

Lilli Mühlherr

Arbeit-Beruf-Profession: der Weg zur Fachhochschule

Zentrale Ereignisse der Berufsbildung in der Krankenpflege

zwischen 1850 bis 2006

Institut für Pflege
Departement Gesundheit
Zürcher Hochschule Winterthur ZHW

**Arbeit-Beruf-Profession: der Weg zur Fachhochschule
Lilli Mühlherr**

Zürcher Hochschule Winterthur Institut für Pflege

ISBN-10:

ISBN-13: 978-3-905745-08-5

Alle Rechte vorbehalten

© Zürcher Hochschule Winterthur, Winterthur 2007

Institut für Pflege ist ein Institut/Zentrum der Zürcher Hochschule Winterthur
www.zhwin.ch/departement-g/ Lilli.Muehlherr@zhwin.ch

Arbeit – Beruf – Profession – oder: der weite Weg zur Fachhochschule.

Zentrale Ereignisse zum Prozess der Berufsbildung und Akademisierung der Schweizer Gesundheits- und Krankenpflege zwischen 1850 und 2006.

Inhalt

	EINFÜHRUNG	3
1.	ZUM PROZESS DER VERBERUFLICHUNG	6
1.1	Soziale und medizinhistorische Zusammenhänge	6
1.2	Die Stellung der (erwerbstätigen) Frau in der Gesellschaft	7
1.3	Aspekte der Pfl egetätigkeit	9
2.	DIE ENTWICKLUNG DER PFLEGE ALS BERUFSGRUPPE	12
2.1	Zur Ausgangslage: konfessionell gebundene Pflege versus Laienpflege	12
2.2	Bestrebungen des SRK und SGFV	12
2.3	Der Berufsverband	15
2.4	Aus-, Fort- und Weiterbildung	16
3.	ZUSAMMENFASSENDE ASPEKTE ZUR VERBERUFLICHUNG	19
4.	ZUM PROZESS DER PROFESSIONALISIERUNG	21
4.1	Ein Ereignis wirft seine Schatten voraus	21
4.2	Die "Neuen Ausbildungsbestimmungen" von 1992 und weitere Entwicklungen	23
4.3	Der Beschluss der GDK und die Folgen	27
4.4	Die Fachhochschule öffnet ihre Tore	28
	LITERATUR	30
	ABKÜRZUNGEN	35

EINFÜHRUNG

Nachfolgender Text soll als das gelesen werden, als was er gedacht ist: nicht als wissenschaftlich konzipierte Studie, sondern als Skizze mit Lücken, die demzufolge nur grobe Linien zeichnet.

Sie soll einen Überblick zur Entwicklung des Pflegeberufes ermöglichen, die zu einem vertiefteren Studium interessierender Teile anregen könnte.

Während sich im ersten Teil zur Verberuflichung der Pflege wissenschaftlich fundierte Bewertungen einzelner Ereignisse durch zahlreiche Publikationen der letzten Jahre auch in ihrer Gesamtschau abzeichnen, ist es im Jahre 2007 für den Prozess der Professionalisierung schwierig, eindeutige Aussagen über den Stellenwert bestimmter professionskonstituierender Momente zu machen. Zudem erweist sich dieser Prozess bei näherem Zusehen als sehr komplex (siehe dazu etwa DÄTWYLER in LUDWIG 2006).

Deshalb weist der zweite Teil eine beabsichtigte Einseitigkeit auf. Er beschränkt sich wesentlich auf einen Teilbereich der Professionalisierung, nämlich auf bildungsentwickelnde Ereignisse, von denen anzunehmen ist, dass sie wesentlich sind und auch aus der retrospektiven Betrachtung bleiben werden:

Die Ausbildungsbestimmungen von 1992 und den Entscheid der GDK von 1999 zur Integration der Pflegebildung in die allgemeine Bildungssystematik, die Unterstellung unter das neue Berufsbildungsgesetz und die Akademisierung.

Definitionen

Der Titel "Arbeit – Beruf – Profession" verweist auf folgende Überlegungen:

Der Begriff "**Arbeit**" meint auf der Basis einer fachneutralen Betrachtung "Tätigkeit" (DUDEN 2002³:112) – also ein Erledigen von Aufgaben. Für hier vorliegende Skizze wäre zu ergänzen: Eine Tätigkeit, die im Dienste der Gesundheits- und Krankenpflege steht.

HARTMANN (1972: 36ff) unterscheidet "**Beruf**" von "Arbeit" dahingehend, als sich ein Beruf durch eine besondere Art Arbeit auszeichnet: Tätigkeit entwickelt sich im Laufe der Zeit in einem Prozess der **Verberuflichung** zu einem Beruf. Das heisst, Tätigkeiten erfahren eine Spezifizierung, Spezialisierung und eine Kombination von Leistungen, machen eine entsprechende Ausbildung nötig und sind auf Erwerb ausgerichtet.

Der Prozess vom Beruf zur **Profession (Professionalisierung)** stellt einen weiteren Schritt zunehmender Systematisierung und Theoriebildung dar.

HUBLER (1995:4) beschreibt folgende **Standards** für eine **Profession**:

- spezifisches Fachwissen und spezielle Fähigkeiten
- strukturierte Ausbildung mit der Möglichkeit einer akademischen Ausbildung und permanenter Fort- und Weiterbildung
- berufsethische Normen
- Verfügen von Autonomie und Handlungsfreiheit gegenüber Klienten, Staat und Öffentlichkeit
- Organisation in Berufsverbänden
- durch die Gesellschaft anerkannte Dienstleistung.

Ergänzend sei hier erwähnt, dass "Profession" aus dem lateinischen "**professio**" abgeleitet, ein öffentliches Bekenntnis meint und damit indirekt auch auf das Faktum der Eigenständigkeit verweist. Hier ist meines Erachtens ein zentraler einschränkender Punkt zu sehen, der im Hinblick auf den Prozess der Professionalisierung und trotz vollzogener Akademisierung in Betracht gezogen werden muss: Für einen Teil ihres konkreten Berufsvollzuges bleibt die Pflege trotz Eigenständigkeit an die Weisungsbefugnis der Ärzte gebunden, z.B. im Hinblick auf präventive, diagnostische und therapeutische Massnahmen. Das oben erwähnte Kriterium der Autonomie und Handlungsfreiheit ist somit an diesem Punkt nur beschränkt einlösbar. Meines Erachtens bleiben der Pflege jedoch sogar ausgesprochen viele, nicht zu unterschätzende Bereiche, in denen diese Eigenständigkeit zum Ausdruck gebracht und eingelöst werden kann.

Meilensteine

Wie erwähnt, soll der nachfolgende Text skizzenhaft wesentliche Ereignisse in den Prozessen der Verberuflichung und Akademisierung aufzeigen, wobei der Schwerpunkt in der Entwicklung der Schweizer Gesundheits- und Krankenpflege zum Beruf gelegt ist.

Dabei gibt es mehrere **Meilensteine**, die hier nur kurz angedeutet werden sollen:

- Ungefähr ab 1850 beginnt in der Schweiz dieser erste Prozess sichtbare Konturen anzunehmen: ein steiniger Weg, der von unbezahlter oder schlecht bezahlter Arbeit zu ersten berufskonstituierenden Momenten führte. Dabei wurden eine Menge Fragen bedeutsam, sozial- und medizinhistorische Ereignisse ebenso, wie solche zur Stellung der Frau, verbunden mit speziellen Arbeitsbedingungen... bis hin zur Formulierung und Durchsetzung der ersten Ausbildungsbestimmungen, zur Gründung eines Berufsverbandes usw.
- Ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg zunehmender Systematisierung und späterer Akademisierung stellen m. E. die 1992 in Kraft getretenen Ausbildungsbestimmungen des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) dar: Erstmals in der Berufsgeschichte der Schweizerischen Gesundheits- und Krankenpflege wurden für alle Pflegebereiche dieselben Ausbildungsinhalte in Form von fünf übergeordneten Funktionen formuliert, wurden einheitliche Ziele, dieselbe Abschlussbeurteilung und zu erwerbende Kompetenzen auf der Basis von fünfzehn Schlüsselqualifikationen vorgegeben. Damit begann eine fruchtbare und weitreichende Auseinandersetzung – nicht nur in den Fachschulen, sondern ebenso in der Berufspraxis.
- Weitere Meilensteine stellten m. E. auch die Pionierinnen dar, die in Amerika oder England ein akademisches Pflegestudium absolviert und ihr Wissen später gezielt zur Weiterentwicklung der Schweizer Pflege, entsprechenden Bildungsgängen, der Pflegeforschung, der Etablierung von Ethikkommissionen usw. eingesetzt hatten. Um die ersten zu nennen: S. Käppeli, als erste promovierte Schweizer Doktorin in Pflege überhaupt, dann aber auch A. Kesselring, H. Holenstein und andere.
- Mit den höheren Fachausbildungen Stufe I und Stufe II der verschiedensten Anbieter, den Masterstudiengängen des Weiterbildungszentrums für Gesundheitsberufe in Aarau (WE'G) in Zusammenarbeit mit der Universität

Maastricht oder der Möglichkeit eines Studiums an der Universität Basel wurde schnell vertieftes und erweitertes Fachwissen sichtbar, begannen Pflegende in nennenswertem Umfang zu publizieren, entstanden Pflegezeitschriften, wurden Pflegestudien gemacht, diskutiert und umgesetzt – kurz: es wurden deutliche Zeichen der Professionalisierung des Berufes gesetzt. Flankierend dazu wären auch internationale Fachkongresse und Fachdidaktikkongresse der Pflege zu erwähnen, die z.B. den Berufsverband oder durch das WE'G Aarau initiiert und durchgeführt wurden. Damit begann sich die Schweizer Pflege fachinhaltlich und berufspädagogisch einen internationalen Namen zu machen.

- Mit der Einbindung der Pflegebildung in die allgemeine Bildungssystematik des Bundes, der Unterstellung unter das neue Berufsbildungsgesetz, der Konzeption eines Bildungsganges auf der Sekundarstufe II (FaGe), der Möglichkeit eines Berufsmaturitätsabschlusses, der Verlegung der Diplomausbildungen auf das Tertiärniveau, d.h. der Eröffnung Höherer Fachschulen und dann 2006 der Fachhochschulen in der Deutschschweiz, scheinen entscheidende Momente des Professionalisierungsprozesses vollzogen – wenn auch noch nicht abgeschlossen.

Vieles bleibt zu diskutieren, zu reglementieren, zu evaluieren und neu zu bedenken: aber wichtige Schritte sind getan:

Im September 2006 haben die Fachhochschulen der Deutschschweiz ihre ersten Studierenden begrüsst, ihre Forschungs- und Entwicklungsstellen installiert, ihre Gedanken für mögliche Master-Studiengänge formuliert, sich mit EU-Kompatibilitätsfragen befasst... und interdisziplinäre Fäden zu andern Bereichen von Gesundheitsberufen gesponnen:

Professio (ich bekenne), eine der zentralen Bedeutungen einer Profession, bedeutet in den folgenden Jahren wohl nicht nur Betonung der Eigenständigkeit, sondern ebenso Bekenntnis zum Gemeinsamen.

1. ZUM PROZESS DER VERBERUFLICHUNG

Der Prozess der Verberuflichung der Schweizer Gesundheits- und Krankenpflege beinhaltet vor allem Fragen sozialer und medizinhistorischer Zusammenhänge, wie etwa die Auswirkungen der Industrialisierung, Veränderungen im Hinblick auf Familienstrukturen, medizinische Entwicklungen, Normierungen im Hinblick auf das Gesundheits- und Krankheitsverständnis, die Gründung von Krankenasylen oder die Konstituierung des Arztberufes mit dominanter Stellung bei der Versorgung von kranken Menschen.

Damit verbunden sind auch die Sichtweisen zur Stellung der Frau in der Gesellschaft und insbesondere die erwerbstätige Frau in den neu gegründeten Institutionen.

1.1 Soziale und medizinhistorische Zusammenhänge

Im 19. Jahrhundert treffen wir auf wesentliche Veränderungen im Hinblick auf Familienstrukturen, Krankenversorgung, medizinisch – technische Entwicklungen sowie sozialpolitisch bedeutsame Normierungen von Gesundheit und Krankheit, deren Zusammentreffen Einfluss auf die Verberuflichung der Pflege ausübten (BISCHOFF 1984 und 1987; DÄTWYLER / LÄDRACH 1987; FRITSCHI 1990; JORIS / WITZIG (Hg.) 1987²; SEIDLER 1980⁵; STEPPE 1990).

