

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 75 (1977)

Heft: 1

Rubrik: Mitteilungen

Nutzungsbedingungen

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

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

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

Download PDF: 24.01.2026

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

Berufliche Ausbildung

Vereinbarung zwischen den Kantonen und dem Schweizerischen Roten Kreuz betreffend die berufliche Ausbildung des Pflegepersonals, des medizinisch-technischen und des medizinisch-therapeutischen Personals

1. Allgemeines

1.1

Diese Vereinbarung regelt die Beziehungen zwischen den Kantonen und dem Schweizerischen Roten Kreuz betreffend die berufliche Ausbildung des Pflegepersonals, des medizinisch-technischen und des medizinisch-therapeutischen Personals (vgl. Anhang).

Die Kantone und der Bund bestimmen diejenigen Berufe, deren Ausbildung vom Schweizerischen Roten Kreuz geregelt und überwacht wird.

1.2

Die Kantone ermächtigen die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz, sie bei Verhandlungen mit dem Schweizerischen Roten Kreuz über Fragen von gesamtschweizerischer Bedeutung, die sich aus der vorliegenden Vereinbarung ergeben, zu vertreten.

2. Aufgaben des Schweizerischen Roten Kreuzes

2.1

Das Schweizerische Rote Kreuz regelt, überwacht und fördert im Rahmen der vorliegenden Vereinbarung und gestützt auf die ihm erteilten Aufträge die Grundausbildung, die Zusatz- und Spezialausbildung sowie die Kaderausbildung in den Pflegeberufen, den medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Berufen.

Die interessierten Organisationen sind bei der Wahrnehmung dieser Aufgaben in angemessener Weise beizuziehen.

2.2

Das Schweizerische Rote Kreuz betreibt Kaderausbildung in den Pflegeberufen sowie im Auftrag der Kantone und im Einverständnis mit den interessierten Organisationen in weiteren Berufen gemäss Ziff. 1.1

2.3

Das Schweizerische Rote Kreuz unterzeichnet und registriert die Ausweise, die von einer anerkannten Ausbildungsstätte

für ein vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkanntes Ausbildungsprogramm abgegeben werden.

Es registriert die in der Schweiz tätigen Inhaber von ausländischen Ausweisen, sofern diese für eine Ausbildung ausgestellt wurden, die in der Schweiz vom Schweizerischen Roten Kreuz überwacht wird, und der Ausweisinhaber dessen Anforderungen entspricht.

2.4

Das Schweizerische Rote Kreuz übt eine Beratungstätigkeit aus bezüglich:

- der Planung und Organisation von Ausbildungsstätten,
- der Durchführung von Ausbildungsprogrammen,
- der Schaffung von neuen Berufsausbildungen,
- des praktischen Einsatzes von Angehörigen der in Ziff. 1.1 genannten Berufsgruppen.

2.5

Das Schweizerische Rote Kreuz koordiniert und betreibt im Einvernehmen mit der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz und den Kantonen sowie in enger Zusammenarbeit mit den interessierten Organisationen eine gesamtschweizerische Information und Werbung für die Pflegeberufe, die medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Berufe.

2.6

Das Schweizerische Rote Kreuz unterbreitet der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz jeweils bis zum 15. April den einschlägigen Arbeitsplan für das folgende Jahr zur Genehmigung. Darin sind insbesondere die vorgesehenen Neuerungen und Erweiterungen des Tätigkeitsbereiches aufgeführt.

2.7

Das Schweizerische Rote Kreuz unterbreitet der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz jeweils bis zum 15. April das Budget für das folgende Jahr unter Angabe der sich daraus ergebenden Beitragsleistungen der Kantone zur Genehmigung.

2.8

Das Schweizerische Rote Kreuz übermittelt der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz jeweils bis zum 30. Juni Jahresbericht und Rechnung des Vorjahres.

2.9

Das Schweizerische Rote Kreuz unterbreitet der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz Statutenänderungen zur Stellungnahme, bevor diese von der Delegiertenversammlung des Schweizerischen Roten Kreuzes verabschiedet werden.

2.10

Das Schweizerische Rote Kreuz räumt der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz

in den leitenden Fachorganen eine angemessene Zahl von Sitzen ein, insbesondere:

- 2 Sitze in der Kommission für Krankenpflege
- 1 Sitz im Schulrat der Rotkreuz-Kaderschule für die Krankenpflege

Anlässlich der nächsten Revision der Statuten des Schweizerischen Roten Kreuzes wird die Vertretung der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz in den Organen des Schweizerischen Roten Kreuzes definitiv geregelt.

