

Die historische Entwicklung der Gesundheits- und Krankenpflege

Vom Hilfsdienst zum professionellen Gesundheitsberuf

Fachbereichsarbeit

zur Erlangung des Diploms
im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege in Oberwart

Beurteiler

Mag. Dr. Gertrude Allmer, DGKS, Pflegerechtsexpertin

Vorgelegt von



Pöll Elisabeth

Erstellt in
Pinkafeld, im März 2003

EIDESSTAATLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer, als der genannten Literatur, angefertigt habe. Alle aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Außerdem habe ich die Reinschrift der Arbeit einer Korrektur unterzogen. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Pinkafeld, im März 2003

(PÖLL Elisabeth)

Inhaltsverzeichnis

1. <u>Die Historie der Krankenpflege am Beispiel von Florence Nightingale</u>	8
1.1. <i>Das Leben von Florence Nightingale</i>	8
1.2. <i>Wesentliche Leistungen</i>	9
2. <u>Historischer Überblick der Krankenpflege während der nationalsozialistischen Zeit</u>	11
2.1. <i>Krankenpflegeausbildung im dritten Reich</i>	11
2.1.1. Einflussnahmen durch Gesetze und Verordnungen	12
2.1.2. Abstammungsnachweiß	12
2.1.3. Politische Zuverlässigkeit	13
2.1.4. Hauswirtschaftliches Praktikum	14
2.1.5. Krankenpflegesschulen	14
2.1.6. Die Schulleitung	15
2.1.7. Die Lehrgangsdauer	15
2.2. <i>Pflege im zweiten Weltkrieg</i>	16
2.2.1. Das Pflegepersonal	17
2.2.2. Die Ausbildung	18
2.2.3. Einsatz im Krieg	18
2.3. <i>Jüdische Krankenpflege</i>	20
2.3.1. Anwerbung zur jüdischen Krankenpflege	20
2.3.2. Aufnahmebestimmungen der Schülerinnen	20
2.3.3. Der erste Weltkrieg	21

2.3.4.	Das Ende der jüdischen Krankenpflege nach der Vereinsauflösung	22
2.4.	<i>Teilnahme und Aufgaben des Pflegepersonals an der Vernichtung von Leben</i>	23
2.4.1.	Ideologische Grundlagen	23
2.4.2.	Chronologie der Vernichtung	24
2.4.3.	Auswahl des Personals	25
3.	<u>Internationale Fachverbände und Organisationen</u>	27
3.1.	<i>Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger – International Council of Nurses (ICN)</i>	27
3.1.1.	Zweck und Aufgaben	27
3.2.	<i>Weltgesundheitsorganisation – WHO (World Health Organization)</i>	28
3.2.1.	Arbeitsgebiete der WHO	29
3.3.	<i>Österreichischer Gewerkschaftsbund (ÖGB) – Fachgruppenvereinigung für Gesundheitsberufe (FGV)</i>	29
3.3.1.	Entstehungsgeschichte	29
3.3.2.	Die Gewerkschaftsmitglieder	30
3.3.3.	Die Aufgaben des ÖGB	30
3.3.4.	Die Organisation	31
3.4.	<i>Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV)</i>	31
3.4.1.	Die Aufgaben des ÖGKV	32
3.4.2.	Ziele des ÖGKV	32
4.	<u>Akademisierung der Pflege in Österreich</u>	32

4.1.	<i>Erste Initiativen des Berufsverbandes</i>	32
4.2.	<i>Erste Schritte in Richtung Akademisierung in der beruflichen Erstausbildung</i>	33
4.3.	<i>Entwürfe von Projekten für eine Studieneinrichtung Pflegewissenschaft</i>	34
4.4.	<i>Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft der Universität Wien (lt. § 17 Universitätsstudien-gesetz, Entwurf 1999)</i>	34
	4.4.1. Studienplan	34
	4.4.2. Prüfungsordnung	34
	4.4.2.1. Erste Diplomprüfung	34
	4.4.2.2. Zweite Diplomprüfung	35
5.	<u>Status Quo der Gesundheits- und Krankenpflege</u>	36
5.1.	<i>Historischer Überblick über die Entstehung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes</i>	36
5.2.	<i>Übersicht über die wesentlichen Inhalte des Gesetzes – Aufbau des Gesetzes</i>	37
5.3.	<i>Das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege</i>	38
5.4.	<i>Der eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich</i>	38
5.5.	<i>Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich</i>	39
5.6.	<i>Der interdisziplinärer Tätigkeitsbereich</i>	41
5.7.	<i>Die Sonderausbildungspflicht für Spezial-, Lehr- und Führungsaufgaben</i>	41
5.8.	<i>Erweiterter und spezieller Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege</i>	42
5.9.	<i>Die Ausbildung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege</i>	43

5.9.1. Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege	43
5.9.2. Aufnahmebedingungen für die Gesundheits- und Krankenpflegesschulen	44
5.9.3. Die Ausbildungsziele	44
5.9.4. Die Ausbildungsverordnung	45
5.9.5. Die Diplomprüfung	45
5.10. <i>Pflegeforschung</i>	46
5.10.1. Definition Pflegeforschung – 1983	46
5.10.2. Historischer Exkurs	47
5.11. <i>Pflege und Medizin – Emanzipation und Kooperation</i>	48
5.11.1. Zukunftsperspektiven	49
6. <u>Krankenpflege „quo vadis“- Ausblicke in die Zukunft</u>	49
6.1. <i>Überlegung zur Problemstellung des Mangels des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege</i>	49
6.2. <i>Das Bildungskonzept für die Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenwesen</i>	51
6.2.1. Erste Stufe	51
6.2.2. Zweite Stufe	51
6.2.3. Dritte Stufe	52
6.3. <i>Zukünftige Schwerpunkte in der Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege</i>	54
7. <u>Anhang</u>	56

Vorwort

Um das Diplom der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege zu erhalten, ist es unumgänglich eine wissenschaftlich fundierte Diplomarbeit zu erstellen und einzureichen, um die bisher erforderte Ausbildung und geleisteten Praktika zu vervollständigen und abzurufen.

Die Wahl einer geeigneten Thematik erwies sich als außerordentlich schwierig, jedoch stand eines für mich von Anfang an fest: Diese Diplomarbeit würde einen weiteren Schritt zur Erreichung meines Zieles bedeuten, sozusagen ein Meilenstein auf meinem weiteren Lebensweg und bestimmend für die Zukunft sein.

In meinen Gedanken über Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft sowie möglichen Diplomarbeitsthemen, kam ich zu folgendem Schluss: Wenn nun Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft mein Leben bestimmen beziehungsweise definieren, muss dies doch auch für meinen zukünftigen Beruf zutreffen.

Es lag also nichts näher als ein Themengebiet zu wählen, welches den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege näher erläutert und ein Grundwissen über den historischen Verlauf dieses umfassenden Bereiches gibt.

Somit fiel meine Wahl auf das Thema: „Die historische Entwicklung der Gesundheits- und Krankenpflege – Vom Hilfsdienst zum professionellen Gesundheitsberuf“.

Die Emanzipation der Pflege aus einer Hilfsdienstkultur in einen professionellen Gesundheitsberuf ist wohl die größte Herausforderung, welche die historische Entwicklung des Pflegeberufes aktuell prägt.

1. Die Historie der Krankenpflege am Beispiel von Florence Nightingale

1.1. Das Leben von Florence Nightingale



Florence Nightingale (siehe Abb.1), 1820 in Florenz geboren und Tochter wohlhabender englischer Großgrundbesitzer, wurde eine ungewöhnlich hohe Bildung zuteil. In ihrer Kindheit und Jugend wurde sie von ihrem weitgereisten und gebildeten Vater in verschiedenen Sprachen und allgemeinbildenden Fächern unterrichtet. Ihre Mutter setzte alles daran, sie zu einer guten Ehefrau zu erziehen, wie man sie sich in gehobenen Kreisen vorstellte. Die junge Florence interessierte sich zum Leidwesen ihrer Eltern jedoch für vieles andere, nur nicht für die Ehe.

Ihre (Abb.1: Nightingale, Florence)

Kenntnisse in Sprachen, Philosophie und Mathematik entsprachen den Anforderungen einer Hochschule der damaligen Zeit. Dieses Bildungsniveau war Anfang des 19. Jahrhunderts für ein Mädchen noch sehr ungewöhnlich. Es standen ihr aufgrund dieser Bildung alle Wege in die „große Welt“ offen.

Von Jugend an, zeigte Sie ein großes Interesse an allem, was in Zusammenhang mit Krankenpflege, Krankenhauswesen, Gesundheitsfürsorge und sozialen Fragen stand. Je älter sie wurde, umso mehr widmete sie ihr Leben den sozialen Bedürfnissen, besuchte einschlägige Institutionen und verzichtete auf alle Vorteile, die sie durch ihre Familie und den Wohlstand, in dem sie aufgewachsen war, gehabt hätte. (vgl. Katscher, L.: Geschichte der Krankenpflege, 82 f.)

Während einer langen Bildungsreise durch Frankreich und Italien sammelte sie Informationen und Eindrücke über Krankenhäuser und soziale Einrichtungen in diesen Ländern. Bei einem Besuch in Kaiserwerth (1851), hatte sie die Möglichkeit, noch tiefere Einblicke in die Organisation dieser sozialen Gefüge zu gewinnen und die Krankenpflege zu erlernen. Mit ihren neu erworbenen Kenntnissen übernahm sie 1853 die pflegerische Leitung in einem Krankenhaus, das nur Damen der Gesellschaft aufnahm, eine Tätigkeit, die von ihren Eltern akzeptiert wurde. (vgl. Strobl, M. – T.; Rettig, A.: Geschichte der Krankenpflege, 33)

1.2. Wesentliche Leistungen

1854 brach auf der Halbinsel Krim ein Krieg aus, in dem Russland gegen die Türkei kämpfte. Auf der Seite der Türken kämpften Engländer, Franzosen und Sardinier. Die englischen Zeitungen waren voll mit Berichten über den Kriegsschauplatz, die verheerenden sanitären Zustände in den Feldspitälern und die elende Versorgung der englischen Verwundeten. Diese Berichte ließen im besonderen Maße die englische Bevölkerung aufhorchen. Besonders erschüttert war das englische Volk über einen Bericht, aus dem hervorging, dass viele Soldaten aus Mangel an richtiger Betreuung zugrunde gehen mussten. Zu diesem Zeitpunkt schlug die große Stunde der Florence Nightingale. Sie bot am 14.10.1854 dem Kriegsminister ihre Hilfe an, ungeachtet dessen, dass bis dahin in der englischen Armee kein weibliches Pflegepersonal zugelassen war.

Sie erhielt die Bewilligung und bereits 3 Wochen später, am 4.11.1854, landete sie mit einer Gruppe von 40 Schwestern in Skutari. Die sanitären Zustände waren unannehmbar, da allein in drei Spitälern 2.500 Verwundete und Kranke lagen, somit restlos überbelegt waren und täglich mehr Soldaten von der Front eingeliefert wurden.

Die übermüdeten Ärzte sahen in den Schwestern nur eine zusätzliche Belastung und lehnten sie zuerst ab. Es wurde ihnen sogar verboten die Krankenzimmer zu betreten. Erst nach einer ungeheuren Ansammlung unversorgter Verwundeter nahmen die Ärzte die Hilfe der Schwestern an, wobei sich das Organisationstalent, welches Florence Nightingale zur Genüge besaß, zeigte. In einen Zeitraum von nur 10 Tagen errichtete sie eine Diätküche und brachte die Wäscherei wieder in Betrieb; innerhalb kürzester Zeit waren die Verwundeten von Ungeziefer befreit und mit frischer Wäsche versorgt.

Um die zusätzliche Aufgabe, neue Pflegerinnen einschulen zu müssen, zu vermeiden, verfasste Florence die „Regeln für die Armeeschwestern“. Das weibliche Pflegepersonal war zu Beginn des Schwesterneinsatzes den Militärärzten unterstellt, jedoch wurde ihr, innerhalb kürzester Zeit, die gesamte Verantwortung übertragen. 1855 hatte sie bereits alle Feldspitäler auf der Halbinsel Krim zu leiten und zu koordinieren. Trotz Erkrankung, und gegen den Rat der Ärzte, setzte sie sich Tag und Nacht ein. Dementsprechend groß war die Verehrung der Soldaten. (vgl. Strobl, M. – T.; Rettig, A.: Geschichte der Krankenpflege, 33 ff.)

Folgender Satz aus einem Brief eines verwundeten Soldaten an seine Familie in England ist beispielhaft für diese großartige Frau:

„Wenn „the Lady with the Lamp“ in der Nacht durch die Krankensäle geht, dann drehen wir uns zur Wand und küssen die Mauerstelle, auf die ihr Schatten fiel“ (Strobl, M. – T.; Rettig, A.: Geschichte der Krankenpflege, 35)

Florence kehrte erst nach England zurück, nachdem der letzte Verwundete 1856 Skutari verlassen hatte. Die britische Nation schuf als Beweis für die Anerkennung ihrer Verdienste die Nightingale-Stiftung,

über die sie frei verfügen konnte. Mit dem Geld aus dieser Stiftung konnte sie nun ihren persönlichen Wunsch, die Gründung einer Schwesternschule, verwirklichen. Einige Zeit zuvor hatte sie festgestellt, dass guter Wille und Bereitschaft zum Dienst am Krankenbett nicht ausreichten, sondern dass dazu unbedingt eine exakte theoretische und praktische Ausbildung erforderlich war.

Nach dem Einsatz auf der Krim-Halbinsel waren ihre Kräfte erschöpft und ihr allgemeiner gesundheitlicher Zustand ließ die Leitung der geplanten Krankenpflegeschule nicht zu. Bei der Suche nach einer leitenden Schwester, die ihre Ideen verstand und den Neuerungen gegenüber aufgeschlossen war, fiel ihre Wahl auf Mrs. Wardroper. 1860 begann der erste Kurs mit 15 Schülerinnen und schon nach kurzer Zeit erlangte die „Nightingale-School“ unglaublich hohes Ansehen und einen Ruf, welcher weit über die Grenzen des Landes bekannt war. Die Schule wurde genau nach den strengen Vorgaben der Florence Nightingale geführt, wobei der theoretische Unterricht in Lehrsälen abgehalten wurde und die praktische Ausbildung am Krankenbett statt fand. (vgl. Katscher, L.: Geschichte der Krankenpflege, 85 f.)

Die dort ausgebildeten Schwestern sollten nach der Beendigung der Schule befähigt sein, in anderen Krankenhäusern Schulen zu gründen und zu führen. Man war in England der neuen Einrichtung gegenüber sehr skeptisch eingestellt, da man die Meinung vertrat, es würde an die Schwesternschülerinnen eine zu hohe berufliche und ethische Anforderung gestellt. Der Erfolg aber gab Florence Nightingale Recht. Die Methode der Nightingale-School wurde in London wegweisend für die Krankenpflegeausbildung. In anderen Ländern wieder wurden verantwortungsbewusste Persönlichkeiten durch die Arbeit von Florence Nightingale angeregt oder bestärkt, Krankenpflegeschulen einzurichten.

Obwohl Florence Nightingale oft bettlägerig war und dadurch viele Jahre ihr Zimmer nicht verlassen konnte, leistete sie Unglaubliches. Die Tatsache, dass damals eine Frau im öffentlichen Dienst gar nicht tätig sein durfte, veranlasste sie sich gerade mit diesen Fragen zu beschäftigen. Sie schrieb zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten, sie war maßgeblich beteiligt an der Neugestaltung des britischen Heeres sanitätswesens, an der englischen Gesundheitsfürsorge, an einer Neuordnung des Gesundheitswesens in Indien und Rettung der britischen Armee in Indien. Bemerkenswert waren ihre Gedanken, die sie bezüglich der Pflegequalität entwickelte beziehungsweise wiederbelebte. Diese Gedanken fasste sie in verschiedenen Werken zusammen.

Ihre bekanntesten Schriften sind „Notes on Hospital“ (1859) und „Notes on Nursing“ (1884).

Einige ihrer wesentlichen Gedanken gibt das folgende Zitat wieder:

„Ich brauche das Wort „nursing“ mangels eines besseren. Es wurde bisher so eingeeengt, dass es wenig mehr bedeutet als die Verabreichung von Medikamenten und die Anwendung von Umschlägen. Es sollte dagegen folgendes umfassen: Der nützliche Gebrauch von frischer Luft, Licht, Wärme, Sauberkeit und Ruhe sowie die geeignete Auswahl und Verabreichung von Speisen – all das mit möglichst geringem Kraftaufwand für den Patienten.

Es ist Dutzende von Malen geschrieben und gesagt worden, dass jede Frau eine gute Schwester ist. Ich glaube dagegen, dass die eigentlichen Elemente der Krankenpflege noch völlig unbekannt sind.“

(Rüller, H.: 3000 Jahre Pflege, 62)

Florence Nightingale stand zwar fest auf dem Boden christlicher Weltanschauung, gleichzeitig war sie eine der Ersten, welche den Caritativen Gedanken weit über die Grenzen ihres Berufes hinaustrugen. Am 13. August 1910 starb sie nach einem arbeitsreichen Leben – ihre weltliche Leistung aber ist die Gründung der Neuzeitlichen Krankenpflegeausbildung. (vgl. Strobl, M. – T.; Rettig, A.: Geschichte der Krankenpflege, 35 ff.)