Zentrale Punkte sind:

- (1) Wurde bis weit ins 19. Jahrhundert hinein die Versorgung und Pflege verunfallter, erkrankter oder sterbender Menschen primär familiär bewältigt, so veränderte die Industrialisierung und ihre Auswirkungen die Möglichkeit dieser Selbsthilfe, da sie zu einer Trennung von Erwerbstätigkeit und Familienleben und damit zu mangelnden Reserven für das "Auffangen eines Pflegefalls" führte (FRITSCHI 1990:19).
- (2) Massenarmut, unter anderem ebenfalls eine Folge der Industrialisierung sowie die angedeuteten, mangelnden Möglichkeiten der Eigenhilfe und –versorgung bewirkten die Entstehung diverser sozialer Vorsorge- und Unterstützungseinrichtungen im sozialpädagogischen Bereich wie im Gesundheitswesen:
So ist etwa allein im Raum Zürich zwischen 1868 und 1902 die Gründung von 16 Krankenasylen zu verzeichnen (FRITSCHI 1990:20). Für dieses Thema bedeutsam ist die Verlagerung von der Hausbehandlung zur klinischen Versorgung.

- (3) Ferner führten diverse Entwicklungen im Bereich der Bakteriologie und Anästhesie sowie die zunehmende Bedeutung von Antisepsis und Asepsis zu einem Mehrbedarf von Pflegenden, zum andern aber zu einem Strukturwandel der öffentlichen Pflege: von abendländisch – christlichen Prinzipien und Möglichkeiten des Hospitals hin zu solchen des Krankenhauses. Dabei verloren die Pflegenden einen Teil der Eigenständigkeit: "Konnte die Pflagetätigkeit von Institution des Hospitals her lange Zeit einen durchaus eigenständigen und zentralen Stellenwert beanspruchen, so erfuhr sie jetzt eine strenge Ein- und Unterordnung in das System der medizinischen Arbeitsteilung, das sich um die Figur des Arztes organisierte" (FRITSCHI 1990:25).
- (4) Die Begriffspaare "Gesundheit - Krankheit", resp. "Arbeitsfähigkeit und – Arbeitsunfähigkeit" erfuhren eine bedeutsame sozialpolitische Normierung: "Krankheit erhielt - wie soziales Elend - das Stigma eines individuell verschuldeten Normverstosses" (ebd.:23). Krankheit wurde zudem zu einem "technisch lösbaren Störfaktor" (ebd.:23) und Gesundheit zu einer "der höchsten sozialen Normen" (ebd.:23).
- (5) Parallel zu obig skizzierten Veränderungen konstituierte sich die Ärzteschaft zu einer einheitlichen Berufsgruppe. Sie genoss ein hohes Sozialprestige und eine dominante Stellung innerhalb der Krankenversorgung. Damit bestimmte sie im Verlauf der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts mehr und mehr, was Sache des Arztes respektive der Pflegenden war und unter welchen Gesichtspunkten Krankheit gesehen, verhindert, geheilt werden konnte (ebd.:26ff.).

1.2 Die Stellung der (erwerbstätigen) Frau in der Gesellschaft

Parallel zu den skizzierten Veränderungen ist eine andere Entwicklungslinie zu umreißen, die für die Verberuflichung der Pflege bedeutsam wurde:

Während in der vorindustriellen Zeit die Menschen im so genannt "Ganzen Haus" (JORIS / WITZIG in JORIS / WITZIG (Hg.) 1987²:43-165) lebten, das eine Einheit von Wohnen und Erwerb darstellte, indem sich also auch die Frau am Gütererwerb beteiligte (ebd.:17-41), fand mit zunehmender Industrialisierung die eigentliche Produktion von Gütern ausserhalb des Hauses statt.

Gleichzeitig wurde der Mann für die Erwerbsarbeit als zuständig erklärt und ergänzend die Frau für alle andern Bereiche, welche zum Lebensunterhalt notwendig waren.

Mit dem Ausscheiden der Frau aus der Erwerbsarbeit und der gleichzeitigen Umwertung der Werte jedoch – indem als Arbeit das galt, was einen Gegenwert in Form von Geld einbrachte – verlor die Frauenarbeit im Haus den Arbeitscharakter und die gesellschaftliche Anerkennung, denn ihre Leistungen waren mit dem gesetzten Wertmassstab nicht zu messen (ebd.:27).

Konkret bedeutete diese Festlegung eine Spaltung in ein "Innen" und ein "Aussen", wobei die Frau zudem als wesensmässig prädestiniert erklärt wurde, für dieses "Innen" zu sorgen, für die Welt des Hauses und der Familie zuständig zu sein, während dem Mann die Kompetenz für das "Aussen" zugesprochen wurde, "in welcher Stärke, Kraft und Härte gefordert wurden (...). Innen war die heile Welt der Familie, wo sich der Mann vom harten Alltag in der Aussenwelt erholen konnte" (ebd.:31).

Für die Frau bedeutete die Übernahme der als "typisch weiblich" bezeichneten Eigenschaften auch Verzicht von Zielen, die nicht unmittelbar mit ihrer häuslichen Aufgabe verbunden waren. Die Autorinnen stellen fest:

"Anstelle von klar umrissenen Verrichtungen, die der materiellen Existenzsicherung dienten, wurde von der Frau die Schaffung einer besonderen Atmosphäre erwartet. Die Erfüllung dieser Aufgabe war nicht Pflicht, sondern Quelle der Freude, war Ausfluss des eigentlichen Wesens der Frau. Hausarbeit war nicht Arbeit, sondern Liebe, Aufopferung, Aufgehen in den Bedürfnissen der Familie (ebd.:31).

Verweigerung dieser Rolle sei mit Liebesverweigerung identifiziert worden sowie mit Nichtakzeptanz von weiblichen Wesensmerkmalen.

Mit der Polarisierung "männlich – weiblich" ging die Lehre von der Ergänzung von Mann und Frau einher (ebd.:32). Diese Ergänzung sah folgende Charakteristika vor: Während der Frau Passivität, Emotionalität, Demut, Gehorsam, Erfüllung durch Unterordnung zugesprochen wurde, fiel dem Mann die Komplementärrolle zu, die sich durch Aktivität, Rationalität, Weitsicht, Vernunft und Eigenständigkeit auszeichnete (ebd.:32ff.).

Möglichkeiten der Existenzsicherung ausserhalb des Hauses boten sich der Frau nur in sozial und wirtschaftlich als zweitrangig eingestuftem Bereich an, in der Hauswirtschaft, im Textil-, Bekleidungs- und Ernährungsgewerbe sowie in Form einer Sozial- oder Pflege Tätigkeit.

Im 19. Jahrhundert war es nur vereinzelt Frauen möglich, qualifizierte Berufe auszuüben. Die Frauen betätigten sich in Bereichen, in denen sie den Männern keine Konkurrenz machen konnten, z.B. in Lehrberufen, gemeinnützigen Institutionen, Pflegeberufen (ebd.:192).

Erzeugt und geschürt wurde auch ein Vorbehalt der ausser Haus tätigen Frauen im Sinne davon, dass ihre wahre Aufgabe eigentlich anderswo sei (ebd.:188).

Typisch sind in diesem Zusammenhang auch die familienbezogenen Berufsbezeichnungen, die sich konstituierten:

Die Lehrerin im Kanton Bern nannte man "Lehrgotte", die Pflegenden "Krankenschwester". Ferner gab es "Küchenmädchen", "Zimmermädchen", "leichte Mädchen", "Laden- und Bürotöchter", "Serviertöchter", "Saaltöchter". In der Ausbildung sprach man von "Lehrtöchtern", respektive von "Höheren Töchtern" in den Mittelschulen (ebd.:202).

Für dieses Thema wichtig ist die Analogie, die sich bei der Pflege Tätigkeit und in Verbindung mit den Komplementärrollen abzeichnen begann.

1.3 Aspekte der Pfl egetätigkeit

Im Folgenden werden zusammenfassend einige Aspekte der Pfl egetätigkeit dargestellt, wie sie sich aus der erwähnten komplementären Funktion zum ärztlichen Bereich ergaben, verbunden mit einer vagen Skizzierung im Hinblick auf Arbeitsbedingungen, Lohn, Berufsrolle und Leistungsanspruch.

Um den Betrachtungshorizont hier nicht unnötig auszuweiten sei auf andere Quellen verwiesen: BISCHOFF 1984; DÄTWYLER / LÄDRACH 1987; FRITSCHI 1990; JORIS / WITZIG (Hg.) 1987²; KÖPPEL / SOMMERAUER (Hg.) 1984; OTHENIN – GIRARD et al. (Hg.) 1991; STEPPE 1990; VON ROTEN 1991; VALSANGIACOMO (Hg.) 1991.

Pflege – ursprünglich weder typisch männlich noch typisch weiblich – wurde erst im 19. Jahrhundert zur weiblichen Domäne (BISCHOFF 1984:26), zu welcher gerade die Frau mit ihrer geschlechtsspezifischen Charakteristika als besonders prädestiniert galt.

Verbunden mit der Komplementärrolle, die dem Arzt und Mann zugeordnet war, bildete sich ein System, das in "idealer Ergänzung" zueinander funktionieren konnte, solange alle Beteiligten zur Übernahme des Zugesetzten bereit waren. Dass die Frau nun zwar "ausser Haus" tätig war, befähigte sie aber nicht zu jenen Kompetenzen, die dem Mann bei seinen "Aussentätigkeiten" unabdingbar waren. Die als biologisch erachteten Wesensmerkmale liessen sich in – fast möchte man sagen – "idealtypischer Weise" integrieren: Der Arzt und Mann übernahm alle spezifischen, wissenschaftlich orientierten Tätigkeiten verbunden mit der entsprechenden hierarchischen Stellung und Weisungsbefugnis, während die unspezifischen, nicht wissenschaftlich orientierten Arbeiten und die Unterordnung mit dem Prädikat des "Pfl egespezifischen", respektive "typisch Weiblichen" versehen und auch idealisiert wurden (BISCHOFF 1984; DÄTWYLER / LÄDRACH 1987:27; FRITSCHI 1990:139; STEPPE 1990).

Sowie der Arbeit der Frau im Hause der eigentliche Arbeitscharakter abgesprochen wurde, so galt Pflege als "Frauensicksal" (JORIS / WITZIG (Hg.) 1987²:201). Die Autorinnen halten ferner fest:

"*Krankenpflege*, ursprünglich eine von der Wohltätigkeit der Ordensschwwestern abgeleitete Arbeit – daher der Name Schwester – galt wie die Fürsorge als mildtätiges Werk" (ebd.:201). In der Folge zeigen sich denn auch jene typischen Merkmale weiblicher Erwerbstätigkeit, wie sie auch aus andern Arbeitsgebieten wie der Pflege bekannt sind. Exemplarisch dafür sind Lohn, Berufsrolle, Arbeitsbedingungen und Leistungsanspruch.

- **Arbeitsbedingungen – Lohn**

Verbunden war Pflege seit je mit dem Anspruch an unermüdlichen Einsatz und Arbeitsbedingungen, bei denen die Pfl egenden häufig erkrankten, arbeitsunfähig oder invalid wurden. Die Löhne bewegten sich an der absolut untersten Grenze. Lange fehlte auch jeglicher Versicherungsschutz (FRITSCHI 1990:114ff.).

Exemplarisch einige Daten vom Beginn dieses Jahrhunderts, mit denen der Bund Schweizerischer Frauenvereine (BSF) 1915 an die Öffentlichkeit trat, nachdem auch der Schweizerische Krankenpflegebund (SKB) 1911 die prekären Arbeitsverhältnisse in den Spitälern untersucht hatte:

In der Studie des BSF, deren Untersuchungsdaten auf 1913 zurückgehen, ist die Rede von einer durchschnittlichen Präsenzzeit von 14,1 Stunden. Allerdings arbeiteten 64% meist länger, zum Teil bis 18 Stunden. Dazu kam der häufig zum Tagdienst zu leistende Nachtdienst. 80,3% der Schwestern berichteten, dass sie zeitweise oder regelmässig einen Teil der Nachtruhe opfern mussten. Ausgangszeit bestand oft nur auf dem Papier und konnte infolge Personalmangel nicht bezogen werden. Der Lohn beinhaltete freie Verpflegung, Unterkunft und Dienstkleidung. Die Gesamtsumme stand in keinem Verhältnis zu andern Berufsgruppen der damaligen Zeit.

