatlichen und kommunalen Verwaltungen um die (Sub-)Professionalisierung der Krankenpflege sein kann. Obwohl das Material für diese Untersuchung im Wesentlichen aus den naturgemäß bürokratisch formulierten Schriftsätzen dieser Akteure und aus den Beständen des Archivs der Robert Bosch Stiftung bestand, ist es der Bearbeiterin, Frau Dr. Simone Moses, doch gelungen, ein wirklich lesenswertes Buch zu schreiben.

Da die Probleme in diesem Berufsfeld trotz erreichter Verbesserungen immer noch nicht umfassend gelöst sind, kann das Buch Orientierung für die gegenwärtigen Debatten bieten. Das ist das Beste, was Zeitgeschichtsschreibung leisten kann. Ich wünsche dem Werk viele Leser und Leserinnen.

Prof. Dr. Martin Dinges

Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung Stuttgart

1 Einleitung

1.1 Pflegeausbildung in Deutschland: der «Sonderweg» der Pflege im Ausbildungsgefüge der Bundesrepublik

Bis heute ist die Krankenpflegeausbildung in Deutschland nicht in eines der bestehenden Ausbildungssysteme eingebunden. Die dreijährige Ausbildung erfolgt an einer staatlich anerkannten Krankenpflegeschule, die mit einem Krankenhaus verbunden sein muss, und wird durch Bundesgesetz geregelt. Das Berufsbildungsgesetz findet laut Krankenpflegegesetz keine Anwendung, weshalb Krankenhäuser nicht als «Betriebe» betrachtet werden und Krankenpflegeschülerinnen und -schüler nicht als Auszubildende gelten.¹ Obwohl praxisorientiert organisiert, ist die Krankenpflegeausbildung somit keine duale Ausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz, aber auch keine eindeutige Berufsfachausbildung. Während der Bund die übergeordnete Gesetzgebungskompetenz wahrnimmt, haben die Länder eine Aufsichtsfunktion und können rahmengebenden Einfluss auf die curriculare Entwicklung nehmen. Hierfür sind aber nicht wie im sonstigen schulischen Bereich die Kultusministerien zuständig, sondern die jeweilige oberste Gesundheitsbehörde und die ihr nachgeordneten Behörden.² Außerdem müssen die Schulleiter und Lehrkräfte an Krankenpflegeschulen keine Lehramtsprüfung nachweisen, werden die Kosten der Ausbildung im Wesentlichen von den Krankenhäusern getragen, an die die Schulen angeschlossen sind, und gelten für die «Schülerinnen und Schüler» tarifvertrag-

1 Vgl. z. B. Schmidbaur, Marianne: Vom «Lazaruskreuz» zu «Pflege aktuell». Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903–2000. Königstein/Taunus 2002, S. 204f. Ausführlicher: Kruse, Anna-Paula: Die Krankenpflegeausbildung in ihrer unklaren Stellung zwischen dualer Ausbildung und Berufsfachschulausbildung und die Bestrebungen um eine Integration in das Bildungssystem (Sekundarstufe II). Diplomarbeit. Sonderdruck aus der Deutschen Krankenpflegezeitschrift. September, Oktober, November und Dezember 1978.

2 Siehe Schmidbaur, Marianne: Vom «Lazaruskreuz» zu «Pflege aktuell». Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903–2000. Königstein/Taunus 2002, S. 205. Dies gilt jedoch nicht für Bayern!

liche Vereinbarungen.³ Demgegenüber ist die Altenpflege in Deutschland sowohl gesetzlich als auch ausbildungsbezogen komplett von der Krankenpflege getrennt. Bis zum Inkrafttreten des Altenpflegegesetzes im August 2003 war die Ausbildung zum Altenpfleger beziehungsweise zur Altenpflegerin in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich durch Schulgesetze, Berufsgesetze oder ministerielle Verordnungen geregelt. Da die Entwicklung der Altenpflege in Deutschland einen anderen Weg gegangen ist als die Krankenpflege und die Professionalisierungsbestrebungen in diesem Bereich ebenfalls unterschiedlich verliefen, wird in der vorliegenden Studie explizit den Entwicklungen in der Krankenpflege nachgegangen und die Altenpflege mehr oder weniger ausgeklammert.