2. Historischer Überblick der Krankenpflege während der nationalsozialistischen Zeit

2.1. Krankenpflegeausbildung im dritten Reich

Unmittelbar nach der Machtübernahme begann der nationalsozialistische Verwaltungsapparat damit, das gesamte Bildungssystem nach seinen Erfordernissen auszurichten, wobei die Krankenpflegeausbildung nicht ungeschoren blieb. Gertrud Scholtz-Klink, die NS-Frauenschaftsführerin sah es als große Aufgabe an, die Berufsbezeichnung zu schützen, um den Titel „deutsche Schwester“ nur gut ausgebildeten Frauen zukommen zu lassen.

Die Schwester hatte für Dr. Hermann Jensen, Chefarzt des Rudolf-Heß-Krankenhaus in Dresden, ein „politischer Soldat“ zu sein. Er kritisierte, dass bisher nur das Erlernen technischer Fertigkeiten im Mittelpunkt der Ausbildung gestanden habe und forderte statt dessen die Vermittlung von Grundlagen und Kenntnissen für den „Dienst im Rahmen des Volksganzen“ vornehmlich durch den nationalsozialistischen Arzt.

Männliche Krankenpfleger wurden im Nationalsozialismus von den Schwestern getrennt ausgebildet. Sie hatten zum Teil andere Aufgabengebiete und unterschieden sich von den Schwestern auch in ihrer gesellschaftlichen Stellung.

Die folgende exemplarische Darstellung zeigt Auszüge aus dem Groblernzielkatalog der Schwesternausbildung:

- Die Gesetze und Verordnungen
- Das amtliche Krankenpflegelehrbuch
- Das Ausbildungskonzept der NS-Schwesterschulen
(vgl. Steppe, H.: Krankenpflege im Nationalsozialismus, 87)

2.1.1. Einflussnahmen durch Gesetze und Verordnungen

Eine gesetzliche Regelung der Krankenpflegeausbildung wurde mit dem Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege am 28. September 1938 erlassen. Die Existenzberechtigung erhielt dieses Gesetz durch die Verantwortung des Staates für die Gesundheit des Volkes und der Pflicht jedes Volksgenossen, für seine und seiner Nachkommen Gesundheit nach Kräften zu sorgen.

Die Zulassung zur Krankenpflege wurde durch den Schulleiter geregelt und setzte voraus, dass die Bewerberin „politisch zuverlässig“ (siehe 2.1.3.) war (gemäß § 7, KrPfVO):

1. Dass die Bewerberin deutschen oder artverwandten Blutes ist und dies durch Vorlage des Ahnenpasses oder ihrer Geburtsurkunde, der Heirat- und Geburtsurkunde ihrer Eltern und der Geburtsurkunde ihrer Großeltern bestätigen konnte. Ist sie verheiratet, so hat sie die entsprechenden Urkunden auch für ihren Ehegatten vorzulegen.
2. Die Vollendung des 18. Lebensjahres,
3. ihren guten Leumund durch ein polizeiliches Führungszeugnis,
4. abgeschlossene Volksschulbildung,
5. Die gesundheitliche Eignung für den Beruf auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses.
6. Jede Bewerberin hatte außerdem eine einjährige hauswirtschaftliche Tätigkeit in eigener oder fremder Familie oder in Anstalten oder Schulen nachzuweisen. (vgl. Steppe, H.: Krankenpflege im Nationalsozialismus, 88 f.)

2.1.2. Abstammungsnachweis

Der Abstammungsnachweis wurde wie folgt von Dr. Bruno Engel, Ministerialrat im Reichsministerium des Inneren, kommentiert:

„Diese Forderung entspricht der besonderen Bedeutung des Berufes der Krankenschwester, die ja nicht nur vielfach in nahe körperliche Berührung mit ihren Pfleglingen kommt, sondern mit diesen auch enge seelische Fühlungnahme gewinnen muss, was nur unter artgleichen Menschen möglich ist. Juden dürfen, wie schon seit einiger Zeit, nur in jüdischen Krankenpflegeschulen aufgenommen werden.“

Diesen Schulen ist die Aufnahme deutschblütiger Schwestern verboten.“
(Steppe, H.: Krankenpflege im Nationalsozialismus, 89)

Zwischen Deutschen und Juden sollte, wie in allen anderen gesellschaftlichen Bereichen auch, jeglicher naher Kontakt vermieden werden. Das erwähnte Zugangsverbot von Schwestern arischer Abstammung war für die Nationalsozialisten also folgerichtig und Glied in der Kette zwischen den ersten rassistischen Gesetzen und der systematischen Vernichtung der Juden.

2.1.3. Politische Zuverlässigkeit

„Außerdem muss sich der Leiter der Krankenpflegeschule vor der Aufnahme einer Lernschwester überzeugen, dass sie nicht als politisch unzuverlässig anzusehen ist. Auch diese Forderung trägt der besonderen Bedeutung des Berufes Rechnung.“ (Steppe, H.: Krankenpflege im Nationalsozialismus, 89)

Der Zugang zu staatlich anerkannten Krankenpflegeschulen war demnach nur für politisch zuverlässige Personen vorgesehen, wobei die staatliche Anerkennung der Grundstein für die Errichtung einer Krankenpflegeschule war. Diese Verordnung galt für alle Schulen, nicht nur für die NS-Schwesternschaft.

Die politische Überprüfung erfolgte nach speziellen Richtlinien der Ausführungsverordnung:

„Zur Feststellung der politischen Zuverlässigkeit kann der Leiter der Krankenpflegeschule die Vermittlung der für den Wohnsitz der Bewerberin zuständigen unteren Verwaltungsbehörde erbitten.“
(Steppe, H.: Krankenpflege im Nationalsozialismus, 89)

Dem Schulleiter wurde also für seine Aufgabenerfüllung der Apparat der staatlichen Polizeibehörde, des Oberbürgermeisters oder des Landrats zur Verfügung gestellt. Diese Stellen entsprachen etwa dem heutigen Einwohnermeldeamt. Jene Organe hatten allerdings nur vermittelnde Funktion, wobei die Bescheinigung selbst, von einer Parteidienststelle der NSDAP ausgestellt wurde und ausschließlich der politischen Überprüfung diente.

2.1.4. Hauswirtschaftliches Praktikum

„Außerdem müssen die Bewerberinnen vor Eintritt in die Krankenpflegeschule ein Jahr in der Hauswirtschaft tätig gewesen sein, weil es untragbar ist, dass eine Krankenschwester der Erkrankten oder durch Pflege überlasteten Hausfrau nicht auch in ihrer Hausarbeit mit Rat und Tat zur Seite stehen kann.“ (Steppe, H.: Krankenpflege im Nationalsozialismus, 90)

Diese Aussage Engels war ausschlaggebend für nahezu alle Frauenberufe, da die Krankenpflege nicht der einzige Beruf war, in dem ein Hauswirtschaftliches Praktikum für Mädchen vorgeschrieben war.

Die Zugangsvoraussetzung zur Krankenpflegeausbildung war eng mit dem Bild des Nationalsozialismus von der Frau verbunden. In „Ehe und Mutterschaft“ wurde die „schönste Erfüllung ihrer Lebensaufgabe“ beschrieben. Die Frau sollte „ihren Wert als Hausfrau und Mutter wieder schätzen lernen“ und in der Familie, ihrem „angestammten Wirkungsgebiet“ ihre Pflicht für die Volksgemeinschaft erfüllen.

Somit konnte diese Zugangsvoraussetzung zur Krankenpflegeausbildung auch als Vorbereitung auf die vom Nationalsozialismus gewünschte Frauenrolle angesehen werden.

2.1.5. Krankenpflegeschulen

Die Krankenpflegeschulen wurden einer stärkeren staatlichen Kontrolle unterzogen. Der § 4 der KrPfVO regelte:

(1) Die Ausbildung zur berufsmäßigen Ausübung der Krankenpflege erfolgte in staatlichen anerkannten Krankenpflegeschulen.

(2) Die Anerkennung setzte voraus, dass

1. Schulen einem öffentlichen Krankenhaus, oder einem Krankenhaus des Deutschen Roten Kreuzes oder eines anerkannten Verbandes der freien Wohlfahrtspflege angegliedert war.
2. Träger der Schule das in Nr.1 genannte öffentliche Krankenhaus oder die NS-Volkswohlfahrt, das Deutsche Rote Kreuz oder ein anerkannter Verband der freien Wohlfahrtspflege war.

§ 6 KrPfVO: Die Träger öffentlicher Krankenanstalten haben bei ihren Krankenanstalten Krankenpflegeschulen einzurichten und zu unterhalten. Etwaige Ausnahmen hatte der Reichsminister des Inneren zu genehmigen.

In § 1 der EVO hieß es:

- (1) Krankenpflegeschulen hatten auf Anordnung der höheren Verwaltungsbehörde auch Angehörige einer anderen, als der in dem zugehörigen Krankenhaus fähigen Schwesternschaft, als Lernschwester aufzunehmen, sofern die in dem Krankenhaus gegebenen Ausbildungsmöglichkeiten durch Lernschwestern der in ihm tätigen Schwesternschaft nicht voll ausgenutzt waren.

Und in § 3 EVO:

- (1) Bestand bei einem Krankenhaus eines anerkannten Verbandes keine Krankenpflegeschule, so hatte der Träger des Krankenhauses auf Anordnung der höheren Verwaltungsbehörde das Krankenhaus zur Ausbildung von Lernschwestern zur Verfügung zu stellen.
- (2) Die höhere Verwaltungsbehörde bestimmte den Träger der Krankenpflegeschule, die dem Krankenhaus angegliedert wurde.

Mit diesen Vorschriften war es dem Staat möglich den Bedarf an Ausbildungsplätzen direkt zu lenken. Um der geeigneten Schwesternschaft mehr Einfluss auf die Ausbildung zu geben, wurden nach dem neuen Gesetz Krankenpflegeschulen, und nicht mehr wie bisher Krankenhäuser selbst, als Ausbildungsstätten staatlich anerkannt.

So war es zumindest denkbar, dass eine „Ideelle Selbstständigkeit“ der Krankenpflegeschulen bestand, die den Schwesternverbänden die Möglichkeit geben sollte, die körperlichen und meinungsbildenden Schulungen sowie die Berufserziehung ihrer Lernschwestern auch dort in der Hand zu behalten, wo sie die Ausbildung in Häusern durchführen mussten, in denen Mitglieder anderer Schwesternverbände arbeiteten.

2.1.6. Die Schulleitung

Gemäß § 5 der KrPfVO wurde einer Krankenpflegeschule die staatliche Anerkennung versagt, wenn:

1. dem Leiter der Schule die politische oder sittliche Zuverlässigkeit fehlte,
2. der Leiter der Schule wegen seiner Abstammung oder der Abstammung seines Ehegatten nicht Beamter werden konnte.

Die gesicherte arische Abstammung, also das Erbringen der erforderlichen Ausweise (Ahnenpass) war für den Leiter einer Krankenpflegeschule ebenso wichtig wie für die Bewerber und Auszubildenden einer solchen Institution.

2.1.7. Die Lehrgangsdauer

Die Ausbildung wurde mit diesem Gesetz von zwei auf eineinhalb Jahre verkürzt, dies war gerade wegen des ungeheuren Schwesternmangels notwendig.

Durch die Ideologie der „Naturbestimmung der Frau zur Mutter“ verkürzte sich die Verweildauer der Krankenschwestern im Beruf und hinterließ personelle Lücken, welche es zu schließen galt. (vgl. Steppe, H.: Krankenpflege im Nationalsozialismus, 90 ff.)

2.2. Pflege im Zweiten Weltkrieg

Das deutsche Rote Kreuz (DRK) war eine jener Organisationen die eng mit der Pflege im Zweiten Weltkrieg verbunden waren und von der ansonsten nur Gutes zu berichten war. Jedoch hatte sich das DRK in die Dienste des NS-Staates einspannen lassen. Der deutschen Wehrmacht wäre es kaum möglich gewesen einen Krieg zu führen, ohne tatkräftige Unterstützung von außen, da sie über kein eigenes weibliches Pflegepersonal verfügten. Wie bereits im ersten Weltkrieg erklärte sich das DRK bereit, im Kriegsfall fehlendes Personal zu stellen. Damit beteiligte sich das DRK praktisch an den Vorbereitungen zum Zweiten Weltkrieg.

Gefangengenommene Gegner kamen nicht im gleichen Ausmaß in den Genuss der versprochenen Hilfeleistungen. Vor allem russischen Soldaten wurde offiziell die Hilfeleistung verwehrt, wobei als Begründung die fehlende Unterzeichnung der dritten Genfer Konvention durch den russischen Staat angegeben wurde.

Der Generalstabsarzt Dr. Hornemann verdeutlichte die Aufgaben des DRK im Krieg. Er betitelte diese Aufgaben als „Bereitschaftsdienst des DRK“ und veranschaulichte somit den Charakter der Zusammenarbeit zwischen DRK und NS-Staat. Es war nicht Edelmütigkeit die Antriebsfeder, sondern der Wunsch des DRK sich im Krieg zu beweisen.

Der „Dienst an der Volksgemeinschaft“ brachte dem Deutschen Roten Kreuz Erfolg im ungeahnten Ausmaß. Durch den gut organisierten Sanitätsdienst war es im ersten Weltkrieg gelungen, 95,8% der erkrankten und verwundeten deutschen Soldaten für den Wehrdienst zu erhalten, was bedeutete, dass sie nach ihrer Genesung weiterkämpfen konnten.

Es wurde unerlässlich für die Institution des DRK sich den herrschenden Kriegsinteressen anzupassen und andererseits das Personal entsprechend den bestehenden Richtlinien auszuwählen und auszubilden.

Zur Deckung des Wehrmachtbedarfs an Pflegepersonal hatte das Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege vom 28.09.1938 eine immense Bedeutung, da es erstmalig die Krankenpflege reichsintern regelte. Dadurch wurde es entscheidend erleichtert, das gesamte Gesundheitswesen den Interessen des Staates zu unterwerfen.

Da das DRK, aufgrund seiner internationalen Rolle gemäß dem Genfer Abkommen, weder ein Teil der Partei noch ein integraler Bestandteil der Wehrmacht sein durfte, musste es, zumindest nach außen, unabhängig bleiben. Eine Gleichschaltung hatte zu diesem Zeitpunkt noch nicht stattgefunden. Nach Hitlers Machtübernahme 1933 begann im gesamten deutschen Reich die Gleichschaltung aller bis zu diesem Zeitpunkt unabhängigen Verbänden mit dem Nationalsozialismus, dem sich niemand entziehen konnte.

Aber nicht nur das DRK, sondern das gesamte Gesundheitswesen wurde im Zuge der nationalsozialistischen Machtergreifung umstrukturiert.

Alle selbstständigen Rotkreuz-Organisationen wurden durch das Reichsgesetz bezüglich des Deutsch Roten Kreuzes vom 09.12.1937 aufgelöst und damit auch die Schwesternschaft des Deutschen Roten Kreuzes.

2.2.1. Das Pflegepersonal

Nach nationalsozialistischer Auffassung musste, um eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit Pflegepersonal gewährleisten zu können, ein Bedarf von 150.000 Schwestern gedeckt werden.

Eine Interessenskollision war somit vorprogrammiert, da nur die Besten in den Pflegeberuf gehen sollten, diese aber auch früh heiraten und Kinder bekommen sollten. Daraus errechnete sich noch ein zusätzlicher Bedarf von 50.000 Schwestern, der auch ungeeignete beziehungsweise durch Krankheit ausgeschiedene Schwester berücksichtigte.

Aufgrund der begrenzten Anzahl der in Frage kommenden Frauen war es unmöglich, den Bedarf an Schwestern abzudecken. Die Konsequenz war, dass das Personal noch sorgfältiger ausgewählt wurde. Dadurch ließen sich die hochgesteckten Ansprüche an Auslese und Ausbildung rechtfertigen. Dies wiederum sollte nach sich ziehen, dass der Beruf der Krankenschwester für junge Mädchen wieder attraktiver wurde, denn durch die bessere Qualität der Ausbildung stieg auch das gesellschaftliche Ansehen der Schwestern. Zu deren Entlastung sollten zudem Hilfskräfte eingestellt werden. Doch diese Maßnahme wäre nur dann zielführend gewesen, wenn im gesamten Krankenhausbetrieb Rationalisierungen stattgefunden hätten, die sich an den Bedürfnissen von Ärzten und Pflegepersonal orientiert hätten.

„Die Frauen pflegen die Opfer, die die Männer in ihren Kriegen produzieren, um sie von Neuem in Kriege schicken zu können, damit es wieder Verwundete und Tote gibt. Das scheinbar Gute erweist sich im Endeffekt als Unterstützung der Zerstörung, wird zur Frage danach, wie möglichst viel Pflegepersonal bereitgestellt werden kann.“ (Steppe, H.: Krankenpflege im Nationalsozialismus, 123)

Besonders wurde bei der Suche nach neuen Schwestern darauf geachtet, dass die jungen Schwestern dem neuen Berufsbild entsprachen.

Neben den Schwestern wurden Hilfsschwestern angeworben, die zwar ausgebildet, jedoch bereits wegen Heirat oder auch aus anderen Gründen aus dem Beruf ausgeschieden waren. Ihre Aufgabe bestand darin, in Notfällen einzuspringen und die Ausbildung von Helferinnen und Schwesternhelferinnen mitzutragen.

Die Auswahl des Personals erfolgte mit Hilfe einer Warnkartei, die zur Auslese und Diskriminierung unliebsamer Bewerber diente.