Klagen darüber und über unmenschliche Arbeitszeiten kamen vor allem aus konfessionell ungebundenen Kreisen, wie die Studie bemerkt (BSF 1915:4). Diskutiert wurde dieses Thema über Jahrzehnte hinweg, u.a. auch noch 1979 im Hinblick auf Kündigungsmotive des diplomierten Pflegepersonals (EXPLORA 1979) oder in eher allgemeiner Form (GIACOBINO et al.1988); dann in Verbindung mit Stresssituationen und –bewältigung eine viel diskutierte Studie von WIDMER (1989) oder auf der Folie geschlechterideologischer Betrachtung, z. B. unter dem Titel: "Der Lohn hat ein Geschlecht" (HASLER 1991).

- **Berufsrolle – Leistungsanspruch**

Die Berufsrolle definierte sich durch geschlechterideologische Merkmale, die Definition von Arbeit und entsprechende Aufgabenverteilungen. Der Pflegedienst war in einer primär dienenden, abhängigen Rolle, deren Bewusstheit und Akzeptanz sich nicht von selbst einstellte, wie aus diversen Quellen zum Ausdruck kommt. So präzisiert etwa FRITSCHI für den Zeitraum von 1850 bis 1930, dass den Pflegenden eingeschärft wurde, sich ihrer "vor-, zu- und nachgeschalteten Rolle zur Arbeit des Arztes (bewusst zu sein)" (FRITSCHI 1990:135).

Pflegerinnenschulen und Berufsverband unterzogen die Pflegenden einer strengen Disziplinierung, z.B. bezüglich pünktlichem Gehorsam, unhinterfragter Entgegennahme und Ausführung von Anordnungen sowie Bescheidenheit und Takt (ebd.:136).

Auch HÜSSY, von 1937 bis 1946 ärztlicher Direktor des Kantonsspitals Aarau (100 JAHRE KANTONSSPITAL AARAU 1987:20), warnte die Pflegenden vor Selbstüberschätzung (HÜSSY 1943:88) und forderte von ihnen Vertrauen in die Verordnungen des Arztes, die stets nur dem Wohle des Patienten dienten. Er zeichnete ein Bild, welches patriarchale Hierarchiestrukturen und Abhängigkeiten markant aufzeigen:

Der Chefarzt, so HÜSSY (1943:72), solle die " 'Seele' des Betriebes sein (...), gewissermassen die Sonne, um welche die Planeten (Assistenten, Schwestern und Dienstpersonal) kreisen (...)."

Mit diesen Strukturen verbunden war auch ein Verfügungsanspruch der Institution Krankenhaus, der weit über die zeitliche Präsenz hinaus und die ganze Person der Pflegenden umfasste: "Die Pflegerin sollte (...) ihre ganzen physischen, intellektuellen und seelischen Kräfte in den Dienst ihrer Berufsarbeit stellen können" (ebd.:89).

Das bedeutete Verzicht auf Beziehungen ausserhalb der Institution, die ohnehin durch überlange Arbeitszeiten und Forderung nach internem Wohnen schon nahezu unmöglich waren. In den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts war es undenkbar, verheiratet und gleichzeitig Pflegende zu sein (FRITSCHI 1990:161).

Der Verfügungs- und Leistungsanspruch präzierte sich auch durch die Definition der Pflege als "Liebesdienst", z.B. wie HÜSSY ihn versteht: Liebesdienst hat keinen Arbeitscharakter, bezieht seinen Lohn als "moralischen Halt" (HÜSSY 1943:90), durch Leistung am Nächsten und definiert sich durch die Bedürftigkeit dieses Nächsten, dessen Sorgen, Nöte, durch Feingefühl, Selbstlosigkeit, Aufmerksamkeit Mitleid usw. Dieser Liebesdienst beinhaltet primär unspezifische Aufgaben mit emotionalen, moralisch – ethischen Akzenten im hauswirtschaftlichen Bereich, gepaart mit medizinischen Dienstleistungen (ebd.:86ff.), deren Hilfscharakter durch besondere Idealisierungen überdeckt wurden: "Die Ideologie vom 'mütterlichen weiblichen Wesen' wurde (...) zu einer Berufsrolle erhoben" (FRITSCHI 1990:145). Damit verbunden war eine Internalisierung dieser Rolle durch die Pflegenden selbst (ebd.:148).

FRITSCHI erwähnt dazu auch, wie entrüstet sich gewisse Pflegende gegen Vorstösse in den Blättern für Krankenpflege äusserten (1919 und 1920), in denen auf der Basis von "Pflichterfüllung" gegen Berufskolleginnen bezüglich Arbeitszeitverkürzung Stellung bezogen wurde (ebd.:150f.). Dieser Umstand – der Kampf in den eigenen Reihen gegen andere Bedingungen - erschwerte ganz offenbar auch gewerkschaftliche Bemühungen um Verbesserungen der Situation (ebd.:151ff., 170ff., 178).

2. DIE ENTWICKLUNG DER PFLEGENDEN ALS BERUFSGRUPPE

In diesem Kapitel werden Hintergründe und erste Schritte der Verberuflichung der Pflege aufgezeigt. Auf dieser Folie wird die Bedeutsamkeit konfessionell gebundener Pflege sichtbar und damit verbunden die Abgrenzungsbestrebungen der freien Berufskrankenpflege von dieser Berufsgruppe.

2.1 Zur Ausgangslage: Konfessionell gebundene Pflege versus Laienpflege

Die Ausübung der Pflege war vor 1910, der Gründung des Berufsverbandes, weder ausreichend geregelt noch organisiert (DÄTWYLER / LÄDRACH 1987:61ff.). Es existierten damals zwei Organisationstypen mit je sehr unterschiedlichem Tätigkeitsverständnis (FRITSCHI 1990:54):

Zum einen gab es protestantische und katholische Pflegenden, die in Spitälern oder der Privatpflege arbeiteten. Ihre Tätigkeit war über den jeweiligen Orden mit den Institutionen geregelt. Sie genossen Ansehen, den Schutz ihres Mutterhauses und verfügten über eine gewisse Ausbildung.

Zum andern gab es Laienpflegerinnen, die primär in Spitälern arbeiteten, aber aus moralischen Gründen wie mangels Ausbildung "oft in einem wenig schmeichelhaften Ruf standen" (VALSANGIACOMO in: VALSANGIACOMO (Hg.) 1991:14).

Der wachsende Bedarf an Pflegenden, der von konfessioneller Seite allein nicht mehr gedeckt werden konnte, aber auch die unbefriedigende Arbeitsleistung unausgebildeter Laien, führte dazu, dass von verschiedenen Seiten Anstrengungen zur Verbesserung der Situation unternommen wurden:

"Krankenpflege sollte neu in der Form eines sozial wohl angesehenen und systematisch erlernten Frauenberufs ausgeübt werden" (FRITSCHI 1990:185).

2.2 Bestrebungen des SRK und SGFV

Gemäss der Schweizerischen Bundesverfassung von 1874 lag die Krankenpflege im Verantwortungsbereich von Gemeinden und Kantonen. Sowohl das SRK wie der Schweizerische Gemeinnützige Frauenverein (SGFV) zielten "auf eine Reform gesamtschweizerischer Tragweite" (FRITSCHI 1990:79), die dann im "Bundesbeschluss vom 25. Juni 1903 betreffend die freiwillige Sanitätshilfe zu Kriegszwecken" ihren Niederschlag fand und der die Weiterentwicklung der freien Berufskrankenpflege massgeblich beeinflusste. Davon später.

Zunächst einige Hinweise zum SRK und SGFV:

1863 fand in Genf die erste Internationale Rotkreuz – Konferenz statt. Diskutiert wurden Ideen von Henry DUNANT aufgrund seiner Erinnerungen an die Schlacht von Solferino (DUNANT 1988) und der Beschluss gefasst, dass bereits zu Friedenszeiten Pflegenden für die Verwundetenversorgung ausgebildet werden sollten (VALSANGIACOMO in: VALSANGIACOMO (Hg.) 1991:13f.).

1866 wurde dann der "Hilfsverein für schweizerische Wehrmänner und deren Familien" gegründet, um die Resolutionen des Genfer-Kongresses auszuführen. Der Verein betätigte sich aber wenig konkret an der geplanten Förderung der Pflege. Wohl wurden einige Pflegekurse durchgeführt, die aber nicht genügten und deutlich von den Leistungen der konfessionell gebundenen Pflege abfielen. Zudem widersetzte sich die Ärzteschaft solchen kurzen Kursen und baute lieber weiterhin auf Ordensleute (ebd.:51).

Der Philanthrop Walter KEMPIN (1850-1926) verhalf schliesslich in Olten der Gründung des "Schweizerischen Centralvereins vom Roten Kreuz". KEMPINS Anliegen, das mit dieser Gründung verbunden war, bewegte sich primär im Bereich der Förderung der Krankenpflege, aber in dem Sinne, als sich der Staat an dieser Aufgabe beteiligen und als explizit konfessionell neutrale Pflege gefördert werden sollte (ebd.:35). Der neu gegründete Verein sollte eine "ergänzende Stellung" (ebd.:43) zu jenen Institutionen einnehmen, die sich ebenfalls mit Krankenpflege befassten. Sein Modell sah eine Art Mutterhaus – System mit Filialen vor.

Ein wichtiger Schritt gelang erst 1899 mit der Gründung einer Krankenpflegeschule, der "Rot – Kreuz – Pflegerinnenschule" in Bern, die sich explizit an Menschen richtete, die an keinen Orden gebunden sein wollten (FRITSCHI 1990:67ff.). Vorangetrieben wurde diese Bestrebung durch Dr. med. Walter SAHLI, einem Mitglied der SRK - Direktion, der dann auch erster Direktor der Schule wurde. Die Schule wurde vertraglich mit dem Lindenhof – Spital verbunden, das 1908 erworben und in eine Stiftung des SRK umgewandelt wurde (DÄTWYLER / LÄDRACH 1987:128f. u. DÄTWYLER in: VALSANGIACOMO (Hg.) 1991:93ff.). Es gab damals noch zwei andere Ausbildungsstätten, die sich von konfessionell gebundener Pflege abgrenzten, aber den Anforderungen nicht genügten: Der 1859 in Lausanne gegründeten Schule "La Source" fehlte der direkte Spitalanschluss und das 1882 in Zürich – Fluntern gegründete "Schwesternhaus vom Roten Kreuz" blieb beim Mutterhaus – System.

Parallel dazu unternahm der SGFV Bestrebungen zur Berufsentwicklung, gab aber um 1900 seine Unabhängigkeit preis und unterordnete sich dem SRK. Der SGFV machte es sich primär zur Aufgabe, ledigen Frauen zu einer existenzsichernden Tätigkeit zu verhelfen. Der 1888 gegründete Verein bildete 1894 eine Kommission für Krankenpflege und proklamierte durch Dr. med. Anna HEER die Notwendigkeit konfessionsneutraler Pflegeausbildung. Geplant waren die Vermittlung theoretischer Grundlagen und ein Spitalanschluss, damit die praktischen Fähigkeiten entwickelt werden konnten. Erlern werden sollte zudem Wöchnerinnen- und Kinderpflege, dies auch im Einsatz in der Gemeinde und der Armenkrankenpflege. Ferner wollte HEER zur Hebung des Pflegestandess beitragen, so dass die Tätigkeit auch für Töchter der "gebildeten Stände" attraktiv würde. Das Projekt gelang 1901 mit der Gründung der "Schweizerischen Pflegerinnenschule mit Frauenspital in Zürich" unter der Leitung von HEER. Damit existierten zwei Schulen nach neuem Muster: Der "Lindenhof" in Bern und die eben erwähnte in Zürich.

Der ideelle Hintergrund der beiden Schule jedoch war verschieden: Zürich war explizit ein Werk von und für Frauen unter weiblicher Leitung. Bern verfolgte eine "besondere patriotische Aufgabe" (FRITSCHI 1990:78), da es dem SRK unterstand und sich speziell für den Kriegsfall verpflichtete. Kriegskrankenpflege war eines der fünf Hauptfächer (ebd.:78).

Wie erwähnt verlor der SGFV seine Eigenständigkeit, weil er sich um 1900 dem SRK unterordnete. Denkwürdig ist auch die Beitrittsverweigerung zum neu gegründeten "Bund Schweizerischer Frauenvereine" (BSF). Dazu kommentiert FRITSCHI (1990:77), dass der SGFV sich dadurch kritiklos auf eine Orientierung festgelegt habe, die patriarchale Verhältnisse zementierte und das Berufsbild der Pflege in diese Richtung mitgeprägt hätte. Fortan bestimmte das SRK wesentlich den Fortgang der Berufsentwicklung.