Eine weitere Besonderheit, die die Pflege entschieden geprägt hat und noch heute spürbare Auswirkungen zeigt, ist die jahrzehntelange enge Verbindung der Krankenpflege zu christlich-religiösen Gemeinschaften. Aus diesem Grund wurden Ausbildungsfragen oft im Zusammenhang mit der christlichen Verpflichtung zur Nächstenliebe diskutiert.⁴ Die Pflegetätigkeit war mit einem religiösen Auftrag verbunden, so dass sich eine gute Krankenschwester weniger durch ihre Ausbildung als vielmehr durch ihre Berufung zur Barmherzigkeit auszeichnete. Als gegen Ende des 19. Jahrhunderts Arbeitnehmerorganisationen begannen, die Interessen von Krankenpflegepersonal zu vertreten, das außerhalb der konfessionellen Verbände agierte, führte vor allem diese Auffassung zu bis heute gültigen gegensätzlichen Anliegen. So legen die Schwesternschaften größten Wert auf die berufsethischen Wertvorstellungen und Normen, während die Arbeitnehmerorganisationen hauptsächlich arbeitsrechtliche Forderungen stellen. Dies schließt eine weitere Ambivalenz mit ein. Vorschläge zur Ausbildungsverbesserung wurden immer wieder mit der Forderung nach besseren Arbeitsbedingungen verbunden, wodurch dem Personalmangel entgegengesteuert werden sollte, während gleichzeitig erhöhte Ausbildungsanforderungen oft mit dem Hinweis auf den Schwesternmangel abgewehrt wurden.⁵

3 Kruse, Anna-Paula: Die Krankenpflegeausbildung in ihrer unklaren Stellung zwischen dualer Ausbildung und Berufsfachschulausbildung und die Bestrebungen um eine Integration in das Bildungssystem (Sekundarstufe II). Diplomarbeit. Sonderdruck aus der Deutschen Krankenpflegezeitschrift. September, Oktober, November und Dezember 1978, S.1f.

4 Vgl. Kruse, Anna-Paula: Krankenpflegeausbildung seit Mitte des 19. Jahrhunderts. 2., überarb. Aufl. Stuttgart/Berlin/Köln 1995 (Erstauflage: 1987).

5 Ebd., S.10.

Durch die enge Verbindung mit einem religiös begründeten Gehorsam und die dadurch geförderte berufliche Bescheidenheit wurde die jahrhundertelange Fremdbestimmung durch die Medizin begünstigt. Die Pflege wurde so als eigenständige gesellschaftlich wichtige Aufgabe erst spät wahrgenommen.⁶ Obwohl im Krankenpflegegesetz von 1985 als Ausbildungsziel die «verantwortliche Mitwirkung bei der Verhütung, Erkennung und Heilung von Krankheiten» genannt wird,⁷ dürfen Pflegekräfte nur auf ärztliche Anordnung hin tätig werden und tragen lediglich die Verantwortung für deren fachkundige Umsetzung. Als «Heilhilfsberuf» bezeichnet, wird so pflegerisches Tun auf handwerkliches Handeln reduziert, in dem eigenständiges Denken und Planen nicht vorgesehen sind. Der schwer zu fassende Charakter der Pflege erhielt zwar mit der Neufassung des Gesetzes 2004 ein deutlicheres Gesicht, heißt es doch ausführlicher:

*Die Pflege [...] ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten.*⁸

Trotzdem gelang es bisher nicht, eine auf die ursprüngliche Pflegearbeit bezogene Definition zu entwickeln. Das Fehlen eines rational begründeten Begriffs von Pflege erwies und erweist sich als weiteres Problem. So lässt sich das im Gesetz formulierte Ausbildungsziel ohne eine klare Pflegedefinition nicht erreichen.⁹ Nur wenn die Pflegepraxis wissenschaftlich fundiert wird und ohne ärztlichen Einfluss agieren kann, können Pflegenden eigenverantwortlich neue Aufgaben übernehmen. Zentrales Argument für eine bessere wissenschaftliche Qualifizierung sind die vielfältigen gesellschaftlichen Veränderungsprozesse, die tiefgreifend auf das Gesundheitswesen einwirken und zu neuen und eigenständigen Aufgaben im Pflegebereich führen werden. Argumentiert wird mit den demografischen Veränderungen und dem sich daraus ableitenden erheblich wachsenden Pflegebedarf in der

6 Vgl. dazu Bartholomeyczik, Sabine: Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland. In: Pflege 12 (1999), Nr. 3, S. 158–162, hier S. 161.