2.2.2. Die Ausbildung

Verschiedene Maßnahmen der Schnellausbildung sollten den Schwesternmangel beheben. Gegen den Gedanken, das Schwesternhelferinnen ihr Examen in Lazaretten wie im ersten Weltkrieg ablegen konnten, erhob das Amt für Schwesternschaft Einspruch und argumentierte damit, dass die Ausbildung einseitig und ohne geregelten theoretischen Unterricht wäre.

Die Ausbildung erfolgte weiterhin durch politisch „zuverlässiges“ und geschultes Personal des DRK.

Bei allen Lehrgängen fanden nach drei Wochen Zwischenprüfungen statt, um zu gewährleisten, dass nur geeignete Kräfte weiter ausgebildet wurden. Das Ende des Kurses bestand aus einer Abschlussprüfung und der Vergabe des Zeugnisses.

2.2.3. Einsatz im Krieg

Diesen ständigen Bemühungen um Ausbildung, Auslese und richtige Gesinnung im NS-Staat stand die harte Realität gegenüber, die alle diese Unternehmungen absurd erscheinen ließ.

Die eingesetzten Schwestern im Lazarettendienst waren bereits nach kurzer Zeit völlig überfordert. Es gab kaum noch die Möglichkeit aus dem Dienst auszusteigen. Vielmehr wurde mobilisiert, wo es nur ging, um auch nur annähernd den enorm gestiegenen Bedarf an Pflegepersonal zu decken.

Am 06.02.1942 wurde jeder Berufswechsel von Schwestern verboten und am 09.09.1942 wurden sogar „Mischlinge zweiten Grades“ zur Krankenpflege wieder zugelassen. Aufgrund des Schwesternmangels stellte auch die Heirat keinen Entlassungsgrund mehr dar:

„Angesichts des Mangels an Krankenschwestern, Schwesternhelferinnen, Helferinnen, technischen Assistentinnen usw. bestehen für das Heer weder Veranlassung noch Verpflichtung, mit der bloßen Tatsache der Verheiratung begründeten Anträge auf Entlassung zu entsprechen.“

Solange nicht besonders gelagerte Familienverhältnisse dagegen sprechen, können als diesbezüglich Anträge unbedenklich abgelehnt werden.“ (Steppe, H.: Krankenpflege im Nationalsozialismus, 127)

Auch Schwestern, die zu Beginn des Krieges für den Einsatz in der freiwilligen Krankenpflege erfasst worden waren, auf deren Einsatz aber verzichtet werden konnte, mussten nun wieder in Bereitschaft gestellt werden, um männliches Sanitätspersonal freizustellen. Der Einsatz von Frauen, welche sich auch an vorderster Front profilieren wollten, durfte nicht zu deren Militarisierung führen. Entsprechende Richtlinien für den Fraueneinsatz im Bereich der Wehrmacht, im besonderen in den Gebieten außerhalb der Reichsgrenze wurden herausgegeben.

Wie dieser Anspruch auf Einsatz in Frontlazaretten durchgesetzt werden sollte, blieb dahingestellt. Eine Tatsache war es jedenfalls, dass auf allen Kriegsschauplätzen Schwestern anzutreffen waren. Der NS-Staat benötigte die Arbeitskraft der Frauen dringend. Dazu war es nötig das Bild der heldenhaften Frau ideologisch aufzubauen, was dazu führte, dass die Krankenschwester idealisiert wurde und eine gesellschaftliche Aufwertung, wie selten in der Geschichte zuvor, erfuhr. Die Verbesserung ihrer gesellschaftlichen Stellung konnte sie freilich nur erlangen, weil es eine Kriegsnotwendigkeit wurde, dass sie allerorten die Männer an den Arbeitsplätzen ersetzen musste.

Ein Einberufungsbefehl konfrontierte die Schwestern sehr bald mit der grauenhaften Realität in den Lazaretten unter unerträglichen Arbeitsbedingungen. An Urlaub oder Austausch war in den letzten Kriegsjahren nicht mehr zu denken. Frauen sollten zwar nicht unmittelbar an der Front eingesetzt werden, doch der Krieg machte diesen Plänen einen Strich durch die Rechnung. Viele Schwestern gerieten vorübergehend an die Front oder befanden sich plötzlich in Rückzugsgefechten.

Viele sahen als Ausweg aus ihrer verzweifelten Lage nur den Selbstmord:

„Starr und tränenlos stand sie an den Betten von drei ihrer jüngsten Schwestern. Mit einer Injektion hatten sie sich das Leben genommen, die Hände umklammerten kleine gerahmte Fotografien. Die Eltern, die Geschwister, der Verlobte...“(Steppe, H.: Krankenpflege im Nationalsozialismus, 129)

Die Frauen an den Fronten wurden als ein Wunder bezeichnet, das einzige jener Zeit, das sich nicht in Ernüchterung auflöste. Für das weibliche Pflegepersonal erfolgte die Ernüchterung nach kurzer Zeit, denn nicht nur berufliche Qualifikation war der Grund für ihren Einsatz an den Lazaretten, sondern vielmehr was man unter weiblichen Fähigkeiten verstand. Diese drückten sich aus in: Trost spenden, zuhören zu können, Geduld auch mit schwierigen Patienten zu haben, kleinere persönliche Wünsche zu erfüllen und nicht zuletzt „weibliche“ Atmosphäre auszustrahlen.

Aus diesen Gründen war das weibliche Pflegepersonal, einst verpönt, nun nicht mehr aus dem Kriegsdienst wegzudenken. Das DRK richtete

Soldatenheime ein und ließ sie von weiblichem Personal führen. Als erste Frau erhielt die DRK-Schwester Angela Mayer das Kriegsverdienstkreuz mit Schwertern aus der Hand des Führers. Ob dies ein angemessener Lohn war für den Einsatz von Leib und Leben in einer sinnlosen Kriegsmaschinerie, bleibt fraglich. (vgl. Steppe, H.: Krankenpflege im Nationalsozialismus, 119 ff.)

2.3. Jüdische Krankenpflege

2.3.1. Anwerbung zur jüdischen Krankenpflege

1890 erfolgte ein Aufruf in Berlin, dem zufolge die Ausbildung für jüdische Krankenpflege zu unterstützen war. Diesem Aufruf schlossen sich sogar Zeitungen an:

„Denen die es nicht gestattet ist, als glückliche Gattin ihr Leben zu genießen, gerade ihr, mit einem Herzen voll Liebe, mit der ewigen Sehnsucht nach Pflichterfüllung, mit dem starken Triebe nah Selbst-Betätigung, mit reifen Innenleben, von dem ihr nichts in der Außenwelt geltend machen könnt, Ihr seid es, denen unser ruf gilt: Erwählt die beglückende Lebens-Aufgabe, Helferinnen der Notleidenden zu sein, schließt Euch uns an, folget unserem Rufe und werdet Krankenpflegerinnen.“ (Steppe, H.: Zur Geschichte der jüdischen Krankenpflege in Deutschland, 199)

Bis zum Zeitpunkt der offiziellen Gründung des „Verein für Jüdische Krankenpflegerinnen“, waren auch die wichtigsten Regularien vorbereitet, welche die Rahmenbedingungen des Vereins festlegten.

Als Vereinszweck wurden zwei Aspekte festgeschrieben, zum einen die Ausbildung jüdischer Mädchen zu „tüchtigen Krankenpflegerinnen“, zum anderen die Bereitstellung ausgebildeter jüdischer Krankenpflegerinnen für die Privatpflege oder Armenpflege bei Menschen aller Konfessionen.

2.3.2. Aufnahmebestimmungen der Schülerinnen

1. jüdische Konfession
2. Alter in der Regel zwischen 21 und 36,
3. tadelloser Ruf,
4. vollständige Gesundheit und Arbeitsfähigkeit,
5. mindestens Elementarschulkenntnisse,
6. Übung in „gewöhnlichen häuslichen Verrichtungen“

Die Ausbildung umfasste ein Jahr, während dieser Zeit wurden die Schülerinnen einem jüdischen Krankenhaus überwiesen.

Sie mussten sich „streng“ an die Hausordnung halten und allen Anordnungen der Vorgesetzten „unbedingt“ Folge leisten. Für die Dauer der Ausbildung erhielten sie freie Kost und Logis einschließlich Wäscheversorgung und ein monatliches Taschengeld von 10 Reichsmark.

Die ersten drei Monate waren Probezeit, danach konnten die Schülerinnen nur wegen einer groben Pflichtverletzung entlassen werden. Die Schülerinnen konnten jedoch jederzeit innerhalb einer zweiwöchigen Frist kündigen.

Nach einer hausinternen Prüfung, einer abgeschlossenen Ausbildung und der Ausstellung eines ärztlichen „Reifezeugnisses“ wurden die Krankenschwestern in den Verein als „Vereinsschwestern“ aufgenommen. Danach mussten sie noch mindestens drei Jahre im Verein tätig sein, denn ihr Diplom erhielten sie erst nach Ablauf dieser Frist. (vgl. Steppe, H.: Zur Geschichte der jüdischen Krankenpflege in Deutschland, 199 ff.)

2.3.3. Der erste Weltkrieg

Die Arbeit der Krankenschwestern und des Vereins veränderte sich grundlegend nach Ausbruch des ersten Weltkrieges. Am 01.08.1914 wurde beschlossen dem Kriegssanitätsdienst alle Krankenschwestern zur Verfügung zu stellen, zehn Schülerinnen wurden unverzüglich zum „Notexamen“ angemeldet und eine große Anzahl an Frauen der verkürzten Ausbildung für „Kriegsschwestern“ zugeführt.

Alle Krankenschwestern jener Zeit meldeten sich freiwillig zum Dienst auf dem Felde, verzichteten auf ein Drittel ihres Gehaltes und spendeten aus ihrer Schwesternsparkasse 15.000 Reichsmark, beides zugunsten des Kriegsfonds.

Jene Krankenschwestern die aufgrund ihrer Heirat vom Dienst ausgeschieden oder pensioniert worden waren, meldeten sich freiwillig zum Dienst zurück, wodurch die Zahl der Anmeldungen für die Ausbildung sprunghaft anstieg.

Neben der Arbeit im Lazarett waren die Krankenschwestern des Frankfurter Vereins in vielen anderen Bereichen im Kriegssanitätsdienst tätig.

Wegen des großen Personalbedarfs in den beiden jüdischen Lazaretten wurden die Krankenschwestern zunehmend aus der Privatpflege abgezogen, die während des Krieges praktisch auf ein Minimum reduziert wurde. Darüber hinaus wurden Krankenschwestern des Vereins auch anderen städtischen Lazaretten zur Verfügung gestellt. Für den Dienst im Felde wurden weiter Krankenschwestern zur Verfügung gestellt.

Ihre Bedingungen waren äußerst hart:

„Wir hatten weder einen heizbaren Raum noch Licht, noch Wasser,. Auf ein Bad mussten wir während unseres ganzen Aufenthaltes verzichten. Wir schliefen gemeinsam in einem großen Saal in Kinderbettchen. Es war so kalt, dass wir uns miteinander vollständig angezogen zu Bett legen mussten.“ (13, S. 218)

Am 9. Dezember 1918 war der Kriegsdienst der Krankenschwestern offiziell beendet. An 49 Krankenschwestern des Felddienstes wurden insgesamt 78 Auszeichnungen des Roten Kreuzes verliehen. Die Verwaltung des Vereins stiftete den Krankenschwestern als Ehrung für ihren Einsatz eine Gedenktafel, die im Schwesternhaus angebracht wurde. (vgl. 13, S 215 – 219)

2.3.4. Das Ende der jüdischen Krankenpflege nach der Vereinsauflösung

Das von der Stadt gekaufte Schwesternhaus war dem Verein 1939 für drei Jahre überlassen. Es wurde beschlagnahmt und einer Kinderabteilung zur Verfügung gestellt. Die Schwestern fanden in dieser Zeit Unterkunft im Krankenhaus. Ab diesem Zeitpunkt nahmen die Auszüge aus dem Krankenhaus zu, die Einzüge gingen zurück.

Insgesamt ließen sich bei 258 gezählten Auszügen von 1933 bis 1942 insgesamt 99 eindeutig auf die nationalsozialistische Verfolgung und Vernichtung zurückführen.

1942 wurden beinahe 400 Menschen im Krankenhaus als Patienten untergebracht, dazu über 100 Angestellte und 37 Lehrschwestern. Bis Oktober 1942 wurde das Krankenhaus vollständig geräumt und die meisten Patienten und Patientinnen nach Theresienstadt oder „in den Osten“ deportiert. Im letzten Transport haben sich vermutlich auch die letzten vier jüdischen Krankenpflegerinnen aus Frankfurt befunden.

Ab 1. November 1942 wurde eine Gemeinschaftsunterkunft für Juden eingerichtet, in die auch eine Krankenstation integriert war. Dem abschließenden Bericht vom 30. September 1943 zufolge lebten zu diesem Zeitpunkt in Frankfurt noch 602 Juden.

Im Oktober 1943 wurde das Schwesternhaus als Außenstelle der Kinderabteilung der Universitätskliniken genutzt. Bei einem Bombenangriff wurde es vollständig zerstört.

Damit war, zehn Jahre nach Beginn der nationalsozialistischen Judenverfolgung, auch der letzte steinerne Zeuge der Existenz einer jüdischen Krankenpflege in Frankfurt vernichtet. (vgl. Steppe,H.: Zur Geschichte der jüdischen Krankenpflege in Deutschland, 243 ff.)

2.4. Teilnahme und Aufgaben des Pflegepersonals an der

Vernichtung von Leben

2.4.1. Ideologische Grundlagen

Die Ungleichheit der menschlichen Rasse war keine Erfindung der Nationalsozialisten, sie wurde bereits im 18. Jahrhundert erstmalig formuliert.

Die Rassenanthropologen knüpften an Gobineaus Vorstellungen einer „Herrenrasse“ an und entwickelten eine Rassenhierarchie, an deren Spitze die nordische Rasse stand.

Diese Typisierungen wurden anhand von Schädelmessungen vorgenommen. Aus der „natürlichen“ Eigenschaft der „höheren Rassen“ wurde die Legitimation für die Unterdrückung der „niedrigeren und schwächeren Rassen“ abgeleitet. Zur „Reinerhaltung“ der nordischen Rasse musste eine Rassenvermischung strengstens vermieden und eine Gesellschaftsstruktur geschaffen werden, welche der Oberschicht, als Träger des wertvollen Erbguts, die Herrschaft über die anderen ermöglichte.

1905 wurde die „Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene“ gegründet. Alle „Entartungserscheinungen“ waren durch bevölkerungspolitische Maßnahmen zu bekämpfen, alle Schwachen und Kranken mussten nach Ansicht dieser Gesellschaft „ausgemerzt“ werden, um die Reinerhaltung des Erbguts sicherzustellen.

Das wichtigste Instrument der Rassenhygiene war die Massensterilisation der „Minderwertigen“:

„Die Forderung, dass defekten Menschen die Zeugung anderer ebenso defekter Nachkommen unmöglich gemacht wird, ist eine Forderung klarster Vernunft und bedeutet in ihrer planmäßigen Durchführung die humanste Tat der Menschheit.“ (Steppe, H.: Krankenpflege im Nationalsozialismus, 141)

Die positive Aufnahme und Unterstützung der rassenhygienischen Vorstellungen durch das Bürgertum wurde durch die Revolution von 1918 noch verstärkt. So wurden auch die Schriften „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerteren Lebens“ ohne großen Widerstand angenommen.

Hier wurden die meisten Begriffe geprägt, die später von den Nationalsozialisten verwendet wurden, zum Beispiel: „Geistig Tote“, „Ballastexistenz“ und die „Pflicht des gesetzlichen Mitleids“ gegenüber den „unheilbar Blödsinnigen“, denen man einen „Liebesdienst“ mit der Tötung erweise.

Der wirtschaftliche Nutzen des Mordprogramms an Patienten psychiatrischer Anstalten wurde von den Nationalsozialisten exakt berechnet und schriftlich festgehalten.

Die Statistik wurde im Juni 1945 in einem Stahltesor in Schloss Hartheim bei Linz gefunden. Der Massenmord an Tausenden wurde mit dem Begriff „Desinfektion“ verharmlost.

Die breite Zustimmung und Begeisterung für den Nationalsozialismus war jedoch nur von dem Hintergrund von bereits über Jahrzehnten fest im Bewusstsein verankerten Vorstellungen zu verstehen.

(vgl. Steppe, H.: Krankenpflege im Nationalsozialismus; 138 ff.)

2.4.2. Chronologie der Vernichtung

Schon kurze Zeit nach der Machtergreifung begann die systematische Verfolgung der „Gemeinschaftsunfähigen“. Das Konzentrationslager Dachau wurde bereits 1933 in Betrieb genommen, Ravensbrück 1934. Obdachlose und Wanderer wurden in Arbeitslagern interniert und die Vernichtung durch Arbeit begonnen. Gewerkschaftler, Sozialdemokraten und Kommunisten wurden verhaftet und gefoltert. Roma wurden rassenbiologisch untersucht und in Konzentrationslagern inhaftiert. Homosexuelle wurden verfolgt, gequält und ermordet. Juden wurden nach und nach aller staatsbürgerlichen Rechte beraubt, verfolgt und ermordet.

Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wurde am 14.07.1933 verabschiedet und trat ab Januar 1934 in Kraft. Rund 400.000 Männer und Frauen wurden zwangsweise unfruchtbar gemacht. Die Erbgesundheitsgerichte entschieden über die Zwangssterilisierung, welche bei neun verschiedenen Erbkrankheiten möglich waren.

1935 wurde das Gesetz zum „Schutze des Volkes“ verabschiedet und damit alle unerwünschten Eheschließungen unter Strafe gestellt, sowie die Vorlage eines „Ehetauglichkeitszeugnisses“ vor der Heirat eingeführt. Durch das „Reichsbürgergesetz“ wurden den Juden alle Rechte entzogen.

Ab August 1939 mussten alle behinderten Kinder gemeldet werden, womit der „Kindereuthanasie“ die Türen geöffnet wurden. Dieser Vernichtungsaktion fielen mindestens 5.000 behinderte Kinder zum Opfer, die durch Medikamente oder Nahrungsentzug in „Kinderfachabteilungen“ umgebracht wurden.

Zwischen Januar 1939 und August 1941 wurden in sechs, speziell umgebauten, Anstalten über 70.000 Menschen durch Gas getötet. Die Phase von November 1941 bis Kriegsende wurde gemeinhin als „wilde Euthanasie“ bezeichnet.

Ab diesem Jahr wurden in den Konzentrationslagern Menschenversuche durchgeführt, bei denen Häftlinge unter unvorstellbaren Grausamkeiten zu leiden hatten und in großer Anzahl an den schlechten Bedingungen innerhalb der Lager verstarben.

Beispiele der Grausamkeiten:

1941-1945 Auschwitz, Ravensbrück: Sterilisationsversuche an Frauen

1942-1945 Dachau: Malariaversuche

1942-1943 Dachau: Unterdruck- und Unterkühlungsversuche

1942-1944 Buchenwald: Fleckfieberexperimente

1942-1943 Ravensbrück: Sulfonamidexperiment

1942-1943 Ravensbrück: Knochentransplantationen

1942-1943 Dachau: Phlegmonenversuche

1943-1945 Sachsenhausen: Gelbsuchtexperimente

1943-1944 Buchenwald: Giftexperimente

1943-1944 Buchenwald: Brandbombenexperimente

1944 Dachau: Versuche zur Trinkbarmachung von Meerwasser

„Einige Pfleger haben die schreckliche ‚Karriere‘ von der Vergasungsanstalt bis zur Judenvernichtung in den Lagern der Aktion Reinhard gemacht“ (Steppe, H.: Krankenpflege im Nationalsozialismus, 146)

In den Jahren 1944 und 1945 wurden die Vergasungsanstalten zum Teil aufgelöst. In vielen Anstalten wurde jedoch bis zur Befreiung durch die Alliierten weitergetötet. In den folgenden Wochen und Monaten starben noch unzählige Patienten an den Folgen der systematischen Unterernährung.

2.4.3. Auswahl des Personals

Das von der Berliner „Stiftung“ gestellte und ausgesuchte Personal, das speziell für die Tätigkeit in Vergasungsanstalten vorgesehen war und in verschiedenen Anstalten eingesetzt werden sollte, wurde höchstwahrscheinlich von den jeweiligen leitenden Ärzten benannt und vorgeschlagen.

„Als wir uns von dem Chefarzt verabschiedeten, erklärte uns dieser, wir kämen zu einem Sondereinsatz; er habe bereits vor einiger Zeit die Aufforderung bekommen, hierfür einwandfreies Personal auszuwählen und uns infolgedessen bestimmt.“ (Steppe, H.: Krankenpflege im Nationalsozialismus, 147)

Das in den vorgesehenen Tötungsanstalten bereits vorhandene Pflegepersonal wurde ebenfalls zum Teil mit in die Mordaktion einbezogen, hausintern gewählt und formal der Berliner Zentrale zur Verfügung gestellt. Das Pflegepersonal derjenigen Anstalten, von denen aus Patienten zur Ermordung verlegt wurden, war über die Aktion informiert.

Das Pflegepersonal mit Tötungsaufgaben in den vielen Anstalten der „wilden Euthanasie“ rekrutierte sich beinahe ausschließlich aus den dort bereits vorhandenen Personen, die Auswahl erfolgte hausintern.

„Ich bin als Schwester schon darüber belehrt worden, dass ich eine berufliche Schweigepflicht habe als Krankenschwester. Darüber hinaus bin ich aber nicht mehr gesondert auf eine Schweigepflicht verpflichtet worden, auch nicht in Zusammenhang mit der Tötung von Patienten. Ich habe nur hinten herum gehört, dass man über die Vorgänge in der Anstalt nicht sprechen dürfe, wer dies tut, würde erschossen.“
(Steppe, H.: Krankenpflege im Nationalsozialismus, 149)

Die Verweigerungsmöglichkeit für Krankenschwestern, bei der Tötungsaufgabe mitzuwirken, waren begrenzt. Einige Möglichkeiten um sich dem Aufgabenbereich zu entziehen waren, (für Frauen) Schwangerschaft und Heirat beziehungsweise (für Männer) in den Kriegsdienst abgezogen zu werden oder die Versetzung in eine andere Klinik. Die Angst bei offensichtlicher Weigerung in ein Konzentrationslager gebracht zu werden, war vermutlich ein Hauptgrund für viele Beteiligte bei den Tötungsaktionen mitzuwirken.

Jene Krankenschwestern die ihren Vorgesetzten erklärten, dass sie sich weigern würden, Patienten zu töten, wurden teilweise mit Versetzung bedroht, bekamen innerhalb der Klinik schlechtere Positionen oder wurden sogar in andere Einrichtungen versetzt.

„Darauf hat er mir gedroht und erklärt, dass ich infolge meiner mangelhaften nationalsozialistischen Einstellung in das nationalsozialistische Ertüchtigungslager in Torgau kommen würde. Von einem Kollegen ließ ich mir dann erklären, dass damit das Konzentrationslager Torgau gemeint sei. Ich wurde etwa vier Wochen später zu Grabowski bestellt und er fragte mich, ob ich mir die Sache überlegt habe. Auf meine beharrliche Weigerung brach er das Gespräch ab. Ich wurde dann als vertretende Stationsschwester abgesetzt und durch eine Pflegeschülerin ersetzt. Ich musste dann niedere Arbeiten verrichten. Als ich dies bereitwillig tat, wurde ich als Anstaltsbotin eingesetzt, das heißt, ich musste zu Fuß weite Botengänge in die Stadt Meseritz erledigen. Als ich auch hier kein Einlenken zeigte und meine Arbeit willig verrichtete, kam ich ins Verpflegungsbüro. Das war insofern auch eine Erschwernis für mich, als ich von Schreibarbeit überhaupt nichts verstand und mich mühsam einarbeiten musste. In letztgenannter Position war ich von März 1942 bis zum Einmarsch der Russen im Januar 1945 tätig gewesen.“ (Steppe, H.: Krankenpflege im Nationalsozialismus, 166)

Nach den derzeitigen Erkenntnissen arbeiteten die meisten an den Massenmorden beteiligten Krankenschwestern und Krankenpflegern nach Abbüßung ihrer Strafen in der Pflege weiter, denn eine Verurteilung bedeutete noch lange kein Berufsverbot.

Erschreckend aus heutiger Sicht war vor allem die absolute Gehorsamkeitspflicht und die Verpflichtung zum Vertrauen gegenüber den Ärzten sowie dass es kaum eine Möglichkeit des Ungehorsams gab.

Es ist wichtig zu erwähnen dass auch die heutige NS-Forschung die subalterne Rolle der Pflege oftmals als einfach gegeben hinnimmt und Selbstständigkeit oder Eigenverantwortung in diesem Beruf nicht als völlig selbstverständliche berufliche Elemente angesehen werden.

(vgl. Steppe, H.: Krankenpflege im Nationalsozialismus, 146 ff.)

3. Internationale Fachverbände und Organisationen

3.1. Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger - International Council of Nurses (ICN)

Jahrhundertlang waren alle Bemühungen um die gleichen Rechte für Frauen vergeblich. Erst Ende des 19. Jahrhunderts gelang es der amerikanischen Frauenrechtsbewegung durchgreifende Erfolge zu erzielen.

Die dabei gewonnenen Erkenntnisse, dass „in der Organisierung der Frauen die Stärke liege“, brachte Mrs. Bedford Fenwick (Mitglied der Internationalen Frauenbewegung) auf die Idee, eine internationale Schwesternvereinigung zu gründen. 1899 kam es dann zur Gründung des Weltbundes.

3.1.1. Zweck und Aufgaben

Der ICN hat den Zweck, den Mitgliedsverbänden die Möglichkeit zu geben, ihre berufliche Entwicklung zu beraten und zu unterstützen. Den nationalen Schwesternverbänden in ihren Bemühungen, die Entwicklung und Verbesserung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Krankenpflege sowie der sozialen und wirtschaftlichen Stellung der Schwestern Unterstützung anzubieten.

Die Aufgaben des Weltbundes sind die

- Verständigung zwischen den Schwestern der ganzen Welt zu gewährleisten und um das
- gegenseitige Verständnis und die
- Zusammenarbeit zu fördern sowie
- die Verbindung mit anderen Internationalen Organisationen aufzunehmen.

Der ICN steht in ständiger Verbindung mit der Weltgesundheitsorganisation und ist als Berater des Sozial- und Wirtschaftsrates der Vereinten Nationen eingetragen. Für die Mitglieder stellt dies eine direkte Verbindung zur Arbeit der Vereinten Nationen dar.

Der Sitz des Weltbundes ist in Genf, wodurch eine laufende Zusammenarbeit mit allen internationalen Organisationen gewährleistet ist.

Der ICN hat Regeln für eine Berufsethik herausgegeben, die auf internationaler Ebene die wichtigste Grundlage zur Hebung des Berufsanehens darstellt. (vgl. Strobl, M. – T.; Rettig, A.: Geschichte der Krankenpflege, 48 f.)

3.2. Weltgesundheitsorganisation – WHO (World Health Organization)

Als zwischenstaatliche Gesundheitsorganisation wurde die WHO (siehe Abb. 2) 1946 als Sonderorganisation der Vereinten Nationen in New York gegründet.

Ihre Bestrebung ist es, auf internationaler Ebene Fragen des Gesundheitswesens zu behandeln, um „den bestmöglichen Gesundheitszustand aller Völker dieser Erde“ herbeizuführen.

Der Hauptsitz der WHO befindet sich in Genf. Es wird in 6 Regionalbüros gearbeitet, um den örtlich bedingten Erfordernissen auf den Gebieten der Gesundheit in verschiedenen Weltteilen gerecht zu werden. (Abb. 2: WHO)

Die WHO besitzt rund 2.700 Mitarbeiter, die sich aus den verschiedensten Berufsgruppen zusammensetzen.

3.2.1. Arbeitsgebiete der WHO

Insbesondere:

1. Beistandleistung über Ersuchen einzelner Regierungen
2. Seuchenwarndienst zur Weiterleitung von Informationen
3. Internationale Rauschgiftkontrolle
4. Internationale Standardisierung von Heilmitteln
5. Unterstützung, Koordination und Förderung internationaler medizinischer Forschungen
6. Maßnahmen zur Bewältigung der Aufgaben im Gesundheitswesen

Die Bemühungen sowie bereits erbrachte Leistungen und neu geplante Projekte der WHO bilden einen wesentlichen Faktor zur Erlangung eines dauerhaften Friedens in der Welt. (vgl. Strobl, M. – T.; Rettig, A.: Geschichte der Krankenpflege, 58 f.)

In der Charta der Weltgesundheitsorganisation heißt es:

„Die Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Gesund sein ist ein Recht, ein Grundrecht der Menschen, ohne Unterschied von Rasse, Religion, politischer Anschauung oder wirtschaftlicher und sozialer Stellung. Die Gesundheit ist eine Voraussetzung für Frieden und Sicherheit der Völker und kann nur durch vorbehaltlose und uneingeschränkte Zusammenarbeit aller Menschen und aller Staaten erreicht werden.“ (Strobl, M. – T.; Rettig, A.: Geschichte der Krankenpflege, 59)

3.3. Österreichischer Gewerkschaftsbund (ÖGB) – Fachgruppenvereinigung für Gesundheitsberufe (FGV)

3.3.1. Entstehungsgeschichte

Schon 1917 wurde die „Fachorganisation des Krankenpflegepersonals und verwandter Berufe Österreichs“ gegründet. Diese Organisation wurde 1934 aufgelöst und im Jahr 1949 als „Fachgruppenvereinigung des Krankenpflegepersonals und verwandter Berufe im ÖGB“ wieder gegründet. Anlässlich des 9. Fachgruppentages im Jahr 1989 erhielt sie die Bezeichnung „ÖGB – Fachgruppenvereinigung für Gesundheitsberufe“.

Die ÖGB – Fachgruppenvereinigung für Gesundheitsberufe ist eine Abteilung des Österreichischen Gewerkschaftsbundes, in der sich die in den einzelnen Gewerkschaften des ÖGB organisierten Arbeitnehmer(innen), welche in den Krankenpflegediensten (entsprechend dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz), in medizinisch – technischen Fachdiensten und in den Sanitätshilfsdiensten (entsprechend dem MTF – SHD – Gesetz), als Sanitäter(innen) (entsprechend dem

Sanitätsgesetz), in den medizinisch – technischen Diensten (entsprechend dem MTD – Gesetz), als Hebammen (entsprechend dem Hebammengesetz), den Kardiotechnischen Diensten (entsprechend dem Kardiotechnikergesetz), sowie in der Altenbetreuung (entsprechend dem Landesgesetz Altenbetreuung) und als zahnärztliche Assistent(inn)en tätig sind, zur Wahrung gemeinsamer Interessen zusammenschließen.

3.3.2. Die Gewerkschaftsmitglieder

Diese Gewerkschaftsmitglieder kommen aus sechs Gewerkschaften:

- Gewerkschaft der Privatangestellten,
- Gewerkschaft Öffentlicher Dienst,
- Gewerkschaft der Gemeindebediensteten,
- Gewerkschaft Handel, Transport, Verkehr,
- Gewerkschaft Hotel, Gastgewerbe, Persönlicher Dienst,
- Gewerkschaft Kunst, Medien, Sport, freie Berufe.

3.3.3. Die Aufgaben des ÖGB

- Förderung der von den Gewerkschaften durchzuführenden Aktionen, um günstige dienst- und Besoldungsverhältnisse zu erreichen (keine Gehaltsverhandlungen).
- Teilnahme an Besprechungen, Begutachtungen und Ausarbeitung von Gesetzesentwürfen, die die wirtschaftlichen und fachlichen Interessen der Mitglieder der Fachgruppenvereinigung betreffen.
- Herausgabe der Fachzeitschrift „soziale berufe“ und anderer fachlicher Publikationen.
- Schaffung und Förderung von Einrichtungen zur Aus- und Fortbildung der in den vorgenannten Gesetzen verankerten Berufsgruppen.
- Mitwirkung und Vertretung in Kuratorien und öffentlichen Lehranstalten, die im Interesse des beruflichen Nachwuchses liegen.
- Abhaltung von Fortbildungen und Vorträgen über medizinisch wissenschaftliche, soziale und arbeitsrechtliche Themen.
- Mitarbeiter(innen) der Fachgruppenvereinigung sind in den Aufnahme- und Prüfungskommissionen der Gesundheits- und Krankenpflegesschulen für den medizinisch – technischen Diensten an den Ausbildungsstätten zum Sanitätshilfsdienst als Vertreter(innen) der gesetzlichen Interessensvertretung der Dienstnehmer tätig.
- Förderung und Mitwirkung an der Arbeitsvermittlung für die in den vorgenannten Gesetzen verankerten Berufsgruppen.
- Zur Besorgung der fachlichen Aufgaben bestehen der Arbeitskreise, die sich aus Expert(inn)en auf den jeweiligen Gebieten zusammensetzen.

3.3.4. Die Organisation

Der Fachgruppentag, das oberste Organ der ÖGB – Fachgruppenvereinigung, tritt alle vier Jahre zusammen; seine Beschlüsse

sind für alle Mitglieder bindend. Einberufen wird der Fachgruppentag durch den Zentralvorstand, der aus den 12 Mitgliedern des Vorstandes und aus 18 weiteren Mitgliedern besteht.

Das Bundessekretariat, erledigt die laufenden Geschäfte der Fachgruppenvereinigung. Vertreten wird die ÖGB – Fachgruppenvereinigung durch die/den Vorsitzende/n; wenn die/er abwesend ist, dann übernehmen die stellvertretenden Vorsitzenden diese Aufgabe.

Damit die Mitglieder der ÖGB – Fachgruppenvereinigung auch in den Bundesländern wirksam betreut und intensiv vertreten werden, sind Landesgruppen errichtet worden. (vgl. Österreichischer Gewerkschaftsbund – Fachgruppenvereinigung für Gesundheitsberufe: Aufgaben der ÖGB – FGV, 1 ff.)

3.4. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV)

Der ÖGKV hat seinen Sitz in Wien und seine Tätigkeiten erstrecken sich aus das österreichische Bundesgebiet und hat den Zweck der nationalen und internationalen Zusammenarbeit. Der ÖGKV ist ein nationaler Berufsverband für alle Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und ist Mitglied des Weltbundes der Gesundheits- und Krankenschwestern/Gesundheits- und Krankenpfleger (ICN).