Bedeutsam war auch der "Bundesbeschluss vom 25. Juni 1903 betreffend die freiwillige Sanitätshilfe zu Kriegszwecken". Dieser bestimmte das SRK zur Zentralinstanz für die berufliche Krankenpflege mit dem Ziel der Hebung der Kriegsbereitschaft. Unterstützt werden sollten Anstalten, die sich um die Ausbildung und das Bereitstellen von 2/3 ihrer Pflegenden im Kriegsfall bereit erklärten. Das Aufsichtsrecht unterlag dem Militärdepartement und über dieses wurden die ersten fünf Schulen subventioniert:

- "Rot-Kreuz-Pflegerinnenschule", Bern
- "Schwesternhaus vom Roten Kreuz", Zürich – Fluntern
- "Ecole de garde - malades 'La Source', Lausanne
- "Schweizerische Pflegerinnenschule mit Frauenspital", Zürich
- "Institut der Barmherzigen Schwestern vom Heiligen Kreuz", Ingenbohl (als einzige konfessionsgebundene Schule) (FRITSCHI 1990:93).

Nicht genug, dass sich der SGFV zurückgenommen und das Feld dem SRK überlassen hatte und nun das Militärdepartement mit dem SRK politische Ziele verfolgte: Ein weiteres Kuriosum bildete der 1910 gegründete Berufsverband.

2.3 Der Berufsverband

1910 wurde in Olten der "Schweizerische Krankenpflegebund" (SKB) gegründet. Die Initiative kam vom SGFV und vom SRK (FRITSCHI 1990:97).

Am Zustandekommen beteiligt und erste Präsidentin waren Dr. med. A. HEER und Dr. med. W. SAHLI (DÄTWYLER / LÄDRACH 1987:49ff.).

Als Hauptmotive zur Gründung nennt FRISCHI (1990:97f.):

- Moralischen und materiellen Rückhalt für die meist alleinstehenden Pflegenden
- Differenzierung zu schlecht oder nicht ausgebildeten Pflegenden
- "Kontrolle und Erziehung im Sinne des SGFV und SRK" (ebd.:98).

Im Bericht über die 25-jährige Tätigkeit des SKB steht allerdings, dass das Motiv Schutz für die Pflegenden ohne Mutterhaus sei (PROBST in BfK. 1935).

So wurden denn Vorsorgen für Pensionierung, Krankheit, Unfall getroffen. 1918 wurde ein Fürsorgefonds gegründet; es wurden Pflegeheime zur Erholung errichtet, Lohnvorgaben formuliert und ein Stellenvermittlungsbüro eingerichtet.

"Hebung des Berufsstandes" bedeutete die Ausarbeitung von Regulativen für die Anstellung von Pflegenden, die Schaffung von Mitglieдераusweisen ("Bundesabzeichen" ab 1911) und eines Berufsorgans, die Vermittlung von Kursen zur Weiterbildung. Zudem wurde neu für den "Ausschluss minderwertiger Elemente" gesorgt (PROBST in BfK. 1935).

Die Profilierung zur einheitlichen Berufsgruppe bestimmte sich wesentlich durch die Abgrenzung zu den ungelernten Wärterinnen aber auch gegen die konfessionell gebundenen Pflegegemeinschaften.

Der Verband, ursprünglich für alle Pflegebereiche gegründet, verfügte aber bis 1925 den Ausschluss der Wochen- und Kinderpflegerinnen wie auch der so genannten Nervenpflegerinnen.

Die mangelnde Autonomie und die Fremdbestimmung des SKB machten sich in drei bedeutenden Aspekten geltend:

- (1) Der Verband wurde bis 1928 von Ärzten präsiert, die "für das SKB-Pflegepersonal eine gewisse obrigkeitliche Protektion, verbunden mit einer Verhinderung an einer eigenständigen Interessenwahrnehmung (bedeutete)" (FRITSCHI 1990:122).
- (2) Ähnliches liesse sich wohl zum Faktum sagen, dass das Verbandsorgan, die "Blätter für Krankenpflege" bis in die dreissiger Jahre hinein ebenfalls von ärztlicher Seite redigiert wurde.
- (3) 1920 unterstellte sich der SKB zudem dem SRK und figurierte als "Hilfsorganisation" des SRK. Vorangetrieben wurde dieser Zusammenschluss massgeblich von Dr. med. C. ISCHER, der damals sowohl Präsident des Berufsverbandes wie Zentralsekretär des SRK war. FRITSCHI qualifiziert diesen Schritt als "eine gezielte Interessenstrategie" des SRK, mit dem es selbst zur Popularität gelangte und nicht als "gepriesene Uneigennützigkeit des SRK", wie ISCHER glauben machen wollte (ebd.:123).

Auch DÄTWYLER / LÄDRACH (1987:65) sehen in der verlorenen Unabhängigkeit des Verbandes keinen Fortschritt für die Pflegenden. Sie sprechen von einem "Prestigegewinn" des SRK und begegnen der Personalunion von Dr. ISCHER kritisch. Darauf macht auch LANG aufmerksam, wenn sie meint, es sei eine "mehr als eigenartige, kollisionssträchtige Situation" (LANG in VALSANGIACOMO (Hg.) 1991:142), in der sich der erwähnte ISCHER von 1921 bis 1929 und von 1935 bis 1941 befand. ISCHER war damit Direktor der "Rotkreuz-Pflegerinnenschule", Zentralsekretär des SRK und gleichzeitig Präsident des SKB.

1944 wurde der SKB zum SVDK, zum "Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger".

Am 29. April 1978 wurde in Olten der SVDK zum SBK, zum "Schweizerischen Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpflegern", wie sich der Verband heute noch nennt. Anlass zur Veränderung der Bezeichnung war der Zusammenschluss der ehemals ausgeschlossenen psychiatrischen Krankenpflege und der Wochen-, Säuglings- und Kinderpflege (EICHENBERGER in: VALSANGIACOMO (Hg.). 1991:422).

Am 30. Juni 1981 erst verzichtete der SBK auf die 1920 festgelegte Vereinbarung mit dem SRK.

2.4 Aus-, Fort- und Weiterbildung

Wie erwähnt war mit der Gründung des "Schweizerischen Centralvereins vom Roten Kreuz" von 1882 KEMPINS Idee verbunden, konfessionell neutrale Pflege zu fördern. So führte denn das SRK seit 1888 verschiedene Spitalkurse durch, die sich schwierig gestalteten:

Ein Grund dafür betraf die Ablehnung der Spitäler solchen Kursen und den Ausgebildeten gegenüber. Sie lehnten sie oft mit der Begründung ab, keinen Platz zu haben (VALSANGIACOMO in: VALSANGIACOMO (Hg.) 1991: 62).

Ein anderer Grund für die Schwierigkeiten lag in der Haltung der Ordensschwestern den Laienpflegerinnen gegenüber: Vertraglich waren die Spitäler direkt mit den Orden verbunden, die den ganzen Krankendienst übernahmen, was sich darin äusserte, dass die konfessionellen Pflegenden "besonders anfänglich nur ungern oder gar nicht vereinzelt Leute zum Anlernen unter sich aufnahmen (...), die nicht in einen konfessionellen Verband eintreten wollten (...)" (ebd.:63).

Diese Situation führte – wie erwähnt – zur Gründung konfessionsungebundener Schulen. Mit dem Bundesbeschluss von 1903 wurden dann jene Institutionen über das Militärdepartement subventioniert, die sich den gesetzten Bedingungen verpflichteten. Zentralinstanz war das SRK.

Im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts zeigte sich in den verschiedenen Institutionen, die eine Pflegeausbildung anboten, eine kaum vergleichbare Situation (163ff.), da grosse Diskrepanzen bezüglich Eintrittsalter, Stundenzahlen und –inhalte des theoretischen Unterrichts wie in praktischen Lerngelegenheiten bestanden (DÄTWYLER / LÄDRACH (1987:102). Das wird auch von den konfessionell gebundenen Anstalten erwähnt. In letzt genannten wurden zudem viele Stunden in religiöser Unterweisung erteilt.

Überschattet wurde die Ausbildungssituation besonders von ungünstigen Arbeitsbedingungen, die kaum Zeit für seriöses Lernen zuließen.

1925 formulierte das SRK die ersten Richtlinien im Sinne von Minimalanforderungen. Damit wurden die "Ausbildungsnormen (...) konkreter, wenn auch noch immer nicht im heutigen Sinn verbindlich" (ebd.:108).

1925 klärten in Olten der Präsident des SRK, Oberst BOHNY und Vertreter der inzwischen sieben durch den Bund anerkannten und subventionierten Schulen die Möglichkeit einheitlicher Lehrpläne und Grundsätze für die Pflegeausbildung (BERGIER in: VALSANGIACOMO (Hg.) 1991:177).

1944 wurden die Richtlinien revidiert und ergänzt durch Ausbildungsziele, Aufnahmekriterien, die Festlegung des Eintrittsalters zwischen 20 und 32 Jahre sowie die Forderung nach einem Einführungs- und Schlusskurs. Zudem wurden die Ausbildungsinhalte detaillierter (ebd.:190).

1946 wurde ein neues "Reglement für die Anerkennung von Krankenpflegeschulen durch das Schweizerische Rote Kreuz" verabschiedet.

1948 erfolgte die nächste Revision der Richtlinien. Die Bestimmungen wurden noch präziser und das Eintrittsalter auf 19 Jahre festgelegt.

Neu wurden Massnahmen für den Gesundheitsschutz erlassen, die auf Untersuchungen der Leiterin der Zürcher Pflegerinnenschule, Dr. Lydia LEEMANN von 1942 und 1944 zurückgingen. Sie hatte im Auftrag der VESKA die Missstände der Arbeitsbedingungen in Schweizer Spitälern durchleuchtet. Diese Studien führten auf Bundesebene zu einem Bundesratsbeschluss, d.h. zur Formulierung eines Normalarbeitsvertrages vom 16. April 1947, erneuert 1956, 1963 und 1971 (ebd.:159).

Am 6. Okt. 1942 wurde die Kommission für Krankenpflege (KfK) gebildet, mit der ursprünglichen Bezeichnung "Schwesternkommission" (ebd.:200), die zuständig war für die Ausarbeitung der Bedingungen zur Anerkennung der Diplome. Mitglieder waren Ärzte und Pflegende. Die Kommission setzte sich auch für die Abschaffung des Bundesexamens auf das Jahr 1946 hin ein.

1958 verabschiedete sie ein Reglement zur Bildung von Fachausschüssen.

1959 wurde der Fachausschuss für Allgemeine Krankenpflege (AKP) gebildet, der sich seit 1960 mit Teilfragen der KfK befasste.

1944 wurde das Zentrale Schwesternsekretariat geöffnet, die spätere Abteilung Berufsbildung des SRK.

1955 erfolgte wiederum eine Revision der Ausbildungsrichtlinien, wobei es vor allem um eine Erhöhung der Stundenzahl ging, die 1966, bei der nächsten Erneuerung von 592 auf 1250 verdoppelt wurde.

1966 wurde zudem ein neues Berufsbild verfasst (ebd.:213).

Dem Bedürfnis nach Fort- und Weiterbildung wurde am 21.11.1950, mit der Schaffung einer Schule für leitende Personen begegnet: Sie wurde in Zürich als "Rotkreuz – Fortbildungsschule für Krankenschwestern" eröffnet. Der erste Kurs - ein Programm für Stationsschwestern – hatte einige Tage zuvor, am 23. Okt. 1950 mit 16 Personen begonnen. Auch ein Schulrat war bereits im Juni gewählt worden. 1986 verlegte die Schule ihren Standort nach Aarau (heute: Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, WE'G).
1956 wurde die Kaderschule in Lausanne eröffnet.

Erst 1976 wurde mit der Vereinbarung aller Kantone dem SRK das Mandat erteilt, die von den Kantonen festgelegten Ausbildungswege zu reglementieren, und zu fördern, Kader auszubilden, Diplome und Fähigkeitsausweise zu registrieren, Schulen zu überwachen und zu beraten, neue Berufsausbildungen zu schaffen und sich um Information wie Werbung zu bemühen. Die Kantone ihrerseits sicherten Kostendeckung und Anerkennung der unterzeichneten wie registrierten Diplome und Fähigkeitsausweise zu (BENDER in: VALSANGIACOMO (Hg.) 1991:377-396).

Spätestens zu dieser Zeit darf der Prozess der Verberuflichung wohl als abgeschlossen betrachtet und ein Blick auf den Prozess der Professionalisierung geworfen werden.