7 Siehe § 4 Absatz 1 Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 4. Juni 1985.

8 § 3 Absatz 1 Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 1. Januar 2004.

9 Vergleiche dazu auch Mischo-Kelling, Maria: Zur Ausbildung in der Pflege. In: Mischo-Kelling, Maria; Wittneben, Karin (Hrsg.): Pflegebildung und Pflegeatheorien. München/Wien/Baltimore 1995, S. 207–251.

Versorgung und Betreuung chronisch kranker und behinderter Menschen aller Altersstufen.¹⁰

Durch seine Entstehungsgeschichte und seine Konstitutionsbedingungen – zurückzuführen auf die historisch begründete Einbindung in die Arbeits- und Lebensgemeinschaften konfessioneller Schwesternschaften und «auf die enge Verknüpfung zwischen Berufsausbildung und Berufsausübung in der Krankenpflege und den spezifischen Anforderungen des Dienstleistungsbetriebes Krankenhaus»¹¹ – ist der Pflegeberuf in Deutschland in einzigartiger Weise geprägt. Im Vergleich zu anderen europäischen Staaten und zum angloamerikanischen Raum erscheint die Pflege in Deutschland überholt und nicht mehr zeitgemäß. Mit Blick auf die Regelungen anderer Staaten bemüht sich die Pflege in Deutschland seit Jahrzehnten um eine Modernisierung. Die dabei immer wieder bemühte Zauberformel heißt «Professionalisierung». Von ihr

versprach und verspricht man sich die Beseitigung der als «sonderbar» beschriebenen Merkmale des oder der Pflegeberufe; man verspricht sich Gleichwertigkeit mit der Medizin, Klarheit in der Arbeitsteilung mit der Medizin und Gleichberechtigung in der Geltung je eigener beruflicher Perspektiven; man verspricht sich auch erhöhtes gesellschaftliches Ansehen, und letztlich auch die Lösung konkreter Probleme der Berufsgruppe wie etwa die Verbesserung von Arbeitsbedingungen und Tarifierhöhungen sowie die Förderung der Verweildauer im Beruf. Professionalisierung meint aber auch Verbesserung der Qualität der Pflege durch deren wissenschaftliche Fundierung durch die fallbezogene Planung und Evaluierung des pflegerischen Handelns.¹²

Im Verlauf der 1970er-Jahre traten vor allem zwei Problemfelder im Bereich der Krankenpflege immer deutlicher zutage: der schon seit dem Ende der 1950er-Jahre bestehende Personalmangel und die ungenügenden Qualifizierungsmöglichkeiten, die die Pflege daran hinderten, der Bedeutung,

10 Dazu beispielsweise Krampe, Eva-Maria: Emanzipation durch Professionalisierung? Akademisierung des Frauenberufs Pflege in den 1990er-Jahren: Erwartungen und Folgen. Frankfurt a. M. 2009, S. 107f.

11 Siehe Kruse, Anna-Paula: Die Krankenpflegeausbildung in ihrer unklaren Stellung zwischen dualer Ausbildung und Berufsfachschulausbildung und die Bestrebungen um eine Integration in das Bildungssystem (Sekundarstufe II). Diplomarbeit. Sonderdruck aus der Deutschen Krankenpflegezeitschrift. September, Oktober, November und Dezember 1978, S. 2.

12 Siehe Bollinger, Heinrich; Gerlach, Anke; Grewe, Annette: Die Professionalisierung der Pflege zwischen Traum und Wirklichkeit. In: Pundt, Johanne (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern 2006, S. 76–92, S. 76f., Zitat S. 77.