2.11

Das Schweizerische Rote Kreuz übernimmt einen Teil der aus dem Vollzug dieser Vereinbarung erwachsenden Kosten. Es verwendet hierfür insbesondere zweckbestimmte Einnahmen und Erträge aus der Verrechnung von erbrachten Dienstleistungen.

2.12

Das Schweizerische Rote Kreuz informiert die kantonalen Gesundheitsdirektionen über alle wichtigen, den Kanton betreffenden Weisungen und Massnahmen.

3. Aufgaben Aufgaben der Kantone

3.1

Die Kantone decken im Rahmen ihres Budgets die Kosten der Tätigkeit des Schweizerischen Roten Kreuzes, die sich aus dem Vollzug dieser Vereinbarung ergeben, soweit diese Kosten nicht durch Bundesbeiträge sowie durch die Eigenleistungen des Schweizerischen Roten Kreuzes gemäss Ziff. 2.11 gedeckt werden.

3.2

Die Kantone anerkennen die vom Schweizerischen Roten Kreuz unterzeichneten und registrierten Diplome und Fähigkeitsausweise.

3.3

Das Schweizerische Rote Kreuz ist an den Sitzungen des Vorstandes sowie an den Jahresversammlungen und Arbeitstagen der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz mit beratender Stimme vertreten.

3.4

Die Kantone unterbreiten dem Schweizerischen Roten Kreuz die Entwürfe von Erlassen betreffend die Ausbildung in den Berufen gemäss Ziff. 1.1 zur vorgängigen Stellungnahme.

3.5

Die Kantone übermitteln dem Schweizerischen Roten Kreuz den Text von Erlassen, welche den Bereich der vorliegenden Vereinbarung betreffen.

4. Kündigung

Diese Vereinbarung kann durch die Kantone oder das Schweizerische Rote Kreuz, bei einer Kündigungsfrist von einem Jahr, jeweils auf Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

5. Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt nach Annahme durch die zuständigen Organe des Schweizerischen Roten Kreuzes und durch die Kantone in Kraft.

6.

Diese Vereinbarung wurde von der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz anlässlich ihrer Versammlung vom 20. Mai 1976 und vom Direktionsrat des Schweizerischen Roten Kreuzes anlässlich seiner Sitzung vom 28. April 1976 genehmigt.

*Schweizerische
Sanitätsdirektorenkonferenz*

Der Präsident Der Sekretär
Dr. K. Kennel Dr. P. Hess

Schweizerisches Rotes Kreuz

Der Präsident Der Zentralsekretär
Prof. Dr. H. Haug Dr. H. Schindler

20. Mai 1976

Namens des Kantons:

Aargau	Obwalden
Appenzell AR	St. Gallen
Appenzell IR	Schaffhausen
Basel-Landschaft	Schwyz
Basel-Stadt	Solothurn
Bern	Tessin
Freiburg	Thurgau
Genève	Uri
Glarus	Wallis
Graubünden	Vaud
Luzern	Zug
Neuchâtel	Zürich
Nidwalden	

Anhang zu Ziff. 1.1 der Vereinbarung zwischen den Kantonen und dem Schweizerischen Roten Kreuz betreffend die berufliche Ausbildung des Pflegepersonals, des medizinisch-technischen und des medizinisch-therapeutischen Personals

Vom Schweizerischen Roten Kreuz am 1. Januar 1976 im Auftrag der Kantone beziehungsweise mit deren Einverständnis geregelte und überwachte Ausbildungen

12

1. Grundausbildungen

- diplomierte Krankenschwestern und Krankenpfleger in allgemeiner Krankenpflege
- diplomierte Krankenschwestern und Krankenpfleger in psychiatrischer Krankenpflege
- diplomierte Krankenschwestern und Krankenpfleger in Kinderkrankenpflege, Wochen- und Säuglingspflege
- Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger FA SRK (praktische Krankenpflege)
- diplomierte medizinische Laborantinnen und Laboranten
- Laboristinnen und Laboristen
- diplomierte Hebammen

2. Zusatzausbildungen

- für diplomierte Krankenschwestern und Krankenpfleger
- diplomierte Gesundheitsschwester und Gesundheitspfleger für Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger FA SRK
 - Zusatzausbildung im Hinblick auf die Eingliederung in der Gemeindepflege
 - Zusatzausbildung Krankenpflege im psychiatrischen Spital
- für diplomierte medizinische Laborantinnen und Laboranten
- höhere Fachausbildung für medizinische Laborantinnen und Laboranten

3. Spezialausbildungen

keine

4. Kaderausbildungen

- Oberschwester und Oberpfleger
- Lehrerinnen und Lehrer für Krankenpflege
- Stationschwester und Stationspfleger
- Unterrichtsassistentinnen und Unterrichtsassistenten

Schwester Georgette Grossenbacher wurde als neues Mitglied in die Krankenpflegekommission des SRK gewählt.