3. ZUSAMMENFASSENDE ASPEKTE ZUM PROZESS DER VERBERUFLICHUNG

(1) In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts treffen wir in der Schweiz als Folge der Industrialisierung auf wesentliche Veränderungen von Sozial- und Familienstrukturen, die mehr und mehr die Eigenversorgung in Krankheitsfällen verhinderte. Parallel dazu sind bedeutsame medizinisch – technische Entwicklungen vor allem auf dem Gebiet der Asepsis und Antisepsis zu verzeichnen sowie die Entstehung diverser sozialer Vorsorge- und Unterstützungseinrichtungen im sozialpädagogischen Bereich wie im Gesundheitswesen.

In letzterem machte sich dieser Umstand in einem Mehrbedarf von qualifizierten Pflegenden geltend. Das bedeutete, dass die konfessionell gebundenen Institutionen, die bis anhin eine Monopolstellung im Pflegedienst inne hatten und vertraglich gebunden den ganzen Krankendienst eines Spitals versorgten, diesen Mehrbedarf nicht mehr decken konnten.

Daneben waren bis zur Gründung der ersten konfessionell ungebundenen Krankenpflegeschulen (1899 in Bern und 1901 in Zürich), die propagierten Mustern von ärztlicher Seite entsprachen, ungelernete Lohnwärterinnen beschäftigt, deren Arbeitsleistung weder im Hinblick auf gewünschte pflegetechnische noch persönliche Kompetenzen genügte.

(2) Für die Berufsentwicklung wichtig ist ferner, dass sich im 19. Jahrhundert die Pflege – ursprünglich weder typisch männlich noch weiblich – mehr und mehr zum weiblichen Zuständigkeitsbereich wandelte, was sich in entsprechenden Hierarchiestrukturen, Arbeitsteilungen und –bedingungen sowie Leistungsansprüchen manifestierte:

Im Spital übernahm der Mann und Arzt alle spezifischen, wissenschaftlich orientierten Tätigkeiten, verbunden mit einer höheren sozialen wie hierarchischen Stellung, während der Frau und Pflegenden die Komplementärrolle der Versorgung unspezifischer, nicht wissenschaftlich orientierter Aufgaben zufiel, die mit Demut, blindem Gehorsam und selbstloser Opferbereitschaft zu erfüllen waren. Dies bei Arbeitsbedingungen, die frühzeitig zu Invalidität, materieller Armut oder zum Tod führten, wie sie auch fast jegliche Sozialkontakte ausserhalb der Institution unmöglich machten.

Der Verfügungsanspruch richtete sich weit über die zeitliche Präsenz hinaus auf die ganze Person der Pflegenden. Besonders gefährdet war die konfessionell ungebundene Pflege, weil sie den Schutz eines Mutterhauses entbehrte.

(3) Pflege wurde lange als "Liebesdienst" betrachtet und definiert durch Leistung am Nächsten, durch dessen Bedürftigkeit, Sorgen und Nöte, denen mit Mitleid, Aufmerksamkeit, Selbstlosigkeit, Feingefühl und Takt zu begegnen war.

"Liebesdienst" in der Pflege setzte seine Akzente in den emotionalen, moralisch – ethischen wie hauswirtschaftlichen Zuständigkeitsbereich, kombiniert mit der besonderen Auszeichnung, medizinische Hilfsarbeiten für den Arzt übernehmen zu dürfen.

Dieser Ideologie entsprachen die Pflegenden andererseits dahingehend, als sie sie internalisierten und sich damit selbst an der Reproduzierung eines hohen Dienstideals beteiligten.

(4) Mit der Gründung des Berufsverbandes 1910 (SKB: 1910 bis 1944; SVDK 1944 bis 1978; SBK seit 1978) wurde versucht, der freien Berufskrankenpflege den nötigen Schutz zu gewährleisten.

Der Verband blieb aber auf verschiedene Seiten hin fremd bestimmt:

Nicht nur erfolgte die Initiative zur Gründung von ärztlicher Seite, sie präsidierte den Verband auch bis 1928, redigierte das Verbandsorgan und sorgte 1920 für eine Fusion mit dem SRK, die erst 1981 aufgehoben wurde. Lange Zeit war der Zentralsekretär des SRK somit Präsident des Verbandes.

Der Verband figurierte als "Hilfsorganisation" des SRK, was sich insofern geltend machte, als ein Bundesbeschluss von 1903, "betreffend die freiwillige Sanitätshilfe zu Kriegszwecken" das SRK zur Zentralinstanz im Hinblick auf die Überwachung von Subventionsbedingungen des Militärdepartementes ernannte. Dieser Beschluss verfolgte die Absicht, die freie Berufskrankenpflege für militärpolitische Intentionen zu fördern. Mit diesem Auftrag gewann das SRK sowohl Macht über das Ausbildungssystem als auch über die bereits Ausgebildeten durch deren Verband.

(5) Für die Entwicklung der Pflege bedeutsam waren ferner die Aktivitäten des SGFV, der die Absicht verfolgte, ledigen Frauen zu einer existenzsichernden Tätigkeit und Ausbildung zu verhelfen. Seit 1894 bemühte sich der Verband – in expliziter Abgrenzung zur konfessionell gebundenen Pflege – eine konfessionell freie Pflegeschule zu gründen, unterordnete sich aber um 1900 dem SRK.

(6) Die Rolle des SRK in der Schweiz ist insofern eine besondere, als normalerweise Berufsausbildungen Sache des Staates und nicht von privaten Vereinen ist. Das SRK kümmerte sich seit der Gründung des "Schweizerischen Centralvereins vom Roten Kreuz" (1882) um die Pflegeausbildung, anfänglich in expliziter Abgrenzung zu konfessionell gebundenen Institutionen.

Erst 1976 wurde durch die Vereinbarung der Kantone dem SRK das Mandat übertragen, Ausbildungen zu schaffen, Schulen zu beraten und zu überwachen, Diplome und Fähigkeitsausweise zu unterzeichnen und zu registrieren, Kader auszubilden und sich um Information wie Werbung zu bemühen.

Es hatte jedoch, gestützt auf den Bundesbeschluss von 1903, bereits 1925 erste Richtlinien verabschiedet, die 1944, 1948, 1955, 1966 und 1992 revidiert wurden. Die letzte Version (1992) versucht, für alle Pflegefachbereiche dieselben Bedingungen zu schaffen, indem von 5 Pflegefunktionen, 15 Schlüsselqualifikationen und einheitlichen Elementen der Abschlussbeurteilung ausgegangen wird.

(7) Für die Tätigkeit des SRK wichtig war ferner die KfK, 1942 gegründet, Vorläuferin der späteren Kommission für Berufsbildung.

1944 wurde das Zentrale Schwesternsekretariat gegründet, die spätere Abteilung Berufsbildung.

Zudem führt das SRK seit 1950 eine Schule für Kader, seit 1986 in Aarau. 1958 wurde eine gleiche Schule in Lausanne errichtet.

4. ZUM PROZESS DER PROFESSIONALISIERUNG

Es ist nicht die Absicht dieses Textes, eindeutige Festlegungen vorzunehmen, wann und durch welche Ereignisse der Prozess der Verberuflichung als vollzogen betrachtet werden kann, respektive, wann derjenige der Professionalisierung einzusetzen begann. Es wird davon ausgegangen, dass sich solche Prozesse zum einen überlagern, zum anderen abhängig sind von Definitionen, die man ihnen zugrunde legt.

Deshalb werden hier – wie schon im vorherigen Teil – primär zentrale Ereignisse genannt, die für die weitere Entwicklung des Pflegeberufes auf dem Weg zur Professionalisierung entscheidend gewesen sein dürften.

Wie einleitend bemerkt, weist dieser Teil aus verschiedenen Gründen Lücken auf und ist eine beabsichtigte Einseitigkeit mit Fokus auf bildungsentwickelnde Elemente. Als Hauptpunkte der Betrachtung, die sich aus heutiger Sicht als zentrale Meilensteine präsentieren, seien zwei Ereignisse genannt:

- die Revision der Ausbildungsbestimmungen durch das Schweizerische Rote Kreuz 1992 und
- 1999 der Beschluss der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) zur Integration der Gesundheitsberufe in die neue Bildungssystematik.

4.1 Ein Ereignis wirft seine Schatten voraus: Sigriswil 1972

Wann genau die Idee einer generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung und berufspädagogischen Vernetzung der verschiedenen Bildungsgänge der Pflege geboren wurde, lässt sich wohl kaum ganz exakt bestimmen. Sicher aber stellte die Tagung der Kommission der Krankenpflege (KfK) in Sigriswil einen von anderen, entscheidenden Schritten dar. Dort wurde Folgendes festgestellt:

- die Attraktivität der Pflegeberufe ist zu gering;
- es sollten Interessent/innen mit höherem Schulbildungsniveau rekrutiert werden;
- die Wartezeiten bis zum Beginn der Ausbildung ist zu lang; es fehlt ein sinnvoller Anschluss an die Sekundarstufe I und damit verbunden ein Abschluss auf Sekundarstufe II;
- das Berufsbild Praktische Krankenpflege (PKP) mit Fähigkeitsausweis des SRK (FASRK) ist unter anderem bezüglich Anschluss an Diplombildungen zu überprüfen.

Vorgeschlagen wurde ein "Tronc commun" – eine einheitliche Basisausbildung für alle Pflegebereiche. Spezialisierungen sollten im Anschluss erfolgen (VISCHER, R. 1973).

Zudem standen Überlegungen des SRK an, das nach einheitlichen Bildungsgängen strebte. Zu diesem Zeitpunkt gab es für jeden Pflegebereich verschiedene Reglemente, die laufend nach Revisionen drängten. Es waren dies:

- PKP: Praktische Krankenpflege, zweijährige Ausbildung, die mit einem Fähigkeitsausweis und nicht mit einem Diplom abgeschlossen wurde.
- AKP: Allgemeine Krankenpflege, dreijährige Diplombildung mit starker Betonung der akut-somatischen Pflege.
- PSYKP: Psychiatrische Krankenpflege, dreijährige Diplombildung mit Schwerpunkt der psychiatrischen Pflege.
- KWS: Kinder-, Wochenbett und Säuglingspflege, dreijährige Diplombildung mit Schwerpunkt der Pflege von Säuglingen, Kindern und von Frauen im Wochenbett.

Weitere Punkte, die in den siebziger und achtziger Jahre zunehmend diskutiert wurden, waren unter anderem folgende:

- Veränderte Anforderungen im Berufsfeld: Dabei wurde z.B. deutlich, dass der Beratung von Patient/innen und Bezugspersonen und auch dem effektiven Einbezug von Angehörigen grösste Bedeutung zukam und künftig zukommen würde.
- Erkannt wurde auch, dass sich Pflegewissen zunehmend durch Komplexität auszeichnete und deshalb Bildungsgänge zu schaffen sein würden, die diesem Sachverhalt Rechnung tragen könnten.
- Mit oben erwähnten Aussagen verbunden war auch die Erkenntnis, dass z.B. der bislang deutlich abgewertete oder kaum zur Kenntnis genommene Pflegebereich Geriatrie eigentlich höchste Anforderungen an die Pflege stellte... und dass es angesichts dieser Tatsache ungerechtfertigt und fragwürdig war, gerade dort die am schlechtesten ausgebildeten Personen zu beschäftigen...
- Diskutiert wurde zudem die von "Insidern" und "Nicht – Insidern" beklagte, mangelnde Transparenz des Aufgaben- und Verantwortungsbereiches der Pflege und die damit verbundene Frage entsprechender Ausbildungsziele und –inhalte.
- Zu einem weiteren Diskussionspunkt wurde später auch die nicht gewährleistete EU-Kompatibilität.

Vorerst jedoch begann die Diskussion um das so genannte "Sigriswiler – Modell"... und – fast möchte man sagen – eine "unendliche Geschichte", die – natürlich mit vielen weiteren, hier nicht erwähnten, Ereignissen zum Meilenstein per se wurde: die NAB – die Neuen Ausbildungsbestimmungen, wie sie damals genannt wurden.

