

Dornacherstr. 192  
4053 Basel

Telefon und Fax: 061 331 18 00  
E-mail: sbraunschweig@tiscalinet.ch

Referat am Fachsymposium Gesundheitsversorgung in St.Gallen, 15.1.2009

## **Pflege als Liebesdienst und Erwerbsarbeit.**

Zeitgemässe Betrachtung über die Entwicklung eines Frauenberufs

von Sabine Braunschweig

Ausgehend von der Pflege als Liebesdienst und Erwerbsarbeit, wie sie im 19. Jahrhundert ausgeübt wurde, möchte ich Ihnen einige Entwicklungsetappen der Pflege zur Diskussion stellen. Wie entwickelte sich die Pflege in den letzten 200 Jahren von einer Fürsorgetätigkeit zu einem paramedizinischen Beruf und schliesslich zu einem eigenständigen Pflegeberuf?

Den Überblick beginne ich mit den ersten Ausbildungsmodellen im 19. Jahrhundert und setze den Schlusspunkt bei der Integration der Gesundheitsberufe in das Berufsbildungsgesetz, das 2004 in Kraft trat. Ich stütze mich auf Forschungen verschiedener HistorikerInnen des In- und Auslandes, namentlich beziehe ich mich auf die Westschweizer Historikerin Denise Francillon aus Lausanne, deren Studien in der deutschen Schweiz noch zu wenig Beachtung gefunden haben.

Die Gesundheitsversorgung war im 19. Jahrhundert ein breites Feld ohne klare berufliche Abgrenzungen. Pflegekenntnisse und Pflegepraktiken wurden auf mündlicher Basis und durch Erfahrung gelernt und weitergegeben. Unterschiedliche grundsätzliche Positionen, was Pflege bedeuten sollte, standen einander gegenüber. Angehörige religiöser Gemeinschaften betrachteten die Pflege als „christlichen Liebesdienst“, was auch die Sorge für das Seelenheil der Kranken mit einschloss. Religiös gebundene Schwestern und Brüder waren einem Mutterhaus angeschlossen, erhielten für ihren Dienst ein Taschengeld, trugen eine einheitliche Tracht und wurden mit dem Titel „Schwester“ oder „Bruder“ angesprochen. Im Fall von Krankheit und Arbeitsunfähigkeit wurden sie unterstützt.

Demgegenüber übten Wärter und Wärterinnen die Pflege als Erwerbsarbeit aus, um ihren Lebensunterhalt zu verdienen.

Liebesdienst und Erwerbsarbeit bilden die Wurzeln des Pflegeberufs und bilden auch ein Spannungsfeld, in dem sich die Pflege als Frauenberuf bewegt.

Mitte des 19. Jahrhunderts entwickelten sich in Europa drei unterschiedliche Modelle der Pflegeausbildung, die ich hier vorstellen möchte.<sup>1</sup>

1. das protestantische Diakonat in Kaiserswerth bei Düsseldorf, ausgerichtet auf die Gemeindekrankenpflege
2. die Ecole normale de gardes-malades, später La Source in Lausanne, ausgerichtet auf die häusliche Krankenpflege
3. Florence Nightingale's Nursing School am St. Thomas' Hospital in London, ausgerichtet auf die Spitalpflege

Zum 1. Modell:

Auf der Basis der katholischen Ordenshäuser gründete das Ehepaar Theodor und Friederike Fliedner 1836 in Kaiserswerth bei Düsseldorf das erste Diakonissenhaus für protestantische junge Frauen. Ziel war es, sie für die Gemeindekrankenpflege auszubilden. Vergleichbar den katholischen Ordensschwestern legten sie religiöse Gelübde ab, verpflichteten sich zu Armut und Keuschheit, nannten sich „Schwester“ und trugen eine einheitliche Tracht. Die Ausbildung zur Diakonisse umfasste theoretische und praktische Kenntnisse, die für die Pflege der körperlichen und seelischen Leiden notwendig waren. Pflege wurde als Liebesdienst ausgeübt, für Gotteslohn.

Ausgehend von Kaiserswerth entstanden in der Schweiz Mitte des 19. Jahrhunderts Diakonissenhäuser in St. Loup bei Lausanne, in Bern, Basel und Zürich. (Für Männer entstand 50 Jahre später das erste Diakonenhaus in Basel.) Hier eine Aufnahme von Diakonissen aus Riehen um 1930.