Der SHV gratuliert Schwester Georgette zu dieser ehrenvollen Wahl herzlich.

Wir bitten die Sektionspräsidentinnen, die bereinigten Mitgliederlisten bis zum 21. Januar 1977 an den Zentralvorstand einzusenden.

Ihre Bemühungen verdanken wir bestens.

Aus einem unserer Nachbarländer

59. Jahrestagung
der Fachvereinigung der Verwaltungsleiter
deutscher Krankenanstalten e.V.

Das Krankenhaus in der Gesundheitspolitik der Gegenwart (Kurzfassung)

Referent:
Professor Dr. med. Horst Baier,
Lehrstuhl für Soziologie
an der Universität Konstanz

Das deutsche Gesundheitswesen steht mitten in einer Krise, die freilich nur Teil einer länger schleichenden, jetzt scharf aufgebrochenen Krise des Gesamtsystems der sozialen Sicherung der Bundesrepublik Deutschland ist. Mit der rapiden Ausweitung der Bedürfnisse und Erwartungen in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung auf der einen Seite und der beschleunigten Entwicklung in Medizinforschung und Medizintechnik auf der anderen ist gleichsam ein Kreislauf von Nachfrage und Angebot in Gang gekommen, der bis jetzt zwar keineswegs den Patienten und den Arzt überfordert oder der ein zufriedenstellendes Gesundheitsniveau der Bevölkerung und ein angemessenes Leistungsniveau der Medizin schon hätte erreichen lassen, der jedoch – und hier liegt der erste Krisenauslöser – mit immer höheren Touren die wirtschaftlichen Ressourcen der Industriegesellschaft im allgemeinen und die finanzielle Leistungskraft des sozialpolitischen Sicherungssystems im besonderen überlastet. Wer heute von den gesundheitspolitischen Problemen des Krankenhauses spricht, muss von der Krise des Sozialstaats sprechen, und das heisst von den Triebkräften, die das Sozialversicherungswesen und sein Sozialbudget zu zersprengen drohen. Das Krankenhaus steht inmitten einer Krise und wird von ihren Folgewirkungen – im Vergleich zu anderen Bereichen des Gesundheitswesens, etwa zu den niedergelassenen Ärzten, zum öffentlichen Gesundheitsdienst oder zur Universitätsmedizin – besonders hart getroffen. Wer dafür die Gründe verstehen will, muss zuerst die Funktionsstellung und die Funktionsaufgaben des modernen Krankenhauses in der sozialstaatlich verfassten Industriegesellschaft erfassen. Für diesen Zweck betrachten wir es von drei Standpunkten. In rein *medizinischer* Sicht ist das Krankenhaus das Zentrum der ärztlichen Versorgung einer Region mit Gewicht auf besonders schwere, langwierige und teure Krankheitsfälle. Unter *ökonomischen* und *industrietechnischen* Gesichtspunkten besitzt es eine Zwischenstellung zwischen dem

eigentlichen Gesundheits- und dem Wirtschaftsbereich unserer Gesellschaft. Es ist der Umschlagort des industrietechnischen, einschliesslich des pharmazeutischen Fortschritts. Hier werden erhebliche Kapitalien zumeist aus dem Sozialbudget, aber auch aus öffentlichen und privaten Mitteln, in Krankenhausbau, -einrichtung und -unterhalt investiert sowie spezialisierte Arbeitskräfte aus der Region mit vergleichsweise hohen Einkommen beschäftigt. Schliesslich steht es unter sozialpolitischem und sozialmedizinischem Blickwinkel an der Peripherie einer industriellen Leistungsgesellschaft, deren Arbeitskräftepotential voranging durch die klinische Medizin saniert, rehabilitiert und in den Produktionsprozess zurückgeleitet wird. Ohne intaktes Krankenhauswesen gibt es keine hochproduktive Volkswirtschaft.