die ihr im Gesundheitswesen zukam, gerecht zu werden. Seit dieser Zeit gibt es in Deutschland intensive Bemühungen, die berufliche Situation von Pflegekräften zu verbessern. So wurde begonnen, die Pflege wissenschaftlich zu fundieren, indem angloamerikanische Pflege-theorien und -modelle rezipiert und zum Teil in die Pflegeausbildung integriert wurden. Die Einrichtung von Fachakademien sollte den Bildungsstand in der Pflege erhöhen. Immer wieder wurden Vorstöße zur Einrichtung von Pflegekammern gemacht und auch die Gründung einer eigenständigen Pflegegewerkschaft diskutiert. Es gelang, die Arbeitssituation der Pflegenden zu verbessern und das öffentliche Bild der Pflege positiv zu beeinflussen.¹³ Neben einzelnen Krankenschwestern, die nach dem Zweiten Weltkrieg die Möglichkeit einer Weiterbildung im Ausland ergriffen hatten und nach ihrer Rückkehr in die Bundesrepublik dafür kämpften, den Stellenwert der Krankenpflege durch eine Akademisierung voranzutreiben, leisteten weitere Akteure wichtige Beiträge zur Lösung dieser Problematik. Krankenpflegeverbände, Gewerkschaften, Politik und private Organisationen setzten sich mit dem «Schwesternmangel» und den Defiziten in der Qualifizierung auseinander und suchten nach Möglichkeiten, die oftmals kontrovers diskutiert wurden.

Auch die Robert Bosch Stiftung nahm angesichts der zunehmend schwierigen Lage die Pflege seit den 1970er-Jahren verstärkt in den Blick ihrer Fördertätigkeiten und richtete in den 1980er-Jahren einen Pflege-Schwerpunkt ein. 1992 gelang es, mit der Denkschrift «Pflege braucht Eliten» Akzente zu setzen, und zu einer deutlich verbesserten Ausbildung des Leitungs- und Pflegepersonals beizutragen und dieses auch in Organisations- und Führungsfragen zu qualifizieren. In der folgenden Untersuchung sollen zum einen die Akteure der Qualifizierung der Pflege in Deutschland näher betrachtet und zum anderen die Aktivitäten der Robert Bosch Stiftung im gesellschaftlichen und politischen Kontext analysiert werden, um den Anteil der Stiftung am Gesamtprozess einschätzen zu können. Angesichts der demografischen Veränderungen, der Rationalisierung im Akutkrankenhaus, der geringen Wertschätzung der Pflege im Verhältnis zu medizinisch-therapeutischen Leistungen und der sinkenden Attraktivität der Pflegeberufe kommen auf die Pflege neue Herausforderungen, Brüche und Zäsuren zu. In diesem Zusammenhang bleibt die Frage nach einer Aka-

13 Siehe Bollinger, Heinrich; Grewe, Annette: Die akademisierte Pflege in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Entwicklungsbarrieren und Entwicklungspfade. In: Jahrbuch für kritische Medizin 37. Qualifizierung und Professionalisierung. Hamburg 2002, S. 43–59, hier S. 44.

demisierung der Pflege beständig aktuell. Inwieweit es den Akteuren bisher gelungen ist, diese voranzutreiben, soll im Folgenden geklärt werden.

1.2 Die bundesdeutsche Krankenpflegeausbildung Ende der 1950er-Jahre und in den 1960er-Jahren

Bis 1957 wurde die Krankenpflegeausbildung in Deutschland weitgehend durch das Krankenpflegegesetz von 1938 geregelt, das auf einem Gesetz vom 1. Juni 1907 fußte. Gegenstand dieser ländergesetzlichen Regelung war zwar die Einführung einer staatlich anerkannten Krankenpflegeausbildung, die mit einer ebenfalls staatlich anerkannten Krankenpflegeprüfung abgeschlossen wurde, aber keine Voraussetzung für die Ausübung des Berufes darstellte. Da dem Gesetz zufolge als Krankenpflegesschulen nur Krankenanstalten in Frage kamen, die bestimmte Kriterien erfüllten, geriet die Pflegeausbildung endgültig in den Zuständigkeitsbereich der Krankenhäuser, die nun ganz nach eigenem Ermessen ihr Personal ausbilden konnten. Diese Anbindung erlaubte es, das Ausbildungsgeschehen sehr eng in den Krankenhausbetrieb einzubinden, was sich nicht immer als Vorteil für die Schülerinnen erwies, deren Arbeitskraft auf den Stellenplan der Klinik angerechnet wurde. Auch standen die Schulen unter ärztlicher Leitung, wodurch der ärztliche Einfluss auf die Krankenpflegeausbildung gefestigt wurde.¹⁴ Mit dem Krankenpflegegesetz von 1938, das nach dem Zweiten Weltkrieg weiterhin Gültigkeit hatte, wurden erstmalig reichseinheitliche Ausbildungsbestimmungen festgelegt. Die Schwesternschülerinnen mussten das 18. Lebensjahr vollendet und die Schule mit dem Volksschulabschluss beendet haben. Außerdem wurde der Nachweis über eine einjährige hauswirtschaftliche Tätigkeit verlangt. Während der eineinhalbjährigen Ausbildung waren lediglich 200 Stunden theoretischer Unterricht vorgesehen, der zur Hälfte von Ärzten erteilt werden musste.¹⁵