Zum 2. Modell:

In Lausanne gründete 1859 das Ehepaar Valérie (1813-1894) und Agénor Gasparin (1810-1871) die Ecole normale de gardes-malades, die später „La Source“ genannt wurde. Hier erhielten ledige, verheiratete oder verwitwete Frauen – unabhängig von ihrem Zivilstand – eine Ausbildung für die häusliche Krankenpflege, vergleichbar der heutigen Spitex.<sup>2</sup> In den

---

Für die wertvollen Anregungen danke ich Denise Francillon und Sabina Roth.

<sup>1</sup> Francillon, Denise: Quand l'histoire des femmes se noue avec celle des infirmières, in: Perspective soignante, 1998, Nr. 2, S. 103-125.

<sup>2</sup> Vgl. Francillon, Denise (Hg.): Valérie de Gasparin, une conservatrice révolutionnaire, Lausanne 1994.

Anfangszeiten trugen sie keine einheitliche Tracht, die Anrede war Madame oder Mademoiselle. Nach ihrer Ausbildung verfügten sie frei über ihre Arbeitskraft. Sie erhielten für ihre Pflēgetätigkeit einen Lohn, waren also finanziell unabhängig und für sich selbst verantwortlich, d.h. nicht in ein Mutterhaus eingebunden. Dennoch war eine christliche Grundhaltung selbstverständlich.

Zum 3. Modell:

Das dritte Modell stammt von Florence Nightingale. Sie konzipierte eine Schule für die Spitalpflege, die 1860 am St. Thomas' Hospital in London eröffnet wurde. Nightingales Konzept basierend auf ihrem bekannten Buch „Notes on Nursing“<sup>3</sup> sah den Kranken im Mittelpunkt der Pflege. Von den Pflegerinnen erwartete sie eine grosse Disziplin und Einordnung in die Pflegehierarchie. Die Ausbildung erfolgte vor allem durch leitende und erfahrene Pflegekräfte auf den Spitalstationen. Die theoretischen Schwerpunkte lagen insbesondere auf den damals noch wenig beachteten Hygienefragen. Die Schülerinnen mussten keine religiöse Verpflichtung eingehen, unterstanden aber einer starken moralischen Kontrolle. Sie wohnten im Internat, hatten ein einheitliches Dienstkleid und erhielten ein Taschengeld. Nach der Ausbildung arbeiteten sie selbständig gegen einen Lohn in der Spitalpflege. Das sog. „Nightingale-System“ mit Theorie- und Praxis-Blöcken verbreitete sich durch Schulabgängerinnen unter anderem in den USA, Canada, Australien und Neuseeland, also den ehemaligen britischen Kolonien, aber auch in Schweden und weiteren Ländern, jedoch nicht in der Schweiz, und führte zu einer Aufwertung der Krankenpflege.<sup>4</sup>

Diesen drei Ausbildungsmodellen gemeinsam war die Ausrichtung auf das weibliche Geschlecht, die religiöse, die christliche Grundlage und die umfassende Fürsorge der Kranken. Das erste Modell betonte die Nächstenliebe und das Mitleiden, das zweite Modell ermöglichte den Pflegerinnen eine gewisse finanzielle Selbständigkeit und das dritte Modell basierte stark auf einer theoretischen Fundierung der Pflegepraktiken im Spital. Mit Empathie, Autonomie und Theorie sind also Aspekte des Pflegeberufes im Kern vorhanden, wie sie in der weiteren Entwicklung eine Rolle spielen.

---

<sup>3</sup> Neueste deutsche Übersetzung: Schweikardt, Christoph, Schulze-Jaschok, Susanne: Florence Nightingale: „Notes on Nursing“. Die Bemerkungen zur Krankenpflege neu übersetzt und kommentiert von Christoph Schweikardt und Susanne Schulze-Jaschok, Frankfurt am Main 2005.

<sup>4</sup> Nelson, Sioban: Say Little Do Much: Nursing, Nuns and Hospitals in the Nineteenth Century, University of Pennsylvania Press 2001, Kapitel 4, Abschnitt: „The Nightingale System“, Seite 77 ff.

Am Ende des 19. Jahrhunderts kam es in der Schweiz zu einer Reform der Krankenpflege aufgrund des gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und medizinischen Wandels.<sup>5</sup> Das Spital, das bisher als Armenhaus oder Verwahranstalt arme kranke und randständige Menschen aufgenommen hatte, wandelte sich zu einem Krankenhaus, wo physisch Kranke medizinisch behandelt und operiert wurden. Den neu eingerichteten medizinischen Fakultäten an den Universitäten diente das Krankenhaus als Zentrum für Lehre und Forschung. Die Pflege entwickelte sich zu einem paramedizinischen Beruf, einem Beruf, der durch die Ärzteschaft ausgestaltet wurde.