Wer also umfassend und realistisch die Stellung des Krankenhauses in der deutschen Gesundheits- und Sozialpolitik in den Blick nehmen will, muss in den genannten drei Richtungen schauen, also das Krankenhaus als *medizinischen*, *wirtschaftlichen* und *sozialen Faktor* ersten Ranges sehen. In diesem Sinn sollen *drei Thesen* die Funktionsprobleme des gegenwärtigen Krankenhauswesens erschliessen. Die Schwierigkeiten der Lösung dieser Probleme liegen jedoch, nochmals gesagt, weniger in einer Krise des Krankenhauses als in einer Krise des sozialen Sicherungssystems, was vielleicht die Verantwortlichkeiten in Krankenhausleitung und -verwaltung mildert, die Sach- und Funktionsprobleme aber nur verschärft.

Die *erste These* betrifft den Konflikt zwischen der Krankenhaus- und der ambulanten Medizin der niedergelassenen (Kassen-) Ärzte. Bekanntlich befinden wir uns mitten in einem Streit um die Erweiterung der ärztlichen Versorgungsaufgaben in den Krankenanstalten um die vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung. Organisationsmodelle dafür sind vor allem von den Gewerkschaften und sozialdemokratischen Gesundheitspolitikern, auch von wissenschaftlichen und professionellen Krankenhausexperten vorgeschlagen worden; die Arbeitgeberverbände haben sich erst jüngst diesen Initiativen angeschlossen.

Die *Vorteile* einer solchen Expansion des Krankenhauses in die Ambulanz sind offensichtlich: Diagnostik, Vor- und Nachbehandlung sowie Verlaufskontrolle des Kranken bleiben in einer Hand; der jeweils höchste Stand der nur in Kliniken verfügbaren Medizin- und Labortechnik kommt mehr Patienten als bisher zugute; die Chancen der Prävention und Rehabilitation von diagnostik- wie therapieintensiven, von schleichend-chronischen, vielleicht sogar der nur sozialmedizinisch fassbaren Zivilisations- und Stresskrankheiten steigen erheblich.

Weniger deutlich sind die *Nachteile*: Einmal dürfte die gesetzliche und administrative Durchsetzung solcher Krankenhausambulanz einen heftigen und langwierigen Konflikt mit den niedergelassenen Kassenärzten auslösen, wobei nach bekannten Mustern der medizinische Reformgewinn durch die hohen politischen Reformkosten zunichte werden könnte. Dann liegt in der Ausweitung der Krankenhausaufgaben die Gefahr einer schleichenden Bürokratisierung des Gesundheitswesens überhaupt. Die ärztliche und pflegerische Tätigkeit in den Anstalten folgt den Gesetzen einer betrieblichen Grossorganisation, die zwangsläufig in den neuen poliklinischen Abteilungen übernommen werden müssten. Dadurch käme es zu einer Störung der Balance zwischen der wohlorganisierten, aber patientenfernen Krankenhausmedizin und der patientennäheren, freilich organisatorisch weniger effizienten Praxismedizin – eine Balance, die bisher für das deutsche Gesundheitswesen so vorteilhaft war. Schliesslich lassen sich Nachteile für die Patienten selbst absehen: Sie benötigen für die Ambulatorien einen längeren Weg und mehr Zeit als bisher für den Hausarzt; sie tauschen mehr Medizin- und Labortechnik für die direkte Patientenbetreuung vor Ort ein; für sie reduziert sich die freie Arztwahl und damit die bisher gegebenen Vergleichsmöglichkeiten auf ein bloss formelles Minimum; überhaupt dürften sich bei der Patientenschaft sehr bald diejenigen Symptome zeigen, die die Soziologie beim Publikum bürokratischer Organisationen bereits so genau kennt. Die *zweite These* zielt auf das Krankenhaus als Wirtschafts- und Technikfaktor ersten Ranges. Vor allem hier liegt ein Ausgangs- und Schwerpunkt der sogenannten Kostenlawine im Sozialversicherungswesen. Leider wird sie zumeist nur als Folgewirkung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von 1972 mit seinen obligatorischen kostendeckenden Pflegesätzen diskutiert und dann nochmals vereinfacht zum Problem von Bettenzahl und Verweildauer. Eine solch verengte Gesundheitsökonomie verfehlt aber die Stellung und Aufgaben eines Krankenhauses innerhalb der Strukturräume der Wirtschaft und der öffentlichen Dienstleistungen. Es repräsentiert ja nicht nur für eine ganze Region – im Falle einer Spezialklinik noch weit darüber hinausgreifend – den gegenwärtigen Höchststand apparativer Diagnostik und Therapeutik, sondern zieht auch ärztliche und nichtärztliche Spezialisten heran und gibt ihnen dauerhafte Arbeitsplätze. Gleiche, nicht sofort in die Wirtschaftlichkeitsberechnungen eingehende zentrale Dienstleistungen erbringen die Krankenanstalten für Ausbildung und Beschäftigung des medizintechnischen und des Pflegepersonals, ohne dessen fachsolide und dauerhafte Bereithaltung das gesundheitspolitische Versorgungsniveau einer Gegend schnell herabsinken würde. Weiter ist die Klinik zentraler Umschlagplatz für