Der ÖGKV gliedert sich in einen Hauptverein und neun regionale – entsprechend der Landesgrenzen der Bundesländer – Zweigvereine. Die regionalen Zweigvereine führen den Namen des Hauptvereines unter dem Anschluss des Namens des jeweiligen Bundeslandes, in dem der regionale Zweigverein besteht.

Für das Bestehen der regionalen und überregionalen (zum Beispiel: Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband – Pflegedirektor(Innen) Österreichs) Zweigvereine ist die Existenz und der Fortbestand des Hauptvereines essentiell. Die Auflösung eines regionalen oder überregionalen Zweigvereins hat keinen Einfluss auf den Fortbestand des Hauptvereins.

3.4.1. Die Aufgaben des ÖGKV

Der ÖGKV stellt sich die Aufgabe, die Achtung vor dem Leben, die Würde des Menschen sowie die Respektierung der Grund- und Freiheitsrechte als Grundlagen der Gesundheits- und Krankenpflege zu verstehen. Der ÖGKV tritt dafür ein, dass professionelle Pflege allen Menschen zugute kommt, die dieser bedürfen, unabhängig von deren Weltanschauung, politischer Einstellung, Nationalität, Rasse, Alter, Geschlecht und sozialer Stellung. Der ÖGKV will im Interesse der Allgemeinheit und des öffentlichen Wohles Pflege auf hohem Niveau sicherstellen und sucht die Zusammenarbeit mit verschiedenen Gremien im Gesundheitswesen auf nationaler und internationaler Ebene.

3.4.2. Ziele des ÖGKV

- Vertretung aller Pflegebereiche und Pflegeberufe
- Qualitätssicherung pflegerischer Leistungen
- Interessensvertretung der Pflege in Gesellschaft und Politik
- Sicherung der Eigenständigkeit pflegerischer Berufe
- Weiterentwicklung der Pflege in Theorie und Praxis, Förderung der Pflegeforschung
- Mitsprache bei der Gesetzgebung
- Durchsetzung zeitgemäßer Arbeitsbedingungen für Pflegende
- Angemessene Entlohnung der Pflegenden
(vgl. Kürzel, E.: Statuten, 1f.)

4. Akademisierung der Pflege in Österreich

4.1. Erste Initiativen des Berufsverbandes

Bereits vor 20 Jahren erhielten die Grundsätze und Zielvorstellungen des Österreichischen Krankenpflegeverbandes (1979) Grundsatzpositionen über die Ausübung der Pflege, die Aus- und Fortbildung, die Forschung in der Pflege sowie die sozialen und wirtschaftlichen Belange des Pflegepersonals.

Der Österreichische Krankenpflegeverband setzte sich betreffend der Pflegeforschung für nachstehende Ziele ein:

„Eine verantwortungsvolle und umsichtige berufliche Tätigkeit, die ihren Aufgaben und ihren Zielsetzungen auch auf weite Sicht entsprechen soll, erfordert sachlich nüchterne Analyse, Planung, Projektierung und Auswertung auf wissenschaftlichen Grundlagen mit hierfür geeigneten Methoden.“ (Kozon, V.: Bildung und Professionalisierung in der Pflege, 8)

Die Forschung hat durch geeignetes qualifiziertes Pflegepersonal zu erfolgen. Der Österreichische Krankenpflegeverband setzte sich dafür ein, dass

- Diplomiertes Pflegepersonal bei der Erforschung nachteiliger Auswirkungen der Umwelt auf den Menschen mitwirkt;
- Die Forschung auf alle Gebiete der Krankenpflege ausgedehnt wird. Sie soll unter der Leitung einer geeigneten diplomierten Krankenpflegeperson stehen, welche Experten und Hilfsmittel beiziehen kann;
- Die Ergebnisse der Forschung in der Pflege angewandt werden;
- Ausbildungsprogramme auf Hochschulebene geschaffen werden;

Die inhaltliche Beschreibung der Grundsatzposition betreffend die Forschung in der Pflege, zeugt von großer Weitsicht und von einem relativ umfassenden Verständnis dafür, was Pflegeforschung leisten soll.

Die zu dieser Zeit gegebenen Rahmenbedingungen sind die erstmalige gesetzesmäßige Verankerung von pflegerischen Unterrichtsgegenständen im Jahre 1974 und damit der erste Schritt, die Pflege als eigene Fachdisziplin darzustellen, das Herabsetzen der Eintrittsbedingungen in die Krankenpflegeausbildung und das völlige Fehlen von akademisch gebildeten Pflegepersonen zeigt die Positionierung von hoher Innovationsbereitschaft (Einführen von etwas Neuem, Erneuerung) (vgl. Kozon, V.: Bildung und Professionalisierung in der Pflege, 8 f.)

4.2. Erste Schritte in Richtung Akademisierung in der beruflichen Erstausbildung

In den 80er Jahren begannen einzelne Krankenpflegesschulen in den Unterricht kleinere Forschungsprojekte zu integrieren. Die Krankenpflegeschülerinnen wurden erstmals aufgefordert ihr pflegerisches Tun kritisch zu hinterfragen und sie konnten neue Wege des Erkenntnisgewinns kennen lernen.

Mit dem neuen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), wurde das Unterrichtsfach „Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung“, verteilt auf die drei Ausbildungsjahre in den Rahmenlehrplan aufgenommen.

Damit wird dem „Gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege“ von Seiten des Gesetzgebers erstmals zugestanden, dass die Pflege eine eigenständige Disziplin darstellt, die der Erforschung bedarf.

4.3. Entwürfe von Projekten für eine Studienrichtung Pflegewissenschaft

An der Geisteswissenschaftlichen Fakultät der Universität Graz wurde im Studienjahr 1985/86 ein Pflegewissenschaftliches Lehrveranstaltungsprogramm als Kombinationsfach für Studierende im Hauptfach Pädagogik bewilligt. Mehr als 60 Pflegepersonen haben dieses Studienangebot genutzt und einen akademischen Grad erworben. Aufgrund verschiedenster Umstände konnte der Plan für einen Studienversuch „Pflegewissenschaft“ als Hauptstudium bis heute nicht realisiert werden.

Das Projekt ein Curriculum „Pflegewissenschaft“ an der Donau Universität Krems zu erarbeiten, konnte aufgrund der revidierten Zielsetzung, die sich ausschließlich auf postgraduale Bildungsangebote beschränkte, nicht realisiert werden.

Ab dem Wintersemester 1999/2000 wurde erstmals an der Universität Wien ein „Individuelles Diplomstudium“ mit der Bezeichnung „Pflegewissenschaft“ angeboten. (vgl. Kozon, V.: Bildung und Professionalisierung in der Pflege, 10 f.)

4.4. Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft der Universität Wien (lt. § 17 Universitätsstudienengesetz, Entwurf 1999)

4.4.1. Studienplan

Gesamtstundenanzahl:

110 Semesterwochenstunden, davon
62 Stunden für den 1. Studienabschnitt
48 Stunden für den 2. Studienabschnitt

Studiendauer:

8 Semester (2 Studienabschnitte zu je 4 Semestern)

Akademischer Grad: „Magistra der Philosophie“ bzw. „Magister der Philosophie“

4.4.2. Prüfungsordnung

4.4.2.1. Erste Diplomprüfung

Die Prüfungen werden abgelegt,

1. durch die erfolgreiche Teilnahme an den vorgeschriebenen Lehrveranstaltungen mit Übungscharakter

2. durch Lehrveranstaltungsprüfungen über den Stoff der in Stundenrahmen für das jeweilige Fach vorgeschriebenen oder angebotenen Lehrveranstaltungen,

oder

durch Fachprüfungen aufgrund persönlicher Vereinbarung bei einer Prüferin oder einem Prüfer mit entsprechender Lehrbefugnis, wobei der Stoff dieser Fachprüfungen nach Inhalt und Umfang mit dem der Lehrveranstaltungen vergleichbar sein muss, welche dadurch ersetzt werden

oder

durch eine kommissionelle Gesamtprüfung am Ende des Studienabschnittes vor dem gesamten Prüfungssenat.

Eine Kombination dieser angeführten Prüfungstypen ist möglich. Prüfungen über einzelne Lehrveranstaltungen können durch Fachprüfungen ersetzt werden und bei einer allfälligen Gesamtprüfung sind bereits abgelegte Lehrveranstaltungs- und Fachprüfungen nachgewiesene Teil des Prüfungsstoffes.

4.4.2.2. Zweite Diplomprüfung

Die zweite Diplomprüfung wird in zwei Teilen abgelegt:

Der erste Teil wird abgelegt:

1. durch die erfolgreiche Teilnahme an den vorgeschriebenen Lehrveranstaltungen mit Übungscharakter,
2. durch Lehrveranstaltungsprüfungen über den Stoff, der im Studienrahmen für das jeweilige Fach vorgeschriebenen oder angebotenen Lehrveranstaltungen, oder
3. durch Fachprüfungen aufgrund persönlicher Vereinbarung bei einer Prüferin oder einem Prüfer mit entsprechender Lehrbefugnis, wobei der Stoff dieser Fachprüfung(en) nach Inhalt und Umfang mit dem der Lehrveranstaltungen vergleichbar sein muss, welche dadurch ersetzt werden, oder
4. durch eine kommissionelle Gesamtprüfung am Ende des Studienabschnittes vor dem gesamten Prüfungssenat.

Der zweite Teil umfasst:

Eine Prüfung aus dem Fach, dem der Gegenstand der Diplomarbeit zuzuordnen ist, wobei die Betreuerin oder der Betreuer der Diplomarbeit als Prüferin bzw. Prüfer zu bestellen ist

und

eine Prüfung aus einem weiteren Fach, das unter Berücksichtigung des thematischen Zusammenhanges zu wählen ist.

Die Bestellung dieser Prüferin oder dieses Prüfers obliegt der

Studiendekanin oder dem Studiendekan, doch sind die Wünsche der Kandidatin oder des Kandidaten nach Möglichkeit zu berücksichtigen.

Diese Prüfung ist in Form einer einstündlichen kommissionellen Gesamtprüfung vor dem gesamten Prüfungssenat abzulegen, wobei den beiden Prüferinnen oder Prüfern annähernd dieselbe Zeit für die Prüfung einzuräumen ist.

Voraussetzung für die Zulassung zum zweiten Teil der zweiten Diplomprüfung ist die positive Beurteilung der Diplomarbeit. Diese dient dem Nachweis der Befähigung, wissenschaftlich Themen selbstständig sowie inhaltlich und methodisch vertretbar zu bearbeiten.

(vgl. Kozon, V.: Bildung und Professionalisierung in der Pflege, 17 ff.)

5. Status Quo der Gesundheits- und Krankenpflege

5.1. Historischer Überblick über die Entstehung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes

Eine Neuregelung des Krankenpflegegesetzes wird schon seit mehreren Jahren von dem Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales gefordert. Reformpläne bestehen bereits seit längerer Zeit, doch bis zum Jahr 1992 waren die Ausbildung und das Berufsrecht von 22 Gesundheitsberufen im Krankenpflegegesetz geregelt, wobei einzelne Tätigkeitsbereiche und Berufsbilder der einzelnen Berufe nur allgemein umschrieben waren und dies daher zu Auslegungsproblemen führte. Die Schaffung des Berufes des Pflegehelfers / der Pflegehelferin mit der Novelle zum Krankenpflegegesetz, war ein erster Schritt zur Verbesserung der Ausbildung und Berufsausübung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe.

Die zentrale Stellung der Pflege im Rahmen des Gesundheitswesens erforderte eine umfassende Reformierung der Pflegeberufe. Nach jahrelangen fachlichen Vorarbeiten wurde im August 1993 ein Arbeitskreis „Eigenständigkeit in der Krankenpflege“ eingesetzt. In zahlreichen Sitzungen wurden die Ergebnisse erörtert.

Auf Grund der starken Bindung an das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegegesetz wurde auch die Pflegehilfe in das neue Gesetz integriert. Für beide Berufsgruppen wurden Berufsbild und Tätigkeitsbereiche ausführlich umschrieben. (vgl. Gruber, E.: Weiterbildung im Gesundheits- und Pflegebereich, 28 f.)

5.2. Übersicht über die wesentlichen Inhalte des Gesetzes – Aufbau des Gesetzes

Das neue „Gesundheits- und Krankenpflegegesetz“ ist mit 1. September 1997 in Kraft getreten und hat im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe das Krankenpflegegesetz abgelöst. Damit soll die immer bedeutendere Stellung der Pflege des Gesundheitswesens gefestigt und die Ausbildung an die gestiegenen Anforderungen in diesem Bereich angepasst werden.

Folgende Schwerpunkte der Reformmaßnahmen im Bereich der Pflege sind insbesondere:

- Schaffung eines eigenständigen Gesetzes für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe
- Festlegung von Berufsrechten und Berufspflichten
- Neuformulierung der Berufsbilder
- Änderung der Berufsbezeichnung
- Detaillierte Umschreibung der Tätigkeitsbereiche
- Umfassende Regelung über die Berufsberechtigung und die Berufsausübung
- Festlegung der Ausbildungsbedingungen
- Aufhebung der Internatspflicht
- Einrichtung einer Schülerversammlung
- Regelung über Fort- und Weiterbildungen
- Verpflichtende Sonderausbildung für die Ausübung von Spezial-, Lehr- und Führungsaufgaben
- Sonderausbildungen auch in der Kinder- und Jugendlichenpflege und in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege neben den bisherigen Grundausbildungen
- Neufassungen der Nostrifikationsbestimmungen

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz gliedert sich in 4 Hauptstücke und umfasst 116 Paragraphen.

Im ersten Hauptstück werden allgemeine Bestimmungen getroffen, hier sind auch die Berufspflichten festgelegt. Das zweite Hauptstück regelt den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und untergliedert sich in 6 Abschnitte.

Die Pflegehilfe wird im dritten Hauptstück geregelt, das vierte Hauptstück beinhaltet Straf-, Schluss- und Übergangsbestimmungen und regelt das Inkrafttreten und die Vollziehung. (vgl. Gruber, E.: Weiterbildung im Gesundheits- und Pflegebereich, 31 f.)

5.3. Das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege

§11 (1) GuKG

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten.

(2) Er umfasst die Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersstufen bei körperlicher und psychischer Erkrankungen, die Pflege und Betreuung behinderter Menschen, Schwerkranker und Sterbender sowie die pflegerische Mitwirkung an der Rehabilitation, der primären Gesundheitsversorgung, der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten im intra- und extramuralen Bereich.

(3) Die in Absatz 2 angeführten Tätigkeiten beinhalten auch die Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen auf ärztlicher Anordnung.

5.4. Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich

In eigener Verantwortung setzt die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson Maßnahmen, die die Klient(inn)en bei der Förderung der Gesundheit und bei der Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens unterstützen, wenn diese wegen Alter, Krankheit, geistiger oder körperlicher Behinderung oder sozialer Hilfsbedürftigkeit nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit das entsprechend qualifizierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal bedürfen.

In Bezug auf die Pflege der Klient(inn)en ist die diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/ der diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger (DGKS/DGKP) die/der Vorgesetzte der Krankenpflegeschüler(Innen) und der pflegerischen Hilfsdienste (Pflegehelfer(Innen), Sanitätsgehilf(Inn)en, OP – Gehilf(Inn)en, Altenhelfer(Innen)).

Die/Der DGKS/DGKP entscheidet gemeinsam mit ihren/seinen Vorgesetzten in der Pflege und Kolleg(Inn)en, welche Pflegeethik dem beruflichen Handeln zugrunde gelegt wird. Die/Der DGKS/DGKP legt die ethischen Grundregeln, die vom Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband und vom Weltbund der Krankenschwestern / Krankenpfleger definiert wurden, die Grundsätze, die aus der Menschenrechtskonvention oder der Deklaration der Patientenrechte hervorgehen, ihrem beruflichen Handeln zugrunde. Sie/Er ist imstande, ihr berufliches Handeln und die institutionellen bzw. gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ethisch zu reflektieren und im Diskurs zu begründen. (vgl. Allmer, G.: www.oegkv.at/bund/praxis/bbdgks/aufgaben.htm)

§ 14 (1) GuKG

Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und –beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im

Rahmen der Pflege.

(2) Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

1. Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (Pflegeanamnese)
2. Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose)
3. Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen (Pflegeplanung)
4. Durchführung der Pflegemaßnahmen
5. Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation)
6. Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen
7. psychosoziale Betreuung
8. Dokumentation des Pflegeprozesses
9. Organisation der Pflege
10. Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals
11. Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung
12. Mitwirkung an der Pflegeforschung

5.5. Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich

Wenn die DGKS/DGKP in einer Institution beschäftigt ist, richtet sich das Ausmaß der Tätigkeiten des mitverantwortlichen Aufgabenbereichs nach den jeweils geltenden innerbetrieblichen Regelungen. Aufgrund einer schriftlichen ärztlichen Verordnung führt die DGKS/ der DGKP diagnostische und therapeutische Maßnahmen durch und sorgt dafür, dass die Klient(Inn)en die notwendige Information erhalten und die erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen getroffen werden. Für jede von ihr/ihm durchgeführte Maßnahme trägt sie/er die Durchführungsverantwortung.