Ich nenne hier die Ärztin Anna Heer, die (1863-1918) als Vertreterin des Schweizerischen Gemeinnützigen Frauenvereins, 1901 die Schweizerische Pflegerinnenschule mit Frauenspital in Zürich gründete, und den Arzt Walter Sahli (1860-1916), der als Vertreter des „Schweizerischen Zentralvereins vom Roten Kreuz“, dem SRK, 1899 die Rotkreuz-Pflegerinnenschule am Lindenhofspital in Bern aufbaute.

Bei der Gründung des ersten Berufsverbandes 1910 arbeiteten diese beiden Ärzte eng zusammen und übernahmen das Präsidium resp. das Vizepräsidium des Schweizerischen Krankenpflegebundes. Zudem wurde die Zeitschrift „Blätter für Krankenpflege“, die das SRK kurz zuvor lanciert hatte, zum Berufsorgan bestimmt und weiterhin von Sahli redigiert und vom SRK herausgegeben.

Mit dem „Bundesbeschluss betreffend die freiwillige Sanitätshilfe zu Kriegszwecken“ von 1903 wurde das SRK zur Überwachungsinstanz der Pflegeberufe und später weiterer Gesundheitsberufe erklärt und erhielt dadurch seine zentrale Rolle in der Pflegeentwicklung, die aber erst 1976 mit der Vereinbarung zwischen den Kantonen und dem SRK rechtlich legitimiert wurde.<sup>6</sup>

Ich nehme an, dass Ihnen diese Fakten bekannt sind.

Zusammenfassend können wir festhalten, dass zu Beginn des 20. Jahrhunderts an allen entscheidenden Schalthebeln des Pflegeberufes Mediziner fungierten.

Krankenschwestern trugen diese Berufsentwicklung mit, was mit den bürgerlichen, geschlechtsspezifischen Traditionen des 19. Jahrhunderts zu tun hatte. Arzt und Krankenschwester wurden zum idealtypischen Berufspaar stilisiert, das die Grundlage von Arztromanen und zahlreichen Fernsehserien bildete und bis heute bildet.

Welche Elemente spielten nun eine Rolle, dass sich die Pflege von einem paramedizinischen zu einem eigenständigen Pflegeberuf wandelte?

---

<sup>5</sup> Vgl. für das Folgende: Fritschi, Alfred: Schwesterntum. Zur Sozialgeschichte der weiblichen Berufskrankenpflege in der Schweiz 1850-1930, Zürich 2006.

Als ganz entscheidend muss der Einfluss von internationalen Organisationen gewertet werden. Zunächst war dies der Weltbund der Krankenpflegerinnen, the International Council of Nurses (ICN).<sup>7</sup> Danach auch die Weltgesundheitsorganisation, WHO.

Der ICN war 1899 gegründet worden und umfasste zu Beginn den englischen, irischen, US-amerikanischen und deutschen Berufsverband. Um als Berufsverband Mitglied des ICN werden zu können, mussten folgende Kriterien erfüllt werden:

1. Der Berufsverband muss autonom sein, d.h. er muss von Krankenschwestern und Krankenpflegern geleitet werden.
2. Der Berufsverband darf nur aus Mitgliedern bestehen, die eine Ausbildung an einer staatlich anerkannten Pflegeschule besucht und mit einem Diplom abgeschlossen haben.
3. Das Pflegediplom muss staatlich anerkannt sein.

Diese Kriterien erfüllte der Schweizerische Krankenpflegebund nicht. Er wurde von Ärzten geleitet und Mitglieder waren Frauen und Männer, die die Pflege entweder an einer Pflegerinnenschule gelernt oder sich autodidaktisch Kenntnisse angeeignet hatten und das verbandseigene, das sog. „Bundesexamen“, absolviert hatten. Dieses Bundesexamen entsprach nicht einer Diplombildung. Zudem war das SRK, das in der Schweiz die Pflegeausbildung regelte, keine staatliche Organisation, sondern ein privater Verein, der die Funktion der Überwachung innehatte.

Zur Förderung des Pflegeberufs erkannten diplomierte und leitende Krankenschwestern zunehmend die berufspolitische Notwendigkeit, sich dem ICN anzuschliessen. Dies führte zu einer Spaltung des Schweizerischen Krankenpflegebundes.

Im Jahr 1936 gründeten diplomierte Krankenschwestern den „Nationalverband der diplomierten Schwestern anerkannter Schulen der Schweiz“, der die Krankenschwestern der Pflegerinnenschule Zürich, der La Source in Lausanne und der Schule des Engeried-Spitals in Bern umfasste. Krankenpfleger waren nicht Mitglied, weil es damals noch keine vom SRK anerkannte Pflegeschule gab. Die erste anerkannte Schule für Männer wurde 1948 am Kantonsspital Winterthur eröffnet.