4.2 Die "Neuen Ausbildungsbestimmungen" von 1992 und weitere Entwicklungen

Wie einleitend erwähnt, stellen die 1992 in Kraft getretenen Ausbildungsbestimmungen des SRK einen wichtigen Meilenstein auf dem Weg zunehmender Systematisierung der Pflege und der Pflegeausbildung dar. Um es kurz zu wiederholen:

Erstmals in der Berufsgeschichte der Schweizerischen Gesundheits- und Krankenpflege wurden für alle Pflegebereiche dieselben Ausbildungsinhalte in Form von fünf übergeordneten Funktionen formuliert, wurden einheitliche Ziele, dieselbe Abschlussbeurteilung und zu erwerbende Kompetenzen auf der Basis von fünfzehn Schlüsselqualifikationen vorgegeben. Damit begann eine fruchtbare und weitreichende Auseinandersetzung – nicht nur in den Fachschulen, sondern ebenso in der Berufspraxis. Es war gleichsam ein Quantensprung, der sich zu vollziehen begann:

Vor allem die fünf Funktionen, das Insgesamt der Pflegetätigkeit zu systematisieren versuchten und die fünfzehn Schlüsselqualifikationen, mit denen Kompetenzen für zu erbringende Pflegeleistungen formuliert wurden, waren Anlass für landesweite Diskussionen.

In vielen Betrieben wurden diplomierte Pflegenden im Hinblick auf dieses neue Konzept ausgebildet. Es entstand auch ein deutlich erweitertes Verständnis für systematischere Formen des Lehrens und Lernens in der Praxis. Betriebe erstellten Praxiscurricula, liessen ihre Bildungsverantwortlichen in umfassenderen oder kürzeren Bildungsgängen berufspädagogisch und pflegefachinhaltlich weiterbilden, erwirkten neue Stellen oder zumindest Umverteilungen, die dieser neuen Bildungskonzeption Rechnung tragen sollte.

Und: Fachschulen fanden sich erstmals in der Situation, miteinander über dieselben Grundlagen zur Curriculumentwicklung, Abschlussbeurteilung oder mögliche Bildungsinhalte diskutieren zu können.

Noch entwarf zwar jede Schule ihren eigenen Lehrplan. Zumindest waren aber die Basiselemente vergleich- und erkennbar geworden, wenn auch die praktische Umsetzung noch wenig systematisiert worden war.

Zu dieser Systematisierung setzte immerhin der Kanton Zürich insofern einen deutlichen Akzent, als die Ausbildungsziele und Beurteilung in der Praxis vereinheitlicht wurden...

In Kürze seien hier einige der zentralen Elemente dieses Bildungskonzeptes referiert und kommentiert:

(1) Diplomniveau I und II

Die NAB sahen zwei unterschiedliche Berufsniveaus vor, die wie folgt beschrieben wurden (SRK 1992):

Diplomniveau I (Dauer 3 Jahre):

"Die Krankenschwester mit Diplomniveau I gewährleistet die Pflege:

- in Pflegesituationen mit in der Regel voraussehbaren Entwicklungen und kontinuierlichem Verlauf
- in Pflegesituationen, in denen die erworbene Kompetenzen direkt anwendbar und übertragbar sind."

Diplomniveau II (Dauer 4 Jahre):

"Die Krankenschwester mit Diplomniveau II gewährleistet die Pflege:

- in Pflegesituationen mit raschen Veränderungen, die nicht eindeutig voraussehbar und von unterschiedlicher Komplexität sind
- in Pflegesituationen, in denen viele verschiedenartige Einflussfaktoren so aufeinander wirken, dass die Entwicklung neuer Lösungswege erforderlich wird."

Die Unterscheidung war von allem Anfang an ein kaum zu lösendes Problem: Zum einen wurde schnell deutlich, dass diese definierten Kriterien ad absurdum geführt werden konnten. Zum andern gestaltete sich der praktische Einsatz als schwierig, vor allem Fragen zu konkreten und unterscheidenden Aufgaben- und Verantwortungsbereichen.

Und: für eine generalistische Ausbildung fehlte den DII - Schulen Praktikumsplätze im pädiatrischen Bereich. Die DI- Schulen mussten – wie schon zur Zeit der PKP- Ausbildung primär mit Praktikumsplätzen im Langzeitbereich Vorlieb nehmen. Meist vergebens suchten sie nach Möglichkeiten im akut-somatischen Bereich.

(2) Weitere Basiselemente

- Zielvorgaben (statt Wegvorschriften)
- generalistische Ausrichtung der Bildungsgänge, verankert in Form exemplarischer Inhalte und gezielter Schulung von Transferkompetenzen
- Entwicklung der Curricula auf der Basis von Pflegemodellen und pädagogischen Konzepten
- formative und summative Beurteilungsformen
- Selbst- und Fremdbeurteilung
- Abschlussbeurteilung im Hinblick auf vier Elemente: Praxisbericht, praktische Prüfung, mündliche Prüfung und schriftliche Prüfung (Bearbeitung einer oder mehrerer Fallstudien)
- Kohärenz der Bildungsgänge im Hinblick auf:
 - einzelne Teile
 - Ausbildungsrealität
 - praktizierte Ausbildung
 - Führungsstil und Leitideen
 - regionaler / kantonaler Kontext
- Selbstevaluation der Schulen
- vertikale / horizontale Durchlässigkeit von Bildungsgänge (SRK 1992).

(3) Die fünf Pflegefunktionen

Die fünf Pflegefunktionen stellen das Ingesamt der Pflgetätigkeit dar (SRK 1992):

Funktion 1:

Unterstützung und stellvertretende Übernahme von Aktivitäten des täglichen Lebens

Funktion 2:

Begleitung in Krisensituationen und während des Sterbens

Funktion 3:

Mitwirkung bei präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen.

Funktion 4:

Mitwirkung an Aktionen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit. Beteiligung an Eingliederungs- und Wiedereingliederungsprogrammen.

Funktion 5:

Mitwirkung bei der Verbesserung der Qualität und Wirksamkeit der Pflege und bei der Entwicklung des Berufes. Mitarbeit an Forschungsprojekten im Gesundheitswesen.

Während Funktion 1,2,3 und 4 die direkte Pflege betreffen, dient Funktion 5 unter anderem der Reflexion und Evaluation von Pflegeleistungen.

Funktion 3 macht auf den weisungsabhängigen Bereich (Ärzte) aufmerksam – respektive: der grosse Raum an Eigenständigkeit der Pflege wird durch die andern Funktionen mehr als deutlich.

Zudem wurde damit ein Konzept geschaffen, das die bemängelte Transparenz (4.1) auch für die Pflege selbst veränderte. Gleichzeitig ermöglichten sie den Fachschulen wie den Betrieben griffige, einfache Strukturhilfen – für die Gestaltung von Fachgesprächen ebenso wie für die Konzeption von mündlichen, praktischen oder schriftlichen Pflegeprüfungen usw.

Auch Weiterbildungsbedarf konnte damit geltend gemacht werden.

(4) Die fünfzehn Schlüsselqualifikationen

Mit der Formulierung der 15 Schlüsselqualifikationen wurden Kompetenzen der Pflege deutlich gemacht. Es sind folgende (SRK 1992):

1. Pflegesituationen im gesamten und in ihren Elementen wahrzunehmen und zu beurteilen.
2. Ressourcen bei sich und anderen wahrzunehmen, zu erhalten und zu entwickeln.
3. Grenzen zu akzeptieren und geeignete Hilfe zu beanspruchen, bzw. anzubieten.
4. Veränderungen einer Situation zu erkennen sowie mittel- und längerfristige Entwicklungen vorausszusehen.
5. Prioritäten zu setzen, Entscheidungen zu treffen und Initiativen zu ergreifen.
6. Aufgrund von Prinzipien ein breites Repertoire an Methoden und Techniken einzusetzen.
7. Pflegeverrichtungen geschickt und sicher auszuführen.
8. Sich situationsgerecht, verständlich und differenziert auszudrücken.

9. Zum Lernen zu motivieren, Verhaltens- und Einstellungsänderungen aufzuzeigen und zu unterstützen.
10. Die Wirkung des eigenen Handelns zu beurteilen und daraus zu lernen.
11. Ethische Grundhaltungen zu entwickeln und sie in der konkreten Situation zu vertreten.
12. Aus einer Grundhaltung der Wertschätzung heraus mit anderen zusammenzuarbeiten.
13. Im Wechselspiel zwischen Anteilnahme, Engagement und Distanz Beziehungen aufzunehmen, zu erhalten und abzulösen.
14. Konflikte anzugehen, zu lösen oder auszuhalten.
15. Für Veränderungen und Neuerungen offen zu sein.

Diese Schlüsselqualifikationen boten ein weites Feld der Diskussion, Reflexion und Schulung in Fachschulen wie Betrieben:

In vielfältigster Weise wurde sowohl in Pflegeteams, an Schulen und Weiterbildungsveranstaltungen nachgedacht. Pflegewissen wurde damit generiert, vernetzt, strukturiert. Mitarbeiterqualifikationen erhielten andere Konnotationen. Lernende erfassten damit in Fallstudien, schriftlichen Arbeiten, Praktikumszielen usw. den Stand ihrer Kompetenzen. Es wurde mehr als deutlich, dass Pflege eine Tätigkeit im Dienste von und mit Menschen ist, die höchste Ansprüche stellt und damit beste Bildung in Schulen wie Betrieben nötig macht.

Und: sie zeigten per definitionem auch auf, dass viele Kompetenzen nicht als einmal erworben zu betrachten, sondern Teil einer lebenslangen, reflektierten Entwicklung sind.

Parallel dazu setzte ein **Professionalisierungsschub** sondergleichen ein, auf den eingangs schon verwiesen wurde und der hier nur angedeutet werden kann:

Allen voran seien die Pionierinnen nochmals erwähnt, die sich meist in Amerika und England akademisches Pflegefachwissen erworben hatten und es gezielt zur Weiterentwicklung der Schweizer Pflege einsetzten. In der Folge entstanden Pflegeforschungsstellen, pflegefachvertiefende Weiterbildungsgänge, z.B. am WE'G, im Wirtschaftspädagogischen Institut, im Berufsverband und diversen grösseren Spitälern wie dem Universitätsspital Zürich, im Inselspital in Bern oder am Kantonsspital in St. Gallen usw.

Das WE'G begann 1997 in Kooperation mit der Universität Maastricht die Möglichkeit eines Masterabschlusses in Pflege anzubieten; die Universität Basel im Jahr 2000 ein Bachelor- und Masterprogramm in Pflege. Es entstanden vielerorts Netzwerke, z.B. zur Qualitätsentwicklung, Pflegediagnostik usw.

Die Idee des Casemanagements wurde entwickelt und begann, sich zu etablieren. In den Betrieben wurden neue Stellen geschaffen für Pflegeexpert/innen und Bildungsverantwortliche zur Konzeption und Begleitung der Grund- und Weiterbildung. Es entstanden vielerorts betriebsinterne Praxiscurricula.

Das WE'G ermöglichte durch die Organisation und Durchführung internationaler Pflegefachkongresse und Pflegefachdattikkongresse wertvolle Begegnungen, die weit über die Landesgrenzen hinausreichten.

Pflegende begannen in nennenswertem Umfang zu forschen und zu publizieren. Es wurden Pflegestudien gemacht, diskutiert und umgesetzt.

Der Huber-Verlag richtete eine eigene Abteilung für Pflegepublikationen ein. Evidenzbasiertes Fachwissen wurde bedeutsam – kurz: es wurden deutliche Zeichen der Professionalisierung des Berufes gesetzt. Damit, so meine ich, war die Zeit "überreif" für die Etablierung einer Pflegebildung auf Tertiärniveau und ganz besonders auch auf der Ebene Fachhochschulen. Dass dies überhaupt möglich war, war dem Beschluss der GDK von 1999 zu verdanken, von dem in 4.3 die Rede sein wird.

Damit, so ist zu hoffen, ist auch ein Grundstein gelegt, dass sich nicht wiederholt, was 1998 so hoffnungsvoll begonnen hatte und gleich wieder zu Ende war: die erste Fachhochschule Gesundheit musste nach nur zwei Studiengängen ihre Tätigkeit mangels Nachfrage wieder einstellen. Nur: die Teilnehmer/innen konnten damals gar nicht so zahlreich sein, weil die Eintrittsbedingungen noch kaum offiziell erfüllt werden konnten... Noch fehlte z.B. die Möglichkeit, eine Berufsmaturität Gesundheit und Soziales zu absolvieren.

4.3 Der Beschluss der GDK von 1999 und die Folgen

Dieses letzte Kapitel Berufsgeschichte beschränkt sich auf einige wenige Angaben, weil gegenwärtig (2007) viele der im Titel erwähnten Folgen noch nicht ganz geklärt oder nicht hinreichend ausgearbeitet sind. Zudem wird hier mehr auf den Stellenwert dieses Beschlusses hingewiesen.

Zentral ist, dass der Beschluss von 1999 der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und –direktoren (GDK) die Gesundheitsberufe in die Neue Bildungssystematik (NBS) integrierte – was sich auch aus einer späteren Retrospektive als gewichtiger Meilenstein entpuppen dürfte, weil damit der Weg für eine bahnbrechende Reform der Bildungsgänge im Bereich der Pflege geöffnet wurde.