Medizintechnik und Medizinforschung. Ohne Anregung durch und Erprobung in den Krankenanstalten gäbe es keinen Fortschritt im Labor, in der apparativen Heilkunde oder in der Pharmazie. Schliesslich sei auf Entwicklung von und Erfahrung mit Verwaltungs- und Managementtechniken des Krankenhausbetriebs hingewiesen, die zwar immer im Schatten ärztlicher Kunst und pflegerischer Hilfeleistungen stehen und deshalb noch kaum Gegenstand der Organisationsforschung sind, die aber doch erst Rationalität und Rationalisierung, das heisst kostengünstige und aufgabengezielte Betriebsführung verbürgen.

Das Krankenhaus ist also ein Wirtschafts- und Technikfaktor mit doppelten Rückwirkungen: mittelbar über den Arzt auf den Patienten und seine Heilungs- und Gesundheitsschancen, unmittelbar, was weniger genau gesehen wird, auf Wirtschaft und Industrie, auf Arbeitsmarkt und Ausbildungslage seiner Region.

Der Kostendruck im Krankenhaussektor ist demzufolge nur zum Teil Ausdruck von Fehlleitung und Fehlbesetzung von Bettenkapazitäten. Zum grossen Teil wird er verursacht durch die wohl unverzichtbaren, aber immer teureren infrastrukturellen Leistungen, die das Krankenhaus als Aktivator, Organisator und Stabilisator der Krankenversorgung für eine ganze Region erbringt. Es ist sehr zu bezweifeln, ob nachhaltige Kostenreduktionen durch betriebsinterne Einsparungen, vor allem im Personaletat, zu erreichen sind. Eher sind gesundheits- und krankenhauspolitische Grundsatzentscheidungen am Platz, die, sollten sie echte Einsparungen erbringen, dann freilich das Niveau der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung selbst senken müssten.

Die *dritte These* vertritt endlich den Standpunkt, dass – mit klarem Blick auf diese Tatsachen – alle Kostenprobleme des internen Krankenhausbetriebes in überbetriebliche und überörtliche Planungsprobleme übergehen. Wenn das Krankenhaus tatsächlich dieser für eine ganze Region wirksame Wirtschafts- und Technikfaktor ist – wie in der zweiten These behauptet –, dann sind seine Aufgaben, sein sozialer Service durch den engen Funktionszweck eines Wirtschaftsbetriebs nicht voll bezeichnet. Sie werden erst erfasst, wenn man es als Sozialfaktor für Wirtschaft und Erwerbsbevölkerung seiner Umgebung begreift. Das will sagen, dass die Krankenhäuser einer Gegend unmittelbar Einfluss auf das Arbeitskräftepotential und seine Leistungsqualität im Wirtschaftsprozess haben.

Eine nur auf den Einzelpatienten konzentrierte Medizin vergisst zu leicht, dass ärztliche Versorgung, zunehmend auch Vorsorge und Nachsorge, einen sozialmedizinischen Effekt auf die Wirtschaftsleistung der erwerbstätigen Bevölkerung haben. Das Krankenhaus, bei dem sich

diese mittel- und langfristigen sozialmedizinischen Wirksamkeiten konzentrieren und durch die Anbindung vor- und nachstationärer Leistungen noch steigern werden, kann also durch die Kosteninflation, bildlich gesprochen, nicht in den Konkurs getrieben werden, weil damit die gesamte Volkswirtschaft in den Konkurs geriete. Stattdessen werden Gesundheits- und Wirtschaftspolitiker, Gewerkschaften und Arbeitgeber, am Ende auch Ärzte und Apotheker, Krankenhausträger und Krankenhausverwalter auf vorsorgliche Abstimmung der medizinischen Versorgungsleistungen in einer Region und auf eine echte leistungsgerechte Abgleichung der faktischen Kosten und der infrastrukturellen Gewinne durch den beschriebenen Sozialservice drängen.