1942 kamen die Krankenschwestern des Lindenhofs hinzu. Nun erreichte der Nationalverband dieselbe Mitgliederstärke wie der Krankenpflegebund und steigerte seinen berufspolitischen Einfluss auch gegenüber dem SRK. Ab diesem Zeitpunkt rückte

---

<sup>6</sup> Vgl. Bender, Philippe: Entstehung und Inhalt der Vereinbarung vom 20. Mai 1976, in: Valsangiacomo, Enrico (Hg.): Zum Wohle der Kranken. Das Schweizerische Rote Kreuz und die Geschichte der Krankenpflege, Basel 1991, S. 377-396.

deshalb eine Fusion der zwei Verbände näher, weil eine solche Doppelspurigkeit in diesem kleinen Land wenig Sinn machte.

Aus der Fusion entstand 1945 der Schweizerische Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger (SVDK), Vorläufer des SBK, den es in der heutigen Form seit 1978 gibt.<sup>8</sup> Erste Präsidentin wurde die Krankenschwester Monica Wuest.

Ein weiterer Faktor war die WHO, die 1948 gegründet wurde und ihren Sitz in Genf hatte. Eine Expertenkommission für Krankenpflege der WHO begann sich in den 1950er Jahren auf verschiedenen Ebenen mit der Pflege zu befassen, um dem überall herrschenden Pflegepersonalmangel abzuhelpfen. Dabei spielten Krankenschwestern, die an der Genfer Schule Le Bon Secours unterrichteten, eine besondere Rolle. Der Bon Secours hatte dank der finanziellen Unterstützung der US-amerikanischen Rockefeller Foundation – auf die Hintergründe dieser Zusammenarbeit kann ich hier nicht eingehen – die finanzielle Möglichkeit erhalten, Krankenschwestern zu universitären Weiterbildungen in die englischsprachigen Länder zu schicken.<sup>9</sup> Dieses Wissen konnte nun in die Bestrebungen der WHO um den Pflegeberuf einfließen. Und die WHO selbst vergab Stipendien, um Schweizer Krankenschwestern ein Studium an ausländischen Universitäten zu ermöglichen und sie auf leitende Stellen vorzubereiten und finanzierte auch erste Pflegeforschungen in der Schweiz, zum Beispiel die Studie von Nicole-F. Exchaquet.<sup>10</sup>

In den USA und in Grossbritannien lernten diese Stipendiatinnen nun erstmals die neuen Pflege-theorien etwa von Virginia Henderson (1897-1996) oder Nancy Roper (1918-2004) und anderen kennen. Erstmals wurde erkannt, dass die Pflege über einen eigenständigen Bereich verfügte, etwa das Waschen und Lagern von Patienten, was bislang als eine simple Sache erschien, aber im Grunde genommen gar nicht einfach war und einen eigenen Wissenskomplex darstellte, respektive theoretisch untermauert werden konnte.

Liliane Juchli adaptierte in ihrem äusserst erfolgreichen Lehrbuch der Krankenpflege diese “basic principles of nursing”, diese Grundprinzipien der Pflege, auf den deutschsprachigen Raum und schuf so einen neuen Standard.

---

<sup>7</sup> Vgl. zur Geschichte des ICN: Brush, Barbara L., Joan E. Lynaugh (Hg.): Nurses of all nations, Philadelphia 1999

<sup>8</sup> Vgl. die 2010 zu erscheinende Festschrift von Sabine Braunschweig und Denise Francillon.

<sup>9</sup> Vgl. Francillon, Denise: Le Bon Secours - Quand le passé annonce l'avenir, Le Mont 2005.

<sup>10</sup> Vgl. Francillon, Denise: Les infirmières et infirmiers de Suisse Romande et la recherche en soins infirmiers, Lausanne 2002 (Cahier de La Source no. 2).

Die Pflegeschulen konnten nun nicht mehr umhin, die theoretischen Grundlagen der Pflgetätigkeiten in die Grundausbildung aufzunehmen. Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) oder Lebensaktivitäten (LA) wurden gebräuchliche Begriffe.

Die neue theoretische Fundierung der Pflege spiegelte sich in der Richtlinienrevision des SRK von 1966. Neue Fachrichtungen wie Pädiatrie, Psychiatrie und öffentliches Gesundheitswesen wurden in die Pflegeausbildung aufgenommen, und im Hinblick auf Führungsfunktionen wurden auch Psychologie, Pädagogik und Verwaltungsgrundlagen einbezogen. Der Fokus der Pflege blieb jedoch medizinorientiert.