Konkret bedeutete dieser Beschluss, dass die Pflegeberufe nun dem Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) und nicht mehr dem SRK unterstehen und damit das Berufsbildungsgesetz (BBG) und nicht mehr SRK - Reglementierungen massgebend sind.

Um einige der **zentralen Gründe** der Bedeutung und Notwendigkeit dieser Integration zu nennen:

Die Pflegeberufe kannten bisher ein vom Bildungssystem (Bund) getrenntes, historisch gewachsenes Aus- und Weiterbildungssystem, das weder nationale noch internationale Vergleichbarkeit zugelassen hatte.

Zudem stand das "pflegerische Bildungssystem" insofern quer in der übrigen "Berufsbildungslandschaft", als hier ein **Diplomberuf** als **berufliche Grundbildung** konzipiert worden war, während andere Grundbildungen mit einem eidgenössischen Fähigkeitszeugnis abschliessen. Dieser Abschluss erfolgt in der Regel im 18. oder 19. Altersjahr... während die Pflegeausbildung das **Eintrittsalter 18** vorgesehen hatte.

Für eine nationale wie internationale Vergleichbarkeit fehlte vielen Pflegen zudem eine **abgeschlossene Sekundarstufe II**, die auf schulischem Weg durch einen Maturitäts- Diplommittelschul- oder Berufsmaturitätsabschluss oder auf berufspraktischer Ebene mit einem Eidgenössischen Fähigkeitszeugnis (EFZ) erworben werden kann.

Neu konzipiert wurden deshalb folgende Bildungsgänge:

- ein Bildungsgang (FaGe) auf der Sekundarstufe II von drei Jahren mit dem Abschluss eines EFZ.
- Berufsmaturitätsschulen Gesundheit und Soziales (entweder integriert in die dreijährige Grundbildung oder als Vollzeitstudiengang von einem Jahr).
- Überführung der Bildungsgänge mit Diplomniveau auf die Tertiärstufe in die Höhere Fachschule mit einem Diplom diplomierte Pflegefachfrau HF, diplomierter Pflegefachmann HF nach drei Jahren.
- Konzipierung von Bildungsgängen Pflege auf Niveau Fachhochschule mit Abschluss "Bachelor" und einer Berufsbefähigung zur diplomierten Pflegefachfrau, zum diplomierten Pflegefachmann FH nach drei Jahren.
Bewilligt wurden die Studiengänge an vier Standorten: in St. Gallen, Winterthur, Bern und der Westschweiz.

4.4 Die Fachhochschule öffnet ihre Tore

Als eigentlich "historischen Moment" in der Geschichte der Schweizer Bildungsgänge Pflege soll hier abschliessend auf den Start des ersten Studienganges an der Zürcher Hochschule Winterthur (ZHW) verwiesen werden:

Unter dem Titel "Die Bedeutung der Akademisierung von Gesundheitsberufen" fand am 8. September 2006 das Eröffnungssymposium für die drei neu konzipierten Fachhochschul – Studiengänge des Gesundheitsbereichs statt - der erste, offizielle und feierlich begangene Start in eine neue Ära beruflicher Bildung für die Ergotherapie, Pflege und Physiotherapie, ab 2008 zudem für Hebammen. Dabei wurde deutlich, dass es eben nicht, wie vielfach angenommen, um eine Akademisierung per se geht oder um primär theorielastige Bildungsgänge, denen der Bezug zur Praxis fehlt. Im Gegenteil: ein Fachhochschulstudiengang überhaupt und eines an der ZHW im Departement Gesundheit im speziellen, sucht über die Wege angewandter Forschung und Lehre weit möglichst den konkreten Bezug zu Fragen und Problemstellungen der Praxis. Zentral wird dabei unter anderem Evidenz basiertes Wissen.

Dabei muss auch betont werden, dass der künftige Bachelor of Science ZFH in Pflege, wie der Titel der Studierenden des Studienganges Pflege lauten wird, nur zu erwerben ist über viele – hier modular aufgebaute – theoriepraktische Inhalte, wie die Bildungsgänge der Pflege sie seit langem kennen. Dazu kommen 42 Wochen Praktika. Maturand/innen oder Personen mit einem berufsfremden Fähigkeitszeugnis absolvieren bis zur Berufsbefähigung noch zusätzlich 1 Jahr Praktikum. Alles beim Alten, also? Nein, natürlich nicht!

Nicht beim Alten sind etwa die generalistische Ausrichtung des Studienganges mit Möglichkeiten der selektiven Vertiefung im praktischen Teil, auf wissenschaftlichen Grundlagen neu konzipierte oder vernetzte Inhalte (Bsp. Clinical Assessment, Public Health, Chronic Condition, Symptommanagement, Transkulturelle Pflege, Leadership usw.), die konsequente Ausrichtung an angewandter Forschung und Evidenz basierendem Wissen usw., der Erwerb von ECTS-Punkten und die Möglichkeit, mit einem EU – Titel in ein Masterprogramm einzusteigen, im Ausland tätig zu sein oder gar schon während des Studiums semesterweise den Studienplatz zu verlegen (Studentenaustausch im In- und Ausland).

Und gar nicht beim Alten ist die Kooperation und bewusst gestaltete Interdisziplinarität der drei Studiengänge Ergotherapie, Pflege und Physiotherapie an der ZHW:

So startete das Studium am 18. Sept. 2006 mit insgesamt ca. 220 Studierenden. Den Auftakt bildete ein zweiwöchiges, interdisziplinäres und "interdisziplinär durchmisches" Modul mit dem Titel "Der Mensch im System" und "Der Mensch als System". Weitere gemeinsame Module werden sein: Englisch, Kommunikation, wissenschaftliches Arbeiten, Krise, Coping, Rehabilitation, Gesundheitsvorsorge und Prävention, Gesundheitsökonomie u. a. mehr. Damit sind erste Schritte zu einer schon lange unabdingbaren und in Zukunft wohl noch wichtigeren Interdisziplinarität gelegt.

Arbeit – Beruf – Profession: So der Titel dieser Skizze, die mit einem letzten Gedanken abschliessen soll:

Wenn eine Profession wie die Pflege auf ihrem langen Weg zu Eigenständigkeit gefunden hat und sich dabei auf dem Weg zu dieser Professionalisierung ganz bewusst, dezidiert und notwendigerweise in Abgrenzung befinden musste, so sind meines Erachtens heute die zentralen weiteren Schritte dieses Prozesses auch in der Suche nach Gemeinsamkeiten mit andern Gesundheitsberufen zu sehen.

LITERATUR

- ACKERKNECHT, E.H. (1967²). Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart: Enke.
- ALTER, Dr. (1932). Emanzipation der Krankenpflege. In: Deutsche Krankenpflege. 30.Jg., Nr. 12, S. 89-91.
- ANSPRACHEN BEI DER GEDÄCHTNISFEIER VON DR MED. ANNA HEER (20. Januar 1919). Zürich: Coradi – Maag.
- BENDER, PH. (1991). Entstehung und Inhalt der Vereinbarung vom 20. Mai 1976. In: VALSANGIACOMO, E. (Hg.) a.a.O., S. 377-396.
- BERGIER, L. (1991). Die Richtlinien von der ersten zur zweiten Ausgabe (1925 - 1944). In: VALSANGIACOMO, E. (Hg.) a.a.O., S.177-192.
- BRAUNSCHWEIG, S. (Hg.) (2006). Pflege – Räume. Macht und Alltag. Beitrag zur Geschichte der Pflege. Zürich: Chronos.
- BUNDESKANZLEI (Hg.)(2004): 412.10 Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Berufsbildung (Berufsbildungsgesetz). Bern.
- BUNDESKANZLEI (Hg.) (2004): 412.101 Verordnung vom 19.November 2003 über die Berufsbildung (Berufsbildungsverordnung). Bern.
- BISCHOF – KÖHLER, D. (1990). Frau und Karriere in psychobiologischer Sicht. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie. Nr. 34, S.17-28.
- BISCHOFF, C. (1984). Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. Und 20. Jahrhundert. Frankfurt a. Main: Campus.
- BISCHOF, C. (4/87). Von der "weiblichen Liebestätigkeit" zur "ganzheitlichen Pflege" – ist das ein Fortschritt? In: Soziale Medizin, S. 4-12.
- BISCHOFF, C. (1/91). Der Weg zum Lehrerberuf in der Pflege. Ein geschichtlicher Rückblick. In: PflegePädagogik, S. 6-15.
- BLOSSER, U. / GERSTER, F. (1985). Töchter der guten Gesellschaft. Frauenrolle und Mädchenerziehung im schweizerischen Grossbürgertum um 1900. Zürich: Chronos
- BLUNCK, H. (o.Jahresang.). Agnes Karll. Ihr Leben und Wirken. Ich dien'. Hannover: Madsack.
- BOURCART, N. (1991). Die Kaderschule für die Krankenpflege des Schweizerischen Roten Kreuzes. In: VALSANGIACOMO, E. (Hg.). a.a.O., S.295-361.
- BROWN, P. (1988). Florence Nightingale. The tough British campaigner who was the founder of modern nursing. Watford: Exley.
- BÜCHEL, H. (1964). Wo steht die Schweizerische Berufskrankenpflege? Drei Vorträge über Ausbildung und Förderung auf dem Gebiet der Krankenpflege. In: Das Schweizerische Rote Kreuz. Separatdruck. Bern, S. 5-22.
- BUND SCHWEIZERISCHER FRAUENVEREINE (1915). Die Arbeitsverhältnisse der Krankenpflegerinnen in der Schweiz. Ergebnisse einer vom Bund Schweizerischer Frauenvereine im Jahre 1913 veranstalteten Enquête. Zürich: Leemann.
- BÜSSING, A. (2/1990). Stress und Stressbewältigung in der Krankenpflege. In: Pflege. Bd. 3., S.105-118.
- CHRIST, F. (1979²). Henry Dunant. Leben und Glauben des Rotkreuzgründers. Freiburg: Imba und Wittig
- DÄTWYLER, B. / LÄDRACH, U. (1987). Professionalisierung in der Krankenpflege. Zur Entwicklung der Berufskrankenpflege in der Schweiz. Basel: Recom.