14 Vgl. Wanner, Bernd: Lehrer zweiter Klasse? Historische Begründung und Perspektiven der Qualifizierung von Lehrerinnen und Lehrern der Pflege. 2. Aufl., überarb. und erw. von Claudia Bischoff, Frankfurt a. M. 1993 (Erstauflage: 1987), S. 79f. Siehe außerdem: Kruse, Anna-Paula: Krankenpflegeausbildung seit Mitte des 19. Jahrhunderts. 2. überarb. Aufl., Stuttgart/Berlin/Köln 1995, S. 86ff.

15 Siehe Kreuzer, Susanne: Vom «Liebesdienst» zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt 2005, S. 231f.

Anfang der 1950er-Jahre war das Berufsbild der Krankenpflege noch stark religiös geprägt und basierte auf dem christlichen Gebot der Barmherzigkeit und Nächstenliebe.¹⁶ Neben medizinischen und pflegerischen Kenntnissen wurde vor allem Wert auf eine entsprechende Persönlichkeitsbildung gelegt. Während der Ausbildung standen die Lernschwestern unter ständiger Kontrolle. Sie lebten in den Unterkünften der Krankenhäuser und bekamen von den älteren Krankenschwestern neben den nötigen praktischen Fertigkeiten das berufliche Selbstverständnis vermittelt. Der theoretische Unterricht hatte lediglich eine nachrangige Bedeutung. Selbst leitende Schwestern hatten ihre berufliche Position in der Regel ihrer langjährigen Erfahrung zu verdanken und sich keineswegs entsprechend fortgebildet.¹⁷

Mit der ersten bundeseinheitlichen Regelung wurde 1957 die Ausübung der Krankenpflege weiterhin nicht gesetzlich geschützt. Die Mutterhausverbände und deren parlamentarische Vertreter sperrten sich dagegen, nur examinierte Schwestern zu beschäftigen. Auch die Gewerkschaften setzten sich für ein möglichst niedriges Zulassungsniveau ein, um den Beruf für die unteren Bildungsschichten offen zu halten. Zugangsvoraussetzung zur Krankenpflegeausbildung war der Volksschulabschluss, nach dem die Krankenpflegeschülerinnen einen zweijährigen Lehrgang mit mindestens 400 Stunden theoretischen Unterricht und eine einjährige praktische Ausbildung absolvieren mussten.¹⁸ Mit dem Krankenpflegegesetz von 1957 wurde die Ausbildung nur wenig verändert. Wie bisher sollte die Krankenpflege überwiegend praktisch erlernt werden. Neu war, dass die Schulen jetzt nicht mehr nur von einem Arzt geleitet werden konnten, sondern auch von einer leitenden Schwester oder von einem Arzt und einer leitenden Schwester zusammen.¹⁹

Die Weiterbildung in der Krankenpflege war nicht gesetzlich geregelt, so dass die Schwesternschaften die Weiterbildung ihrer Mitglieder und damit deren Qualifizierung zur Übernahme von Leitungsfunktionen in Eigenregie übernahmen. Finanziert wurde die Weiterbildung in der Regel von den Kursteilnehmern selbst. 1953 gründete beispielsweise der Agnes-Karll-Verband in Westberlin die «Agnes-Karll-Schule für Schwesternvorbildung und

16 Ebd., S.17.

17 Ebd., S. 230.

18 Schmidbaur, Marianne: Vom «Lazaruskreuz» zu «Pflege aktuell». Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903–2000. Königstein/Taunus 2002, S.154.