Auf dem Hintergrund der amerikanischen und englischen Pflege-theorien modifizierte auch die 1950 gegründete Rotkreuz-Fortbildungsschule, die spätere SRK-Kaderschule für die Krankenpflege und das noch spätere WE'G ihre Weiterbildungslehrgänge und entwickelte in den 1970er Jahren für Schul-, Ober- und Abteilungsschwestern die Vertiefungskurse in Berufspädagogik, Management und Pflege, die „Höfa-Kurse 1 und 2“.<sup>11</sup>

Auf dem weiteren Weg zum eigenständigen Beruf mussten auch die Arbeitsbedingungen an den Stand äquivalenter Berufe angeglichen werden. Hier ist einerseits der 1947 eingeführte Normalarbeitsvertrag zu nennen, der die Arbeitszeit auf die 60-Stundenwoche, notfalls 66-Stundenwoche, reduzierte. Die massive Arbeitszeitverkürzung war angesichts des Pflegepersonal-mangels seit den 1940er Jahren und der zahlreichen neu entstandenen, attraktiven Frauenberufe unabdingbar geworden, um junge Frauen und Männer für den Pflegeberuf zu motivieren.

Einen weiteren Entwicklungsschub ist als Folge der 68er Bewegung zu beobachten: Eine junge Generation von Krankenschwestern stellte in den 1970er Jahren – auch dank dem 1971 angenommenen Frauenstimm- und -wahlrecht – neue Forderungen auf. Schülerinnen verlangten die Abschaffung des Internats, die Häubchen wurden entsorgt und schliesslich moderne pflegeleichte und praktische Berufskleider eingeführt.

In der „Spitalbewegung“ Ende der 80er Jahre wurden Forderungen wie Lohnerhöhungen, gleicher Lohn für gleichwertige Arbeit, Freizeitgutschriften für belastende Arbeitszeiten, höhere Nacht-, Wochenend- und Pikettdienstzulagen sowie weitere Arbeitszeitverkürzungen erhoben. Die Pflegenden waren nicht mehr bereit, auf Kosten ihrer eigenen Gesundheit andere zu pflegen.

---

<sup>11</sup> Vgl. Braunschweig, Sabine: Lernen, was das Zeug hält. 50 Jahre Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe SRK. Eine Chronik, Aarau 2000.

Zur Professionalisierung eines Berufs zählt auch die Änderung der Berufsbezeichnung und der Anrede. Aus der „Krankenschwester“ wurde die „Pflegefachfrau“ und der „Pflegefachmann“ und die Anrede „Frau“ findet immer grössere Akzeptanz unter Pflegenden und Patienten und Patientinnen.

Als letzte Stichworte in der Entwicklung vom paramedizinischen zum professionellen Pflegeberuf möchte ich die Neuen Ausbildungsbestimmungen von 1992 und die Integration der Gesundheitsberufe ins Berufsbildungsgesetz erwähnen. Was schon Mitte der 1970er Jahre etwa mit dem Sigriswiler Modell oder dem Ausbildungsmodell IKP (Integrierte Krankenpflege) an der Krankenpflegeschule Zürich<sup>12</sup> angedacht respektive experimentiert wurde, wurde nun mit den NAB konkret und landesweit umgesetzt:

Aus den spezialisierten Pflegeberufen wurde eine Generalistenausbildung mit zwei Diplommiveaus. Der Fokus der Pflege änderte sich grundsätzlich. Die Pflege ordnete sich nicht mehr der Medizin unter, sondern konzipierte ihr eigenständiges Tätigkeitsfeld komplementär zur Medizin. Sie definierte sich neu durch die 5 Funktionen. Im Zentrum der Pflege war nicht mehr die Krankheit, sondern der Mensch, der von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern die fachliche Unterstützung erhält, auf best mögliche Art mit seiner Krankheit zu leben, aus seiner Krankheit herauszukommen oder durch Prävention gar nicht erst krank zu werden.

Mit dem Inkrafttreten des Berufsbildungsgesetzes am 1. Januar 2004 werden nun auch die Pflegeausbildungen durch das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) geregelt.

Von der Berufskonstruktion zur Professionalisierung: Unterschiedliche Faktoren haben im 20. Jahrhundert mitgespielt, dass sich die Pflege von einem von der Ärzteschaft konstruierten Beruf zu einem eigenständigen Pflegeberuf gewandelt hat, der heute mit neuen Herausforderungen konfrontiert ist.

---

<sup>12</sup> Vgl. die 2010 zu erscheinende Publikation zur KPZ von Sabina Roth.