Die DGKS/DGKP dokumentiert alle durchgeführten Maßnahmen und unterschreibt diese Dokumentation. Bei der Ausführung von ärztlich angeordneten Tätigkeiten hat sie aber auch eine Reihe von eigenständigen Aufgaben zu erfüllen, die sie in eigener Verantwortung entscheidet und ausführt:

- Die DGKS/ der DGKP entscheidet, ob sie/er die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten für die Ausführung der angeordneten Maßnahmen besitzt.
- Die DGKS/ der DGKP beachtet bei der Durchführung der therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen die psychische und physische Situation der diagnostischen Maßnahmen die psychische und physische Situation der Klient(Inn)en.
- Die DGKS/ der DGKP sorgt dafür, dass die Klient(Inn)en über alle Maßnahmen, die sie auf ärztliche Verordnung an ihm durchführt, vollständig informiert ist.
(vgl. Allmer, G.: www.oegkv.at/bund/praxis/bbdgks/aufgaben.htm)

§ 15 (1) GUKG

Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung.

(2) Der anordnende Arzt trägt die Verantwortung für die Anordnung (Anordnungsverantwortung), der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die Durchführung der angeordneten Tätigkeiten (Durchführungsverantwortung).

(3) Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich hat jede ärztliche Anordnung vor Durchführung der betreffenden Maßnahme schriftlich zu erfolgen. Die erfolgte Durchführung ist durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durch deren Unterschrift zu bestätigen.

(4) Die ärztliche Anordnung kann in medizinisch begründeten Ausnahmefällen mündlich erfolgen, sofern auch dabei die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind. Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung ist zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist. Die schriftliche Dokumentation der ärztlichen Anordnung hat unverzüglich, längstens aber innerhalb von 24 Stunden zu erfolgen.

(5) Der Mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

1. Verabreichung von Arzneimitteln,
2. Vorbereitung von Verabreichung von subkutanen, intramuskulösen und intravenösen Injektionen,
3. Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen,
4. Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren,
5. Setzen von transurethralen Blasenkathebern zur Harnableitung, Instillation und Spülung,
6. Durchführung von Darmeinläufen und
7. Legen von Magensonden.

5.6. Der interdisziplinärer Tätigkeitsbereich

Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst Tätigkeiten, die die DGKS/ der DGKP nach eingehender Beratung mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ausübt. Im Rahmen des interdisziplinären Aufgabenbereichs hat die DGKS/ der DGKP das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht: Sie/Er unterbreitet Vorschläge für Maßnahmen, die Angehörige anderer Gesundheitsberufe betreffen. Sie prüft Vorschläge, die andere Fachpersonen an sie richten und sie entscheiden aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz zusammen mit den anderen Fachpersonen über zielführende Maßnahmen zum Wohle der Klient(inn)in.

(vgl. Allmer, G.: www.oegkv.at./bund/praxis/bbdgks/aufgaben.htm)

§ 16 (1) GuKG Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen.

(2) Im interdisziplinären Tätigkeitsbereich haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von Ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen.

(3) Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

1. Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit,
2. Vorbereitung der Patienten oder pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient, und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung,
3. Gesundheitsberatung und
4. Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physischen oder psychischen Erkrankung. (vgl. Lust, A.; Weiss – Fassbinder, S.: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, 37 ff.)

5.7. Die Sonderausbildungspflicht für Spezial-, Lehr- und Führungsaufgaben

Neben dem eigenverantwortlichen, mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereich, zu dem alle Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt sind, wird auf die Spezial-, Lehr- und Führungsaufgaben im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz verwiesen, die nur nach Absolvierung der entsprechenden Sonderausbildung ausgeübt werden dürfen. Dies ist eine unabdingbare Voraussetzung für die zukünftige Qualitätssicherung im Bereich des Gesundheitswesens.

Allerdings ist aufgrund der komplexen und teilweise bereichsübergreifenden Aufgabenstellung in der Pflege eine klare Abgrenzung der einzelnen Tätigkeitsbereiche einerseits zwischen der

allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege und den Spezialaufgaben und andererseits zwischen den einzelnen Spezialaufgaben untereinander nicht immer möglich.

5.8. Erweiterter und spezieller Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege

Gemäß § 17 Abs. 1 GuKG umfasst der erweiterte Tätigkeitsbereich die Ausübung von Spezial-, Lehr- und Führungsaufgaben

Gemäß Abs. 2 zählen zu den Spezialaufgaben die:

- Kinder- und Jugendlichenpflege
- Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege
- Intensivpflege
- Anästhesiepflege
- Pflege bei Nierenersatztherapie
- Pflege im Operationsbereich
- Krankenhaushygiene

Die Aufzählung der Spezialbereiche beinhaltet jene Bereiche, in denen im Sinne der Qualitätssicherung eine verpflichtende zusätzliche Ausbildung unabdingbar ist. Die angeführten speziellen Tätigkeitsbereiche stellen an die Berufsangehörigen Anforderungen, die über die in der Grundausbildung vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten hinausgehen und daher zusätzlich erlernt werden müssen.

Gemäß Abs. 3 zählen zu den Lehraufgaben insbesondere die

- Lehrtätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege
- Leitung von Gesundheits- und Krankenpflegeschulen
- Leitung von Sonderausbildungen
- Leitung von Pflegehilfelehrgängen

Unter Lehraufgaben fallen sowohl die Tätigkeiten als Lehrkraft in der Gesundheits- und Krankenpflege als auch die Leitung von den entsprechenden Ausbildungseinrichtungen.

Gemäß Abs. 4 zählen zu den Führungsaufgaben insbesondere die

- Leitung des Pflegedienstes an einer Krankenanstalt
- Leitung des Pflegedienstes an Einrichtungen, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen.

Führungsaufgaben im Sinne dieses Gesetzes, für die eine verpflichtende Sonderausbildung erforderlich ist, sind ausschließlich die Leitung des Pflegedienstes an Krankenanstalten sowie in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen. Für die Leitung von nachgeordneten Organisationseinheiten

(z.B.: Stationsleitung) ist die Absolvierung einer Sonderausbildung nicht verpflichtend. Entsprechende Weiterbildungen in diesem Bereich können selbstverständlich angeboten werden. Des Weiteren steht es dem Dienstgeber frei, diesen Personen auch die Sonderausbildung für Führungsaufgaben anzubieten.

Die Ausübung von Lehr- und Führungsaufgaben setzt neben der erfolgreichen Absolvierung der entsprechenden Sonderausbildung auch eine mindestens zweijährige Berufsausübung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege voraus, da diese Aufgaben sinnvollerweise nur von Personen mit entsprechender Berufserfahrung ausgeübt werden sollte.

(vgl. www.oegkv.at/pflegerecht/ga2003/Allmer.G.:sonderausbildungspflicht.htm, bzw. Lust, A.; Weiss – Fassbinder, S.: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, 50 ff.)

5.9. Die Ausbildung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege

5.9.1. Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege

Die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege dauert drei Jahre und dient der Vermittlung, der zur Ausübung des Berufes zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege erforderlichen theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fertigkeiten. Sie hat mindestens 4.600 Stunden in Theorie und Praxis zu enthalten, wobei die Hälfte mindestens auf die praktische Ausbildung und ein Drittel mindestens auf die theoretische Ausbildung zu entfallen hat. Die Festlegung von Mindeststunden ermöglicht es der Leitung einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule, über das Mindestmaß hinausgehende Ausbildungsinhalte schwerpunktmäßig anzubieten. Für Personen, die die neunte Schulstufe erfolgreich abgeschlossen haben, kann eine Vorbereitungsausbildung abgehalten werden, die der Vertiefung der Allgemeinbildung und der Vorbereitung auf die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege dient und nach den schulrechtlichen Vorschriften zu führen ist.

(vgl. Lust, A.; Weiss – Fassbinder, S.: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, 96 f.)

5.9.2. Aufnahmebedingungen für die Gesundheits- und Krankenpflegeschulen

§ 54 (1) GuKG Personen, die sich um die Aufnahme in eine Schule für Gesundheits- und Krankenpflege bewerben, haben nachzuweisen:

1. die zur Erfüllung der Berufspflichten im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege erforderliche körperliche und geistige Eignung,
2. die zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche Vertrauenswürdigkeit und
3. die erfolgreiche Absolvierung von zehn Schulstufen.

Aufgrund von internationalen Verpflichtungen ist es erforderlich, als Zugangsvoraussetzung einheitlich, auch für die speziellen Grundausbildungen, die erfolgreiche Absolvierung von zehn Schulstufen zu normieren. Diese Grundvoraussetzung ist im Europäischen Übereinkommen verankert.

Um Personen, die sich nicht bereits im jugendlichen Alter für die Pflege entscheiden, die Möglichkeit dieser Berufsausbildung nicht zu verwehren, wird die bisherige Normierung einer Höchstaltersgrenze nicht beibehalten.

Die Auswahl der geeigneten Bewerber(innen) ergibt sich durch die Entscheidung der Aufnahmekommission. (vgl. Lust, A.; Weiss – Fassbinder, S.: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, 104 f.)

5.9.3. Die Ausbildungsziele

- Die Befähigung zur Übernahme und Durchführung sämtlicher Tätigkeiten, die in das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege fallen.
- Die Vermittlung von Kenntnissen über den Aufbau, die Entwicklung und die Funktionen des menschlichen Körpers und der menschlichen Psyche.
- Die Vermittlung einer geistigen Grundhaltung in Bezug auf die Menschen- und Patientenrechte.
- Die Vermittlung von Kenntnissen und der Anwendung von Methoden zur Erhaltung des eigenen physischen, psychischen und sozialen Gesundheitspotenzials.
- Die Ausrichtung der Pflege nach einer wissenschaftlichen anerkannten Pflgeethorie und deren Erkennung als einen analytischen, problemlösenden Vorgang sowie zielgerichtetes und eigenverantwortliches pflegerisches Handeln unter Bedachtnahme auf die beruflichen Kompetenzen und ethischen Grundprinzipien.

- Die Vermittlung von Kenntnissen für die Planung, Ausführung, Dokumentation und Evaluierung einer optimalen Pflege.
- Die Förderung kreativer Arbeit, Kommunikation und Kooperation zur Sicherung der Pflegequalität und Unterstützung der Weiterentwicklung der Pflegepraxis durch forschungsorientiertes Denken.
(vgl. Schwamberger, H.: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG - AV, 204)

5.9.4. Die Ausbildungsverordnung

§57 (1) GuKG

Der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat durch Verordnung nähere Bestimmungen über die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, insbesondere über

1. Die Ausbildungsbedingungen,
2. den Lehrbetrieb,
3. den Lehrplan sowie den Mindestumfang des theoretischen und praktischen Unterrichts,
4. die verkürzte Ausbildungen,
5. die fachlichen Voraussetzungen und Aufgaben der Schulleitung und der Lehr- und Fachkräfte und
6. den Ausschluss von der Ausbildung festzulegen.

Diese Bestimmungen enthalten eine umfassende Verordnungsermächtigung für den Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur Regelung der Ausbildung, wobei nicht nur die Inhalte sondern auch die

- Ausbildungsbedingungen,
- der Ausschluss sowie die
- Entscheidungen der Aufnahmekommission in Betracht gezogen werden.

Gegenstand der Verordnung sind:

- (2) Die Verordnung gemäß Abs. 1 ist unter Bedachtnahme auf die Erkenntnisse und Erfahrungen insbesondere der Pflegewissenschaft sowie auf die Ausbildungs- und Berufsanforderungen zu erlassen.
(vgl. Schwamberger, H.: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG)

5.9.5. Die Diplomprüfung

Nach Abschluss der theoretischen und praktischen Ausbildung des dritten Ausbildungsjahres ist eine Diplomprüfung vor der Diplomprüfungskommission abzulegen.

Im Rahmen dieser Diplomprüfung ist zu überprüfen, ob der Schüler über die für die selbstständige und fachgerechte Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt.

Die Diplomprüfung setzt sich zusammen aus:

- Der schriftlichen Fachbereichsarbeit
- Der praktischen Diplomprüfung
- Der mündlichen Diplomprüfung

(vgl. Schwamberger, H.: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG - AV, 233 ff.)

5.10. Pflegeforschung

5.10.1. Definition Pflegeforschung - 1983

„Krankenpflegeforschung ist Forschung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, in dem die Krankenschwester den größten Teil der Verantwortung trägt. Krankenpflegeforschung bemüht sich das Wissen zu vermehren, das die Schwester braucht, um effektiv zu wirken.“ (Mayer, H.: Pflegeforschung, 23)

Die Pflegeforschung ist das Instrument der Pflege-wissenschaft, um Theorie zu (Abb. 3.) überprüfen, Fragestellungen aus der Praxis aufzugreifen, zu beantworten und Grundlagen für neue Theorieentwicklung zu liefern. Erfahrungen, Kenntnisse, Handlungen und Wissenschaft werden durch Forschung vernetzt. (siehe Abb. 3)

Die Bemühungen um die Pflegeforschung in Österreich gehen auf die Anfänge der 70er Jahre zurück und sind nahezu untrennbar mit dem Namen Dr. Lisbeth Hockey verbunden. Sie hat den Pflegepersonen durch ihre Seminare, die vom Österreichischen Krankenpflegeverband veranstaltet wurden, erst die Wichtigkeit der Forschung für Pflege verdeutlichen können.

5.10.2. Historischer Exkurs

Die Krankenpflege konnte sich nur langsam als eine Partnerschaft zwischen Forschung und Praxis heranzubilden. Käppeli sieht eine Ursache dafür in theoretischen Problemen, da Forschung und Praxis auf zwei gänzlich verschiedenen Traditionen beruhen.

„Forschung hat ihren Ursprung in der Tradition der Wissenschaft, mit dem Auftrag Wissen zu produzieren. Die Pflegepraxis ist geprägt von der moralischen Tradition des Dienen und Helfens, sie hat also keine intellektuelle, sondern eine stark handlungsorientierte Tradition.“

(Mayer, H.: Pflegeforschung, 24)

Es wird in der Pflegeforschung davon ausgegangen, dass Pflege ein spezifisches Wissensgebiet beinhaltet, das entwickelt werden muss. Die Pflegepraxis stützt sich aber noch weitgehend auf die Erkenntnisse anderer Wissenschaften, insbesondere der Medizin:

„Pfleger und Heiler als umfassende Heilkunde einer Tradition, die bis zurück ins Altertum gemeinsame geschichtliche Wurzeln hat, deren Aufgaben und Zielsetzungen durch denselben Personenkreis wahrgenommen wurden. Zur endgültigen Aufspaltung der beiden Bereiche kam es erst im 19. Jahrhundert.“ (Mayer, H.: Pflegeforschung, 24)

Gründe dafür liegen in der Verwissenschaftlichung der Medizin. Es kam zu einer streng hierarchischen und geschlechtsspezifischen Aufteilung der Männer in der Medizin und des weiblichen Anteils, dienend in der Pflege.

„In allen ärztlichen Angelegenheiten müssen sie (die Pflegerinnen) sich den Anordnungen der Ärzte ohne Kritik fügen und ihnen gehorchen. Gerade vermöge ihrer Berufsausbildung müssen besonders Schwestern die Hoheit der Wissenschaft begreifen und einsehen, dass sie selbst zu wissenschaftlichen Urteilen nicht fähig sind.“ (Mayer, H.: Pflegeforschung, 25)

Hier wird deutlich, dass in diesem Zitat den Pflegenden jeglicher Anspruch und sogar die Fähigkeit, Wissenschaft zu betreiben, abgesprochen wird. Es soll die Pflicht der Pflegenden sein, sich kritiklos der beherrschenden Wissenschaft Medizin unterzuordnen. Pflege, die als Hilfsberuf der Medizin definiert wurde, musste mit dem Wissenshintergrund dieser Wissenschaft das Auslangen finden.

Mit ähnlichen Problemen sind manche Länder noch heute konfrontiert. Wo sich die Pflege noch nicht völlig aus dem Status des Hilfsberufes der Medizin emanzipiert hat, ist es schwer einen eigenen Wissenschaftsanspruch oder den Anspruch auf Forschung zu erheben.

Heute gibt es in fast allen europäischen Ländern Studiengänge für Pflegeforschung. In Betracht der Geschichte der Pflegeforschung sieht man, dass sie Hand in Hand mit der Geschichte der universitären Ausbildung von Krankenpflegefachkräften geht. (vgl. Mayer, H.: Pflegeforschung, 23 ff.)

5.11. Pflege und Medizin – Emanzipation und Kooperation

Es gibt vier Thesen zum Verhältnis der Medizin und Pflege:

Erste These: Pflege und Medizin sind zwei je eigenständige Gesundheitsberufe, welche unterschiedlichste Aufgaben im Gesundheitswesens haben.

Zweite These: Die angemessene Form der Kooperation kann nur die einer gleichberechtigten Zusammenarbeit miteinander und mit anderen Gesundheitsberufen sein.

Dritte These: Die Definition der Pflege als ärztlicher Assistenzberuf ist historisch überholt. Die Berufskonstruktion der Pflege muss sich an den Regeln der Professionen ausrichten. Das heißt vor allem, sie muss ihrem Berufswissen eine wissenschaftliche Grundlage geben. Sie muss sich mehr Autonomie in Fragen der Ausbildung und der Ausübung des Berufes erkämpfen.

Vierte These: Im Gesundheitswesen gibt es neben der Prävention, der Gesundheitsförderung und der Behandlung von Krankheiten in der Tat den gesellschaftlichen Auftrag zu beruflicher Pflege. Als Gründe für den steigenden gesellschaftlichen Bedarf an Pflege sind drei Stichworte aufzuführen:

- Die Zunahme der 1-Personen-Haushalte
- Die Zunahme des Anteils betagter und hochbetagter Menschen
- Der Wechsel des Krankheitspanoramas, hin zu nicht heilbaren chronischen Krankheiten.