19 Vgl. Kreuzer, Susanne: Vom «Liebesdienst» zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt 2005, S. 246f.

Schwesternfortbildung», die 1960 nach Frankfurt am Main verlegt wurde.²⁰ Karin Wittneben weist in ihrer Untersuchung zur Entwicklung von Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegekräfte darauf hin, dass die Nachfolgeorganisation der von Agnes Karll mitbegründeten Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands im Gegensatz zur Diakonie und zum Roten Kreuz – die «als ‹freie› Träger wohl kein ausgeprägtes Interesse an einer Einflussnahme auf die Weiterbildungsgestaltung von Seiten des Staates hatten» – wahrscheinlich durchaus mit einer Weiterbildungseinrichtung in öffentlicher Trägerschaft einverstanden gewesen wären.²¹ Da aber die Gründung der Schule nur mit einer einmaligen Förderung des Bundesinnenministeriums und der Unterstützung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes gefördert wurde, musste der laufende Schulbetrieb kostendeckend geführt werden. Der Schwesternschaft wurde so das Finanzierungs- und Berufsbildungsproblem überlassen und der Staat von seinen Bildungsaufgaben entlastet.²² Lediglich in Berlin wurde 1957 ein zunächst sechs Monate dauernder Lehrgang unter der Trägerschaft des Senators für Gesundheit und Soziales eingerichtet, zu dem Frauen und Männer ohne Altersbegrenzung zugelassen wurden.²³ Das Besondere an diesem Lehrgang war auch die Zulassung von Krankenpflegern zur beruflichen Weiterbildung, denen es zunächst nur hier möglich war, sich fortzubilden. Erst im Laufe der 1960er-Jahre öffneten sich die «Schwesternhochschulen» nach und nach auch für männliche Pflegekräfte.²⁴

Ab Ende der 1950er-Jahre begannen die Schwesternschulen die Lehrgänge für Unterrichtsschwestern deutlich auszubauen, und auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft legte größeren Wert auf eine theoretisch fundiertere Aus- und Fortbildung. Die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Mai 1963 veröffentlichten Empfehlungen für die Aus- und

20 Schmidbaur, Marianne: Vom «Lazaruskreuz» zu «Pflege aktuell». Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903–2000. Königstein/Taunus 2002, S.154. Siehe außerdem: Elster, Ruth: Der Agnes-Karll-Verband und sein Einfluss auf die Entwicklung der Krankenpflege in Deutschland. Ein Beitrag zur Geschichte der Krankenpflege in Deutschland. Hrsg. vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe. Frankfurt a. M. 2000, S.136.

21 Wittneben, Karin: Zur Situation der Weiterbildung von Pflegekräften zu Pflegelehrkräften in Deutschland von 1903 bis 1993. In: Mischo-Kelling, Maria; Wittneben, Karin (Hrsg.): Pflegebildung und Pflege-theorien. München/Wien/Baltimore 1995, S. 252–291, hier S. 268.

22 Ebd., S. 269.

23 Ebd., S. 252–291, S. 273. 1974 wurde die Dauer des Lehrgangs auf 12 Monate erhöht.

24 Ebd., S. 252–291, S. 276.

Fortbildung von Krankenschwestern gingen in ihren Richtlinien weit über die Anforderungen des Krankenpflegegesetzes von 1957 hinaus.²⁵

Zur selben Zeit gab es, ausgelöst durch den massiven Neu- und Ausbau im Krankenhausbereich in den 1950er-Jahren, erste Personalengpässe, die sich zunächst im ärztlichen Bereich bemerkbar machten. Dem Ärztenotstand wurde durch Anwerbung ausländischer Ärzte und einer massiven Anhebung des ärztlichen Einkommens begegnet. Dem dann entstehenden erhöhten Bedarf an Pflegekräften sollte mit einer Krankenpflegereform entgegengesteuert werden. Um den Schwesternberuf attraktiver zu machen, mussten vor allem die Arbeitsbedingungen verbessert werden. Den Krankenanstalten blieb nichts anderes übrig, als die Arbeitszeiten den Bedingungen anderer Frauenberufe anzupassen. Von 1956 an verringerte sich die Wochenarbeitszeit von anfangs 54 Stunden, über 51 Stunden von 1958 an, die 1960 auf 48 Stunden reduziert wurden, bis schließlich 1974 die 40-Stunden-Woche eingeführt wurde. Die Arbeitszeitverkürzung ließ jedoch den Personalbedarf weiter ansteigen.²⁶ Eine Lösung wurde in der Rationalisierung der Krankenpflege gesehen. Die Schwestern sollten von sogenannten berufsfremden Tätigkeiten wie Reinigungs- und Aufräumarbeiten entlastet werden.²⁷ Die bisher nach dem Prinzip der «Ganzheitspflege» organisierte Tätigkeit, in der jede Schwester ihre Patienten persönlich rund um die Uhr betreute und auch für sämtliche Reinigungsarbeiten im Krankenzimmer zuständig war, begann sich mehr und mehr auf die medizinnahe Behandlungspflege zu konzentrieren, was jedoch wiederum den Bedarf an Pflegekräften erhöhte. In der Folge beschäftigten die Krankenhäuser zunehmend Pflegehilfskräfte, die sich als neue Berufsgruppe zwischen dem Haus- und Küchenpersonal und den ausgebildeten Krankenschwestern zu etablieren begann.²⁸