- DÄTWYLER, B. (1/1989). Zur Entstehung der freien Berufskrankenpflege in der Schweiz. In: SWISS MED 11, S.14-23.
- DÄTWYLER, B. (1/1990). Die veränderte Sicht in der Krankenpflege oder ethisch-politische Überlegungen im Hinblick auf das 21. Jahrhundert. In: Pflege. Bd. 3, S.47-53.
- DÄTWYLER, B. (1991). Die Rot-Kreuz-Pflegerinnenschule "Lindenhof" in den ersten Jahren. In: VALSANGIACOMO, E. (Hg.). a.a.O., S. 93-125.
- DRERUP, E. / WODRASCHKE G. (Hg.) (1990). Elisabeth Drerup. Modelle der Krankenpflege. Materialien zur Krankenpflegeausbildung. Band 1. Freiburg i. B.: Lambertus.
- DUDEN (2002³) Bd. 10. Das Bedeutungswörterbuch. Mannheim: Duden.
- VON DÜLMEN, A. (Hg.) (1990³). Frauen. Ein historisches Lesebuch. Beck.
- DUNANT, A. (1988). Eine Erinnerung an Solferino. Bern: Kümmerly und Frey AG
- EHRENREICH, B. / ENGLISH, D. (1987¹³). Hexen, Hebammen und Krankenschwestern. München: Frauenoffensive.
- EICHENBERGER, E. (1991). Das Schweizerische Rote Kreuz und die Berufsorganisation der Krankenschwestern und Krankenpfleger: ihre Zusammenarbeit in der Ausbildung. In: VALSANGIACOMO, E. (Hg.).a.a.O., S. 397-423.
- ERNST, C. (3/1982). Psychiatriereform. Blick auf Bestrebungen in Italien und andern Ländern. In: Krankenpflege, S. 55-59.
- ERNST, C. (4/1982). Antipsychiatrie und Psychiatriereform. In: Schweizerische Monatshefte 63, S. 305-319.
- FRITSCHI, A. (1990). Schwesterntum. Zur Sozialgeschichte der weiblichen Berufskrankenpflege in der Schweiz 1850 - 1930. Zürich: Chronos.
- GESCHICHTE DES INSTITUTES DER BARMHERZIGEN SCHWESTERN VOM HEILIGEN KREUZE IN INGENBOHL, KT. SCHWYZ, (SCHWEIZ) VON DESSEN GRÜNDUNG AN BIS ZUM JAHRE 1888 (1988). Ingenbohl: Paradies.
- GIACOBINO, H. / MOSER, J. / WOLF, R. (1988). Personalmangel in den Pflege- und paramedizinischen Berufen. Aktueller Stand und Perspektiven. SKI. Bd 38.
- HARTMANN, H.: Arbeit, Beruf, Profession. In: LUCKMANN, Th. / SPRONDEL, W.M. (Hg.) (1972). Berufssoziologie. Köln: Kiepenheuer & Witsch, S. 36-52.
- HASLER, B. (12. Februar 1991). Der Lohn hat ein Geschlecht. In: Tages - Anzeiger.
- 100 JAHRE DIAKONISSENHAUS BETHANIEN. 75 JAHRE BETHANIEN-SPITAL. 75 JAHRE SCHULE FÜR ALLGEMEINE KRANKENPFLEGE (1987). Zürich: CvB.
- HARTMANN, H. (1972). Arbeit, Beruf, Profession. In: LUCKMANN, TH. / SPONDEL, W.M. (Hg.)(1972): Berufssoziologie. Köln: Kiepenheuer & Witsch, S. 36-52.
- HUBLER, R. (2 / 1995). Wann ist ein Beruf ein Beruf? In: SRK – Journal, S.4-9.
- HÜSSY, P. (1943). Das Krankenhaus und seine Funktionäre. Bern: Huber 1943.
- INSTITUT DER BARMHERZIGEN SCHWESTERN VOM HEILIGEN KREUZ (1988). Mutter M. Theresia Scherer im Heute. Ingenbohl - Brunnen: Theodosius.
- INTERNATIONALES KOMITEE VOM ROTEN KREUZ (1975). Die Krankenschwester und die Genfer Abkommen von 1949.
- JORIS, E. / WITZIG, H. (Hg.) (1987²). Frauengeschichte(n). Dokumente aus zwei Jahrhunderten zur Situation der Frauen in der Schweiz. Zürich: Limmat.
- JORIS, E. / WITZIG, H. (1987²). Der weibliche Geschlechtscharakter. In: JORIS, E. / WITZIG, H. (Hg.).a.a.O., S.17-41.
- ISCHER, C. (1940): 40 Jahre Rot - Kreuz - Anstalten für Krankenpflege. JORIS, E. / WITZIG, H. (Hg.).a.a.O., S.17-41.

- JUCKER - WANNIER, E. (8/1980). Zum Jubiläumsjahr der Ingebohler Schwestern. Ein Rückblick auf Festfeiern und Ausstellung an der Schule für allgemeine gemeine Krankenpflege des Institutes Ingebohl am St. Clara - Spital Basel. In: Krankenpflege., S. 406-407.
- KANTONSSPITAL AARAU (1987). 100 Jahre Kantonsspital Aarau. 1887 - 1987. Aarau: Aargauer Tagblatt.
- KARLL, A. (1913). Aus dem Frauenberufsleben. Die Krankenpflege und ihre Reform. In: Jahrbuch der Frauenbewegung II. (Sonderdruck). Leipzig: Teubner, S. 113-121.
- KOMMISSION ZUR REORGANISATION DES SVDK-SEKRETARIATES (1960). Schlussrapport an den Zentralvorstand des Schweizerischen Verbandes diplomierter Verbandes Krankenschwestern und Krankenpfleger
- KÖPPERL, CH. / SOMMERAUER, R. (Hg.) (1984). Frau - Realität und Utopie. Zürich: Fachvereine.
- LANG, R.: Eine Pflegerinnenschule - im Lichte der Zahlen. In: Gesundheit und Wohlfahrt (5/1955). (Sonderabdruck). Zürich: Orell Füssli, S. 197-219.
- LANG, R. (1991). Der Bundesbeschluss von 1903 und seine Auswirkungen. In: VALSANGIACOMO, E. (Hg.). a.a.O., S.127-144.
- LERCH, F. (12. Oktober 1990). Die Konstruktion der "Krankenschwester". In: WoZ Nr.41.
- LICHTENSTEIN, H. (1988). Angepasst und treu ergeben. Das Rote Kreuz im "Dritten Reich". Köln: Bund.
- LICHTENTHALER, CH. (1987). Geschichte der Medizin. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- LUDWIG, I. / WE'G Aarau (Hg.)(2006). Studieren geht über probieren. Pflegewissenschaft und Pflegeentwicklung in der Schweiz. Jubiläumsschrift des Master in Nursing Science WE'G Aarau, CH Universität Maastricht. hps media.
- OLBRICH, CH. (1/1990). Die Anfänge der Krankenpflegeausbildung, dargestellt an der Krankenwatschule Franz Anton Mais und den ersten Lehrbüchern des 16. bis 19. Jahrhunderts. In: Pflege. Band 3., S. 37-46.
- REFERATE UND STAATLICHE PRÜFUNG (o.Jahresang.). Referate vom Kölner Kongress des "Weltbundes der Krankenpflegerinnen". 5. August 1912. Berlin: Deutscher Verlag.
- OTHENIN - GIRARD, M. / GOSSENREITER, A. / TRAUTWEILER, S. (Hg) (1991). Frauen und Öffentlichkeit. Beiträge der 6. Schweizer Historikerinnentagung. Zürich: Chronos.
- PROBST, L. (7/8 1935). Bericht über die 25-jährige Tätigkeit des Schweizerischen Krankenpflegebundes. Separatdruck. Blätter für die Krankenpflege. Solothurn.
- ROTKREUZ-FORTBILDUNGSSCHULE FÜR KRANKENSCHWESTERN (1960). 10 Jahre Rotkreuz - Fortbildungsschule für Krankenschwestern 1950 - 1960. Jubiläumsbericht. Zollikerberg.
- VON ROTEN, I. (1991). Frauen im Laufgitter. Offene Worte zur Stellung der Frau. Zürich: eFeF.
- SAHLI, H. R. (1987). ...o quae mutatio rerum! In: Schweizerische Ärztezeitung. Band 68. Heft 35, S. 1543-1544.
- SEIDLER, E.: Berufskunde I (1980⁵). Geschichte der Pflege des kranken Menschen. Stuttgart: Kohlhammer.

- SIEGEL, M.R. (1989). Florence Nightingale. In: Frauenkarrieren zwischen Tradition und Innovation. Führungsfragen der Geschichte. Poeschel, S. 220-226.
- SCHIPPERGES, H. (Hg.) (1990). Geschichte der Medizin in Schlaglichtern. Menschen. Stuttgart: Kohlhammer.
- SCHWEIZERISCHES ROTES KREUZ (5. April 1956). Eingabe betreffend eine Bundeshilfe zur Förderung der Ausbildung in der Berufskrankspflege. Bern.
- SCHWEIZERISCHES ROTES KREUZ (1957). Die Krankenschwester. Möglichkeiten und und Schönheiten des Berufes. Bern 1957.
- SCHWEIZERISCHES ROTES KREUZ (23. April 1958). Eingabe um Bundes-subventionen im Hinblick auf den Schwesternmangel. Bern.
- SCHWEIZERISCHES ROTES KREUZ (1965). Umfrage bei Krankenpflege-schülerinnen, die am Ende der Ausbildung stehen, zum Thema des Eintrittsalters in die Krankenpflegeschulen. Bern.
- SCHWEIZERISCHES ROTES KREUZ (1992). Bestimmungen für die Diplomaus-bildungen in Gesundheits- und Krankenpflege an den vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Schulen. Bern.
- SCHWEIZERISCHES ROTES KREUZ (2002): Fachangestellte Gesundheit / Fachangestellter Gesundheit. Bildungsverordnung 1. Juli. Bern.
- SCHWEIZERISCHES ROTES KREUZ (2002): Fachangestellte Gesundheit / Fachangestellter Gesundheit. Bildungsplan. 31. Oktober. Bern.
- SCHWEIZERISCHES ROTES KREUZ (2002): Bestimmungen für die Ausbildung zur diplomierten Pflegefachfrau / zum diplomierten Pflegefachmann. Bern.
- SCHWEIZERISCHES ROTES KREUZ (2003): Fachangestellte Gesundheit / Fachangestellter Gesundheit. Bildungsverordnung. Änderungen vom 1. Juli 2003. Genehmigt am 3. Juli 2003. Bern.
- SCHWEIZERISCHE SANITÄTSDIREKTOREN-KONFERENZ (8.Sep.1947). Inter-kantonale Übereinkunft über das Pflegepersonal. Baden.
- SCHWEIZERISCHE SANITÄTSDIREKTOREN-KONFERENZ (31.August 1949). Reglement zur Interkantonalen Übereinkunft über das Krankenpflegepersonals.
- SCHWEIZERISCHE ZEITSCHRIFT FÜR GEMEINNÜTZIGKEIT (1902): Die Schweizerische Pflegerinnenschule mit Frauenspital in Zürich. Drittes Heft, S. 223-233.
- STADLER, TH. W. (1990). Theodosius Florentini. In: JAECKLE, E. / STÄUBLE, E. (Hg.): Grosse Schweizer und Schweizerinnen. Erbe als Auftrag. Stäfa: Gut, S. 307-314.
- STEINACHER, E. (1957). Ingenbohl 1856 - 1956. Ingenbohl: Theodosius.
- STEPPE, H. (5/1990). Das Selbstverständnis der Krankenpflege. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift. 43. Jg.
- STEINEBRUNNER, W. F. (1971). Spitalarchitektur und Medizin im Zürich des 19. Jahrhunderts. Die Planung des alten Kantonsspitals (1842) und des Burghölzli (1870), ihre Vorbilder und medizinischen Experten. Zürich: Berichthaus.
- STICKER, A. (1989). Theodor und Friederike Fliedner. Wupperthal: Brockhaus.
- STIEFKINDER DER SOZIALPOLITIK (1910). Bilder aus dem Berufsleben der Krankenpflegerinnen. München: Reinhardt.
- VALSANGIACOMO, E. (Hg.) (1991). Zum Wohle der Kranken. Das Schweizerische Rote Kreuz und die Geschichte der Krankenpflege. Basel: Schwabe.
- VALSANGIACOMO, E. (1991). Die Entstehung der Sektionen und die Spitalkurse. In: VALSANGIACOMO, E. (Hg.). a.a.O., S.55-64.

- VALSANGIACOMO, E. (1991). Walter Sahli und die Gründung des Lindenhofes.
In: VALSANGIACOMO, E. (Hg.). a.a.O., S. 65-91.
- VALSANGIACOMO, E. (1991). Die Entstehungsgeschichte der ersten Richtlinien
von 1925. In: VALSANGIACOMO, E. (Hg.). a.a.O., S. 163-175.
- VALSANGIACOMO, E. (1991). Die Ausbildung in allgemeiner Krankenpflege.
In: VALSANGIACOMO, E. (Hg.). a.a.O., S.193-214.
- VISCHER, N. (10. Februar 1973). Grundsätze für die zukünftige Ausbildung in den
Pflegerberufen ("Sigriswiler - Modell"). (Referat). Bern
- WITZIG, H.: Die Frau in der Familie. In: JORIS, E. / WITZIG, H. (Hg.). (1987²).
a.a.O., S. 43-165.
- WITZIG, H. / JORIS, E. (1987²). Frau und Erwerbstätigkeit. In: JORIS, E. /
WITZIG, H. (Hg.). a.a.O., S.167-273.

ABKÜRZUNGEN

AKP	Allgemeine Krankenpflege
BBG	Berufsbildungsgesetz
BBT	Bundesamt für Berufsbildung und Technologie
BBV	Berufsbildungsverordnung
BfK	Blätter für Krankenpflege
BSF	Bund Schweizerischer Frauenvereine
EFZ	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis
FA	Fachausschuss
FaGe	Fachangestellte Gesundheit (Bildungsgang Sekundarstufe II)
FH	Fachhochschule
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HF	Höhere Fachschule
KfB	Kommission für Berufsbildung
KfK	Kommission für Krankenpflege
KWS	Kinderkrankenpflege-, Wöchnerinnen- und Säuglingspflege
nBBG	Neues Berufsbildungsgesetz
NBS	Neue Bildungssystematik
PKP	Praktische Krankenpflege
Prot.	Protokolle
PSY	Psychiatrische Krankenpflege
SBK	Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger
SDK	Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz
SGFV	Schweizerischer Gemeinnütziger Frauenverein
SKB	Schweizerischer Krankenpflegebund
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
SVDK	Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger
VESKA	Verband Schweizerischer Krankenanstalten
ZK	Zentralkomitee (des SRK)