Pflege und Medizin sind zwei Praxisdisziplinen, die eine gemeinsame wissenschaftliche Grundlegung besitzen:

- Die Medizin ist eine der ältesten Wissenschaften des Abendlandes und noch früherer Hochkulturen.
- Die Grundlegung der Pflegewissenschaft befindet sich hierzulande erst in den Anfängen, international sind die Konturen bereits deutlich sichtbar.

Es finden diese beide Berufe nur mit konkreter Interaktion mit Menschen statt, die auf den Einzelfall orientiert sind.

Dabei kann man das ärztliche Handeln von medizinischer Forschung unterscheiden, die auch im Labor stattfinden kann und einer anderen Logik folgt.

Das pflegerische Handeln ist ungespalten klienten- oder patientenbezogen und muss es auch als Pflegeforschung bleiben, da sein Gegenstand nicht vom Menschen in seinem Lebenszusammenhang trennbar ist.

(vgl. Moers, M.: Pflege und Medizin – Emanzipation und Kooperation, 940)

5.11.1. Zukunftsperspektiven

Die Zukunft der Pflegeforschung ist vielversprechend. Durch regionale, nationale und internationale Forschungskonferenzen und zahlreiche Fachzeitschriften konnte eine zunehmende Vernetzung von Forschungsvorhaben erreicht werden.

Im kommenden 21. Jahrhundert wird ein Ziel der Pflegeforschung in der weiteren Entwicklung von Datensammlung bestehen.

Die Forschung in der Krankenpflege hängt in Zukunft vor allem von ihrem Wissen über die Kunst und Wissenschaft der klinischen Pflege ab. In Ihrer intellektuellen Neugierde, ihrem beruflichen Engagement und ihrem fachlichen Können liegt die Zukunft der Pflegeforschung. (vgl. Notter, L. – E.; Hott, J. – R.: Grundlagen der Pflegeforschung, 13)

6. Krankenpflege „quo vadis“ – Ausblicke in die Zukunft

6.1. Überlegung zur Problemstellung des Mangels des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege

In vielen Regionen haben sich im Verlauf dieses Jahres einige für die Pflege sehr problematische Szenarien abgezeichnet:

- Der Pflegepersonalmangel wird bzw. ist wieder ein aktuelles Thema. Besonders gravierend zeigt er sich in den Bereichen der Pflegeheime und im extramuralen Bereich und wird bald auch auf den Akutbereich übergreifen, aufgrund des mangelnden Nachwuchses.
- Die Berufsverweildauer ist oft durch das „Burn out“ stark herabgesetzt.
- Der frühzeitige Ausstieg aus diesem Beruf resultiert auch aus dem, für die erbrachten Leistungen im Gesundheitswesen, geringem Ansehen der Pflegenden und der mangelnden Anerkennung.
- Die Gesundheits- und Krankenpflegesschulen werden aufgefordert die Ausbildungszahlen zu erhöhen. Gleichzeitig beklagen die Schulen aber einen deutlichen Bewerberrückgang.
- Für Jugendliche und Erwachsenen fehlt eine zeitgemäße, attraktive Form

der Berufsausbildung und Durchlässigkeit des Bildungssystems. Viele Berufe haben die Gesundheits- und Krankenpflege durch ihre moderne Ausbildung mit einem besseren Image überflügelt.

Daraufhin und basierend auf Gesprächen der Schuldirektoren mit den verantwortlichen Politikern, wurde von ihnen im Frühsommer 2002 die Bereitschaft signalisiert, ein neues Bildungskonzept zu diskutieren. Am 14.11.2002 wurde ein neues Bildungskonzept erarbeitet und zur Diskussion gestellt.

Um eine breite Bildungsbasis in der Pflege zu schaffen wurde eine pyramidenförmige Entwicklungsmöglichkeit und Durchlässigkeit bis hin zum Studium erarbeitet. Man ist davon überzeugt, die Attraktivität und das Image des Pflegeberufes zu besitzen und auch das Interesse am Pflegeberuf zu steigern. Es sind natürlich auch Verbesserungen der Rahmenbedingungen, sowohl während der Ausbildung, als auch im Berufsleben unbedingt erforderlich. Nach einem sehr positiven Echo der Politiker und der Bestätigung der Notwendigkeit der Veränderung werden die Vorschläge weiter diskutiert und eine Umsetzung vorangetrieben.

Mit dieser Modernisierung der Ausbildung kann man also die Attraktivität und die Qualifikation der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe steigern und den Auszubildenden eine neue, erweiterte Perspektive geben. Dieser Schritt wird dringend notwendig sein, da Österreich das einzige Land neben Deutschland und Luxemburg in der EU ist, wo diese Bildungsdurchlässigkeit bisher nicht gegeben war.

Das Aufzeigen der verschiedenen Zugänge entspricht den verschiedensten Interessen, daher sollen sowohl Berufsumsteiger als auch Maturanten (eine neue, schon lange angedachte Zielgruppe), die über einen AHS bzw. BHS Abschluss verfügen, angesprochen werden.

Diese Aufhebung soll einem breiten Kreis von Interessenten die zukunftssträchtige Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung eröffnen. Durch die Integration der Berufsreifeprüfung wird ein gemeinsames Niveau erreicht.

Die Pflege ist ein eigenständiger Aufgabenbereich geworden und braucht auch im Ausbildungsbereich Neuregelungen, die den ständig wachsenden Herausforderungen gerecht werden. (vgl. Danzer, K.: Arge Schuldirektoren Niederösterreichs stellt neues Bildungskonzept für die Pflege zur Diskussion, 38 f.)

6.2. Das Bildungskonzept für die Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Ein dreistufiges Bildungsmodell wird überlegt:

6.2.1. Erste Stufe

Ausbildung zum Pflege- oder Altenhelfer mit Abschlussprüfung:

1. Besuch von 3 Jahren der 5-jährigen höheren Lehranstalt für Gesundheits- und Krankenpflege
2. Besuch der ersten 2 Jahre im Rahmen der 4-jährigen Fachausbildung zur/zum diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger
3. Besuch der Fachschule Altenhelfer/Altenfachbetreuer und Pflegehelfer wie bisher
4. Der Erwerb des Zeugnisses für Pflege- und Altenhelfer (von Abs. 2 und 3) ermöglicht dem Schüler den Einstieg in die letzten 2 Jahre der Fachausbildung zur/zum diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger.

6.2.2. Zweite Stufe

Diplomausbildung:

1. Die 5-jährige HLA für Gesundheits- und Krankenpflege (endet mit allgemeinem Diplom und Matura). Der Einstieg erfolgt nach der 8. Schulstufe. Möglichkeit zum Umstieg nach 3 Jahren (=Pflegehelfer) in die 3. Klasse der 4-jährigen Fachausbildung zum Erwerb eines psychiatrischen oder Kinder- und Jugendlichendiploms.
2. Die 4-ährige Fachausbildung endet mit einem allgemeinen Diplom, psychiatrischem Diplom oder Kinder- und Jugendlichendiplom und beginnt im 3. Ausbildungsjahr.
3. 3-jähriger Maturantenlehrgang – endet entweder mit Diplom für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege oder für Kinder- und Jugendlichenpflege.

Der Erwerb eines zusätzlichen Diploms erfolgt in 1-jähriger Lehrgängen.

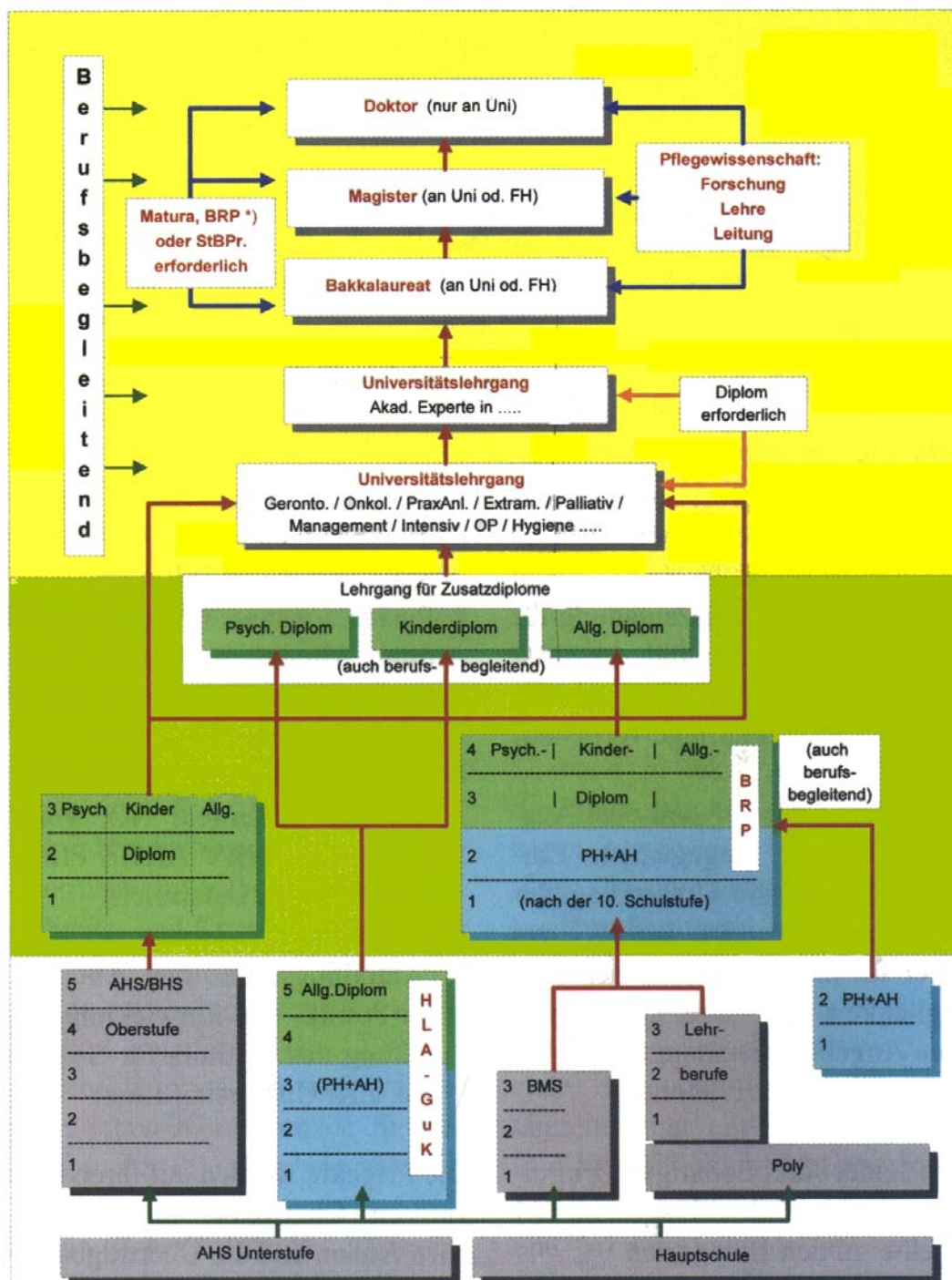
6.2.3. Dritte Stufe

Die Spezialisierung ist im tertiären Bereich geregelt. Das erste Modul entspricht einer Weiterbildung gemäß § 64 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz und wird als Universitätslehrgang (ULG) geführt. Dies sind 30 ECTS (European Credits Transfer System) im Sinne des Europäischen Systems zur Abrechnung von Studienleistungen.

Das zweite Modul schließt mit dem „Akademischen Experten in ...“ ab. (Beide Lehrgänge haben ein Diplom zur Voraussetzung). Die weiteren Stufen setzen ein Reifeprüfungsniveau voraus. Diese umfasst den Bereich der Pflegewissenschaft (Forschung, Lehr und Leitung) und können an Fachhochschulen und Universitäten angesiedelt sein. Das Doktoratstudium kann ausschließlich an einer Universität absolviert werden. (siehe Abb. 4)

(vgl. Danzer, K.: Arge Schuldirektoren Niederösterreichs stellt neues Bildungskonzept für die Pflege zur Diskussion, 39)

Pflege - Bildung - Zukunft in NÖ



(Abb. 4)

6.3. Zukünftige Schwerpunkte in der Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Die zukünftigen Schwerpunkte innerhalb der Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sind einerseits auf Patientenorientierung der Pflegenden, sowie Partnerschaft zwischen Patient und Pflegepersonal und andererseits hinsichtlich der Gesundheitsförderung durch Pflegeberufe, zu setzen. Des Weiteren wird der Ruf nach verstärkter Kooperation zwischen einzelnen Fachabteilungen, Krankenhäusern und mobilen Diensten, laut. Auch muss die Teamfähigkeit und Zusammenarbeit des Pflegepersonals bereits während der Ausbildung verstärkt bzw. gefördert werden.

(vgl. Hable, J.: «Nein» zu neuen Ausbildungsmodellen – Enquete: Gesundheit und Pflege im Alter, 14)

Schlusswort

Das Krankenpflegegesetz definierte Krankenschwestern als Hilfskräfte von Ärzten. Die Eigenständigkeit des Pflegeberufes wurde dadurch geleugnet und die Leistungen des Pflegepersonals tendenziell als ärztliche Leistung vereinnahmt. Eine Stellenbeschreibung für Krankenschwestern hätte allgemein lauten können: *„Arbeitskraft in vielseitiger Verwendung“*.
(Allmer, G.: Die historische Entwicklung der Krankenpflege, 38)

Trotz intensiver berufspolitischer Arbeit, insbesondere durch den Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband, war das Selbstbewusstsein für den Pflegeberuf mit seinen eigentlichen Aufgaben, nicht sehr ausgeprägt und ist es zum Teil noch immer nicht. Erst 1990 zeichnete sich durch eine Forschungsarbeit ein durchgreifender Berufswandel ab: *„Weg von der traditionellen, dienenden Frauenrolle, hin zu Selbstbewusstsein und Eigenständigkeit in der Pflege, die mangelnde Eigenständigkeit der Pflegenden, der niedrige gesellschaftliche Status des Pflegeberufes und die mangelnde Vertretung der Berufsgruppe in politischen Gremien gehört zu den wesentlichen Gründen der Berufskrise.“*
(vgl. Allmer, G.: Die historische Entwicklung der Krankenpflege, 39)

Schließlich wurde die Regierungsvorlage zum 9. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz im Mai 1997 in den Ministerialrat eingebracht und am 10.07.1997 im Bundesgesetzblatt 1997/108 verlautbart. Von diesem Tag an, ist die Pflege auf dem Weg zur Mündigkeit und arbeitet als gleichberechtigter Partner im Multiprofessionellen Team.
(vgl. Allmer, G.: Die historische Entwicklung der Krankenpflege, 36 ff.)

„Nicht in der Individualität, in der Solidarität wird sich die Zukunft der Pflege entscheiden“

Anhang

Zeittafel 1933 – 1944

1933

30.01.1933 Hitler wird von Hindenburg zum Reichskanzler ernannt

27.02.1933 Reichstagsbrand in Berlin

28.02.1933 Notverordnung Hindenburgs „Zum Schutz von Volk und dem Staat“:
Aufhebung der in der Weimarer Verfassung festgelegten Grundrechte

05.03.1933 Reichstagswahlen

23.03.1933 „Gesetz zur Behebung der Not Von Volk und Reich“ (Ermächtigungsgesetz)

28.03.1933 Die polizeilichen Meldebehörden müssen nun auch ärztliches Hilfspersonal dem Kreisarzt melden (bisher nur Ärzte)

02.05.1933 Auflösung der freien Gewerkschaften, Verhaftung von vielen Funktionären

ab Mai 1933 An die Stelle der Gewerkschaften tritt die „Deutsche Arbeitsfront“ (folgend: DAF). Innerhalb der DAF werden 18 Betriebsgemeinschaften gebildet, das gewerkschaftlich organisierte Krankenpflegepersonal wird in die „Reichsbetriebsgemeinschaft öffentliche Betriebe“ eingegliedert. Der Schwesternverband der freien Gewerkschaft, die „Schwesternschaft der Reichssektion Gesundheitswesen“, verschwindet mit der Zerschlagung der freien Gewerkschaften. Die DAF ist für arbeitsrechtliche und tarifpolitische Belange zuständig.

Als berufsständische Dachorganisation wird die „Reichsarbeitsgemeinschaft der Berufe im ärztlichen und sozialen Dienste“ gegründet. Sie ist als die Nachfolgeorganisation der Nationalsozialistischen Fachschaften der „Abteilung für Volksgesundheit der NSDAP“ zu verstehen. Sie ist der Reichszentrale für Gesundheitsführung des Reichsinnenministeriums unterstellt.

Die „Nationalsozialistische Volkswohlfahrt“ (folgend: NSV) wird als Parteiorganisation innerhalb der NSDAP anerkannt und soll die Koordination des gesamten Sozial- und Gesundheitswesens mittel- bis langfristig übernehmen.

30.06.1933 Als erster der Diakonieverbände schließt sich der Kaiserwerther Verband korporativ der Reichsfachschaft an.

Mai/Juni 1933 Die ersten gewerkschaftlich, sozialistisch oder kommunistisch organisierten Schwestern und Pfleger werden in Berlin im Krankenhaus Moabit entlassen. Es ist anzunehmen, dass dies auch in anderen Städten geschah.