25 Kreutzer, Susanne: Vom «Liebesdienst» zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt 2005, S. 250f.

26 Vgl. Schmidbaur, Marianne: Vom «Lazaruskreuz» zu «Pflege aktuell». Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903–2000. Königstein/Taunus 2002, S.152. Siehe außerdem: Kreutzer, Susanne: Vom «Liebesdienst» zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt 2005, S. 24ff.

27 Kreutzer, Susanne: Vom «Liebesdienst» zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt 2005, S. 23. Siehe außerdem: Schmidbaur, Marianne: Vom «Lazaruskreuz» zu «Pflege aktuell». Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903–2000. Königstein/Taunus 2002, S.152.

28 Siehe Kreutzer, Susanne: Vom «Liebesdienst» zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt 2005, S. 26f.

Auf der Grundlage des Krankenpflegegesetzes von 1965 kam es im August 1966 zu einer neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, nach der die Zugangsvoraussetzung auf den Realschulabschluss und die Lehrgangsdauer auf drei Jahre festgelegt wurden, in denen mindestens 1200 Stunden theoretischer Unterricht erteilt werden musste. Die anschließende praktische Ausbildung wurde auf eineinhalb Jahre erhöht.²⁹ Vor allem gegen die Anhebung des Zulassungsniveaus waren zuvor starke Bedenken geäußert worden, da bei den Befürwortern der Volksschulbildung die Sorge im Vordergrund stand, dass durch die Erhöhung der geforderten Schulbildung wertvolle Pflegekräfte verloren gehen könnten.³⁰ Die Befürworter der Mittleren Reife argumentierten dagegen mit den Veränderungen im Krankenhauswesen, in der Medizin und den sozialen Gegebenheiten, wie beispielsweise die Krankenschwester Marie-Elisabeth Adams in einer Analyse von 1967:

Der rapide Verlauf, mit dem sich die Änderungen im Krankenhauswesen, der Medizin überhaupt und letztlich im Bereich der sozialen Gesellschaftsstrukturen vollzogen haben, läßt keine andere Möglichkeit zu, als sich insgesamt für die Mittlere Reife und damit für eine zukünftige Mitarbeiterin des Arztes, die verantwortlich für einen bestimmten Bereich dasteht, zu entscheiden. Das Krankenhaus als solches stellt einen Komplex dar; es hat sich in seinen verschiedenen Richtungen – Architektur, Technik, Wissenschaft betreffend – vervollkommen. Es ist undenkbar, einen so wichtigen Faktor wie die Pflege aus dieser Entwicklung auszuklamern.³¹

Tatsächlich erteilten nach Inkrafttreten des Gesetzes die meisten Krankenpflegesschulen schon bald freiwillig bis zu 1800 Unterrichtsstunden. Die Ausbildungsinhalte betreffend ließen die gesetzlichen Bestimmungen den Schulen einen weiten Spielraum, der je nach Träger unterschiedlich ausgeschöpft wurde.³² Erstmals mussten die Unterrichtsschwestern und -pfleger entsprechend vorgebildet sein³³ (s. Abb. 1).

29 Siehe Adams, Marie-Elisabeth: Die heutige Situation der Krankenschwester unter den Aspekten des verschärften Mangels an Pflegekräften und den sich daraus ergebenden sozial-hygienischen Gegenwartsproblemen. Hamburg 1967, S. 8.

30 Ebd., S. 11.

31 Ebd., S. 14.

32 Wanner, Bernd: Lehrer zweiter Klasse? Historische Begründung und Perspektiven der Qualifizierung von Lehrerinnen und Lehrern der Pflege. 2. Aufl., überarb. und erw. von Claudia Bischoff, Frankfurt a. M. 1993, S. 85.

33 Vgl. Kreutzer, Susanne: Vom «Liebesdienst» zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt 2005, S. 253.