14.07.1933 Gesetz „zur Verhütung von erbkranken Nachwuchs“

23.08.1933 Die „Abteilung Volksgesundheit“ der NSDAP wird aufgelöst

Oktober 1933 Die erste NS-Schwesternschule wird in Hannover eröffnet. Studentinnen aller Fachbereiche müssen bis zum 6. Semester je einen Kurs in Erster Hilfe, Luftschutz und Nachrichtendienst absolvieren.

Ende 1933 In der Reichsfachschaft sind fünf in sich geschlossene Schwesterngemeinschaften zusammengeschlossen:

1. Berufsgemeinschaft (Weltliche Schwestern, Städtische Schwestern, Privatpflegerinnen)
2. Diakoniegemeinschaft (sieben evangelisch Schwesternverbände haben sich zur Diakoniegemeinschaft zusammengeschlossen)
3. Katholische Schwesternschaft
4. Rot-Kreuz-Schwesterngemeinschaft
5. Schwesterngemeinschaft der NSV

1934

05.01.1934 Das Hauptamt für Volkswohlfahrt wird beauftragt, eine einheitliche Schwesternschaft innerhalb der NSV zu bilden. Die bisher bestehenden Schwesternschaften müssen sich auflösen. Die neue Schwesternschaft führt den Namen „Schwesternschaft der NSV“ und soll durch die Verbindung mit der NSDAP als Schwesternschaft im Geiste der Krankenpflege nachgehen.

17.05.1934 Gründung der „NS - Schwesternschaft“. Die Ausbildung für die Schülerinnen ist

12.05.1938 aufgrund der Mitteilung des Hauptamt für Volkswohlfahrt bestehen neue Regelungen zur Übernahme der Krankenpflege durch die NS-Schwesternschaft. Der ab sofort geltende Vertrag überträgt der Vertragspartner die gesamte Krankenpflege der NSV und verpflichtet sich, in Zukunft alle für die Krankenpfleger in dieser Anstalt erforderlichen Schwestern ausschließlich bei der NSV anzufordern.

23.05.1938 Erlass der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, regelt unter anderem den Arbeitseinsatz der Schwesternvorschülerinnen: 14- und 15jährige werden in Land- und Hauswirtschaft vermittelt, 16- und 17jährige werden ehrenamtlich zwei Jahre im Frauenhilfsdienst für Wohlfahrts- und Krankenpflege oder im Hilfswerk für Mutter und Kind eingesetzt.

Juli 1938 Laut neuem Ausbildungsvertrag haben Schwesternschülerinnen 15 Tage Jahresurlaub, zwei freie Tage im Monat, einem Freien Nachmittag wöchentlich und zwei freie Stunden täglich.

12.09.1938 Krankenhäuser die im Durchschnitt von 1937 bis 1938 mit mehr als 80 Kranken belegt waren, werden zur Errichtung und Unterhaltung einer Krankenpflegeschule verpflichtet.

27.09.1938 Halbjährliche Bestandsmeldungen über das Pflegepersonal müssen vorgelegt werden. Als Ersatz für das zur Wehrmacht eingezogenen Personal sollen bevorzugt ausgebildete Krankenschwestern eingesetzt werden.

28.09.1938 „Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege“ mit Verordnungen. Erstmals wird die Krankenpflege reichseinheitlich geregelt.

Die Ausbildung dauert 1,5 Jahre, die unbeschränkte Berufserlaubnis wird jedoch erst nach einer darauf folgenden einjährigen Krankenhaustätigkeit ausgesprochen. Alle öffentlichen Krankenhäuser müssen Krankenpflegeschulen errichten. Als Leiter der Schule ist ein Arzt vorgesehen. Krankenschwester kann nur der werden der arischer Abstammung ist. Juden dürfen weiterhin für jüdische Patienten ausgebildet werden, jedoch nur in jüdischen Krankenpflegeschulen. Sie erhalten die Berufsbezeichnung: Jüdischer Krankenpfleger/ Jüdische Krankenpflegerinnen. Das Gesetz gilt nicht für die Hausbildung an Heil- und Pflegenanstalten, die einzelnen Gaue regeln hier die Ausbildung sehr unterschiedlich.

01.10.1938 Die Mitgliedschaft in der NS-Schwesternschaft ist nur noch für NS-Schülerinnen möglich, Vollschwestern aus anderen Verbänden werden nicht mehr übernommen.

1939

01.01.1939 Der Deutsche Caritas-Verband und die Innere Mission stellen der NSV Gemeindeschwestern zur Verfügung, die in allen dienstlichen Angelegenheiten der NSV unterstehen.

12.01.1939 Anordnung Nr. VI/39 des Hauptamt für Volkswohlfahrt:

„Angehörige der NSV und des Reichsbundes dürfen Juden ausschließlich bei vorliegender akuten Lebensgefahr vorübergehend erste Hilfe leisten. Sie haben die weitere Versorgung schnellstens zuständigen jüdischen Einrichtungen zu übergeben.“

13.02.1939 Für Krankenschwestern erfolgt die Prüfung des Abstammungsnachweises durch das Hauptamt für Volkswohlfahrt und die Reichsstelle für Sippenforschung. Die Ahnen müssen bis 1800 angegeben werden.

Februar 1939 Die Kinder „Euthanasie“ wird vorbereitet. Beteiligt daran verschiedenste Ärzte unter anderem DR. Karl Brandt, der Leibarzt Adolf Hitlers.

10.06.1939 Es wird unter anderem in den „Grundsätzen für die Verteilung und den Einsatz der Bevölkerung im Kriege“ geregelt, dass die Wehrmacht Krankenhäuser mit Pflegepersonal und Pflegepersonen für Feld- und Reservelazarette in Anspruch nehmen kann.

Personen die hauptamtlich im Gesundheitswesens tätig sind werden in der Volkskartei erfasst.

Juli 1939 Letzte Vorbereitungen für die Erwachsenen „Euthanasie“

Durch Verlegung der Kranken in staatliche Anstalten, erzielte Propaganda und Unterstützung durch viele Ordinarien für Psychiatrie ist alles vorbereitet.

August 1939 Meldepflicht für Hebammen und Ärzte über „missgestaltete Kinder“. Die Meldung erfolgt an Gesundheitsämter, die die Daten entsprechend weiterleiten.

01.09.1939 Mit dem Überfall Deutschlands auf Polen beginnt der Zweite Weltkrieg.

Gleichzeitig mit dem Beginn der organisierten Ermordung von Zehntausenden von psychisch Kranken und anderen als „unwert“ Bezeichneten wird eine Verordnung zur Einstellung der

meisten Sterilisationen erlassen.

13.09.1939 Aufgrund eines Runderlasses des Reichsinnenministeriums wird weibliches Pflegepersonal für „Aufgaben von staatspolitischer Bedeutung“ freigegeben.

September 1939 Das Reichsinnenministerium erlässt die Erfassung aller Patienten der Heil- und Pflegeanstalten mittels eines Meldebogens. Als Grund wird die „planwirtschaftliche Erfassung“ angegeben – eine Umschreibung für den Massenmord.

Oktober 1939 Hitler unterschreibt die Ermächtigung von Ärzten zur Euthanasie. Ein entsprechendes Gesetz wird vorbereitet, aber nie erlassen.

19.12.1939 Verordnung über die Abgrenzung der Berufstätigkeit der Hebamme von der Krankenschwester.

1940

04.01.1940 In einem Rundschreiben des Hauptamtes für Kommunalpolitik wird festgelegt, dass die Gemeindeschwesternstationen grundsätzlich der NSV vorbehalten sind. Damit sollen Unstimmigkeiten in Bezug auf Finanzierung und Zuständigkeit geklärt werden.

Januar 1940 Die Reichsschule in Hamm für die Fortbildung von Jungschwesternführerinnen, Stationsschwestern und leitenden Schwestern wird wegen des Krieges wieder geschlossen.

08.11.1940 Durch „planwirtschaftliche Maßnahmen“ sind einige Heilanstalten freigeworden. Die Versetzung des Pflegepersonals in anderen Heilanstalten wird zentral unter Einschaltung des Deutschen Gemeindetags geregelt. Die meisten Anstalten werden als Lazarette benutzt oder der Wehrmacht zur Verfügung gestellt.

Seit 1939 sind Schwestern aller Verbände an den verschiedensten Kriegsschauplätzen eingesetzt.

Fachzeitschriften und das „Jahrbuch der Krankenpflege“ sind gefüllt mit Berichten von den Kriegsschauplätzen und dem aufopferungsvollen Dienst der Schwestern.

1941

01.03.1941 Wegen des Schwesternmangels sollen nach einer Verfügung des Oberkommandos des Heeres Anträge auf Entlassung wegen Heirat abgelehnt werden.

25.04.1941 „Zwecks Freimachung männlichen Sanitätspersonals“ werden vermehrt DRK-Schwestern und –Helferinnen über die Notdienstverordnung für den Einsatz in der freiwilligen Krankenpflege bei der Wehrmacht herangezogen.

24.08.1941 Es erfolgt aus sogenannten innen- und außenpolitischen Gründen der „Euthanasie-Stop“. Bis 01.09.1941 sind, der Statistik zufolge, über 70.000 Menschen ermordet worden. Die Tötungen gehen jedoch weiter, durch Medikamente oder Nahrungsentzug.

1942

03.01.1942 Die weltanschauliche Schulung während der Krankenpflegeausbildung wird vom Schulungssamt der NSDAP übernommen. Die Stundenanzahl wird später auf 40 Stunden festgelegt.

27.01.1942 Zur Einsatzplanung von Schwestern für kriegsbedingten Aufgaben werden Anfang des Jahres alle Lernschwestern erfasst, die bis 01.05.1942 Examen machen beziehungsweise ihr praktisches Jahr beenden; circa 10% der tätigen Schwestern werden für Kriegsdienst angefordert.

06.02.1942 Wegen des Schwesternmangels wird jeder Berufswechsel für Schwestern untersagt.

09.09.1942 Aufgrund des weiterhin bestehenden Schwesternmangels werden „Mischlinge zweiten Grades“ zur Krankenpflegeausbildung zugelassen. „Mischlingen ersten Grades“ ist dies nicht gestattet.

1943

01.01.1943 Die Ausbildung in der Krankenpflege wird auf zwei Jahre festgelegt. Die bisher notwendige einjährige Tätigkeit im Krankenhaus nach dem Lehrgang entfällt.

29.02.1943 Aus einer Anordnung des Reichsgesundheitsführers über die „Mitwirkung der

Gesundheitsberufe beim Einsatz von Frauen und Männern für Aufgaben der Reichsverteidigung“ geht hervor, dass in Zukunft Befundberichte über Patienten ohne Einverständnis des Patienten weitergegeben werden müssen. Die Schweigepflicht wird hierfür aufgehoben.

23.02.1943 Nach einem Erlass des Reichsinnenministerium müssen weitere Krankenschwestern für die Wehrmacht freigestellt werden.

12.10.1943 Für den Leiter der „Planungsstelle für Schwesternwesen“ liegt das Hauptproblem des Schwesternwesens darin, dass in der Krankenpflege die Arbeit von Verbänden mit weit auseinandergehender Weltanschauung koordiniert werden muss. Aus politischen Gründen sei deshalb der Nachwuchs für die Konfessionellen Schwestern weitgehendst zu mindern, was teilweise schon über die Arbeitsämter geschehe. Die Zentralisierung müsse verstärkt werden. Es sollten zuerst alle als Hilfskraft in der Krankenpflege tätig sein und nur diejenigen die Ausbildung machen, die im Beruf bleiben wollten.

1944

20.01.1944 Das SS-Führungshauptamt befiehlt den Einsatz „germanischfreiwilliger“ Schwestern (Bürgerinnen aus den besetzten Gebieten, vor allem aus Polen). Diese dürfen nicht als „Ausländer“ bezeichnet werden. Sie werden in halbjährigen Kursen zu Schwesternhelferinnen geschult.

05.05.1944 Der Eichsinnenminister betont in einem Schreiben an alle Regierungspräsidenten die Dringlichkeit der Freigabe von Schwesternhelferinnen und Helferinnen aus den Dienststellen der Verwaltung, da die Betreuung der Soldaten im Vordergrund steht und unter allen Umständen gesichert sein muss, und die Wehrmacht unter allen Umständen demnächst weiteres männliches Sanitätspersonal durch weibliche Kräfte ersetzen muss.

02.11.1944 Weil offensichtlich viele „gänzlich ungeeignete Kräfte“ in die Krankenpflege gelangen, werden „Vorausleselager“ für Schwesternschülerinnen mit einer Dauer von 8-14 Tagen geplant.

1944 Reichsgesundheitsführer Conti verfasst die Schrift zur „Neuordnung des Gesundheitswesens sch dem Siege“. Er sieht den Arzt als Führer und Mittelpunkt des Gesundheitswesens, will die Heilpraktiker wieder ganz abgeschaffen und vor allem eine eigenständige Vollmacht des Reichsgesundheitsführers für alle Angelegenheiten des Gesundheitswesens. Für die Krankenpflege will er eine Unterstellung und die Ärzte, das Hauptproblem sieht er in den Nachwuchssorgen. Deswegen könne man noch nicht ganz auf konfessionelle Schwestern verzichten.

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
bzw.	beziehungsweise
Dr.	Doktor
DRK	Deutsche Rote Kreuz
ECTS	European Credits Transfer System
EVO	Ergänzungsverordnung
ff.	fortfolgend
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HLA	höhere Lehranstalt
ICN	International Council of Nurses
KpfVo	Krankenpflegeverordnung
Mrs.	Misses
MTD	medizin – technischer Dienst
MTF	medizin – technischer Fachdienst
Nr.	Nummer
NS	Nationalsozialismus
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
ÖGB	Österreichischer Gewerkschaftsbund
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
S.	Seite
SHD	Sanitätshilfsdienst
ULG	Universitätslehrgang
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel

Quellenverzeichnis

Fachliteratur:

ALLMER, G. (1998): Die historische Entwicklung der Krankenpflege, Österreichische Krankenpflegezeitschrift, 51. Jahrgang Nr.10, Wien.

DANZER, K. (2003): Arge Schuldirektoren NÖ stellt neues Bildungskonzept für die Pflege zur Diskussion, Zeitschrift des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes, 56. Jahrgang, Heft 1, Wien.

GRUBER, E.; KUSS, S. (Hg.) (1998): Weiterbildung im Gesundheits- und Pflegebereich, Österreichische und Internationale Entwicklungen, Facultas – Universitätsverlag, Wien.

HABLE, J. (2003): „Nein“ zu neuen Ausbildungsmodellen, Enquete: Gesundheit und Pflege im Alter, Soziale Berufe – Zeitschrift der ÖGB – Fachgruppenvereinigung, 55. Jahrgang, Heft 1, Wien.

KATSCHER, L.: Geschichte der Krankenpflege, Ein Leitfaden für den Schwesternunterricht, Christlicher Zeitschriften Verlag Berlin, Berlin.

KOZON, V.; FORTNER, N. (Hg.) (1999): Bildung und Professionalisierung in der Pflege, Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege, Wien.

KÜRZEL, E. (2001): Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Statuten, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Wien.

LUST, A.; WEISS - FASSBINDER, S. (2000): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, Manz'sche Gesetzausgaben (Sonderausgabe Nr.95), MANZ'sche Verlags – und Universitätsbuchhandlung GmbH, Wien.

MAYER, H. (1999): Pflegeforschung, Elemente und Basiswissen, Facultas – Universitätsverlag, Wien.

MOERS, M. (1994): Pflege und Medizin, Emanzipation und Kooperation
Die Schwester / Der Pfleger, Fachzeitschrift für Pflegeberufe, 33. Jahrgang, Heft 11, Melsungen.

NOTTER, L.E.; HOTT, J. R. (1991): Grundlagen der Pflegeforschung, Verlag Hans Huber, Bern – Stuttgart – Toronto.

RÜLLER, H. (Hg.) (1999): 3000 Jahre Pflege, Von den ersten Schritten zum Pflegeprozess, Prodos Verlag, Unterwiesing.

SCHWAMBERGER, H. (1999): Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe – GuKG, Verlag Österreich, Österreich.

STEPPE, H. (Hg.) (2001): Krankenpflege im Nationalsozialismus, Mabuse – Verlag GmbH, Frankfurt am Main.

STEPPE, H. (1997): „...den Kranken zum Troste und dem Judentum zur Ehre...“, Zur Geschichte der jüdischen Krankenpflege in Deutschland, Mabuse – Verlag GmbH, Frankfurt am Main.

STROBL, M.T.; RETTIG, A. (1983): Österreichischer Krankenpflegeverband (Hg), Geschichte der Krankenpflege, Kurzer Abriss, Facultas – Universitätsverlag, Wien.

ÖSTERREICHISCHER GEWERKSCHAFTSBUND – FACHGRUPPENVEREINIGUNG FÜR
GESUNDHEITSBERUFE (Hg.):
Aufgaben der ÖGB – FGV, Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes GmbH,
Wien.

VAN MAANEN, H. M. Th. (2002): Eine Herausforderung für selbstbewusste, moderne Pflege
– Professionals, Österreichische Pflegezeitschrift – Zeitschrift des Österreichischen
Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes, 55. Jahrgang, Heft 11, Wien.

Internet:

["http://www.oegkv.at/pflegerecht/ga2003/Allmer.G"](http://www.oegkv.at/pflegerecht/ga2003/Allmer.G) .:
sonderausbildungspflicht.htm
09.03.2003

["http://www.oegkv.at/bund/praxis/bbdgks/aufgaben.htm"](http://www.oegkv.at/bund/praxis/bbdgks/aufgaben.htm)
20.03.2003