Krankenhausplanung als Sozial- und Wirtschaftsplanung über längere Fristen, über grössere Räume und im Konsens der beteiligten Gruppen scheint deshalb die Raison zu sein, die in der aktuellen Krise des Gesundheitswesens steckt und nur ergriffen zu werden braucht. Ob freilich durch Planung, also kalkulierte Steuern von knappen Geldern, teuren Dienstleistungen und eines hochspezialisierten Personals die fundamentale Krise des Sozialstaats gelöst wird, der so offensichtlich auf einen Überfluss an Mitteln gebaut worden war, mag hier offen bleiben.

Ausbildungsstätten im Krankenhaus

Die Krankenpflegeausbildung im Hinblick auf eine Neufassung des Krankenpflegegesetzes (Kurzfassung)

Referentin:

Oberin Erika von Amann, Heidelberg

Rund 900 Schulen in der BRD und West-Berlin von sehr unterschiedlicher Grösse (30–200 Ausbildungsplätze) und Qualität sind als zur Ausbildung von Krankenpflegepersonal staatlich anerkannt. Gesetzliche Grundlage ist das Krankenpflegegesetz in der Fassung von 1965 und die Ausbildungs- und Prüfungsordnung von 1966, die damals zwar eine wesentliche Besserung brachten, jedoch nur Mindestnormen setzen und einen breiten Auslegungsspielraum zulassen. Es gibt Bemühungen, diese uneinheitliche Ausbildungssituation auszugleichen, indem zahlreiche Schulen schon jetzt die «Richtlinien des Europäischen Übereinkommens zur theoretischen und praktischen Ausbildung» von 1967 verwirklichen. Ein anderer verheissungsvoller Anfang sind die vom hessischen Sozialminister initiierten Lernziel- und Tätigkeitskataloge für die theoretische und für die praktische Ausbildung, die sich in der Erprobung befinden. Gesetzlich geregelte Krankenpflegeausbildung der Zukunft muss so gefasst sein, dass die Ausbildungen vergleichbar werden und die

Absolventen auf dem enger gewordenen Markt der Dienstleistungsberufe im Gesundheitswesen konkurrenzfähig bleiben. Verkürzte Verweildauer der Patienten, zunehmende Bedeutung der flankierenden Massnahmen der Vor- und Nachsorge und der Rehabilitation zwingen die Krankenpflege zum Umdenken. Sie kann nicht mehr vorwiegend im Krankenhaus, sondern muss auch in ausserklinischen Einrichtungen erlernt werden. Krankheit muss erfasst werden als ein komplizierter somatischer, psychischer und sozialer Prozess. Die praktische Ausbildung auch in der Psychiatrie sollte angesichts der ständig wachsenden Zahl von psychisch Kranken zum Pflichtkatalog der Grundausbildung gehören. Abzulehnen sind lange Praktika in hochspezialisierten, technischen Abteilungen. Die dort erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten veralten erfahrungsgemäss am schnellsten.

Schichtdienst, Personalabbau und Arbeitszeitverkürzung verursachen, dass Krankenschwestern und -pfleger unmittelbar nach ihrer Ausbildung Weisungsbefugnis und Verantwortung für Hilfskräfte und Schüler übernehmen müssen. Auf diese Aufgabe müssen sie systematisch vorbereitet werden. Prinzipien der Krankenhausbetriebsführung und des Wirtschaftlichkeitsdenkens gehören ebenfalls in den Lehrplan.

Angestrebt wird eine vielseitige praxisbezogene Ausbildung auf dem Boden solider theoretischer Grundkenntnisse in Berufsfachschulen besonderer Art in enger Verbindung mit geeigneten Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Von den Berufsverbänden fast einstimmig abgelehnt wird die von Bildungs- und Sozialpolitikern geforderte Herabsetzung des Aufnahmealters vom 17. auf das 16. Lebensjahr, sofern nicht der dreijährigen Fachausbildung ein vorwiegend theoretisch gestaltetes Grundbildungsjahr vorgeschaltet wird. Ebenfalls abzulehnen ist eine noch weitere Aufsplittung der Berufe im Gesundheitswesen. Spezialisierung ist eine Aufgabe der Weiterbildung.

Fehlt uns die Provokation?

«Kinder, rottet euch zusammen! Schreit und lärmt! Verschmutzt Eingänge, Wege und Garagentore! Spielt und tobt zwischen den Anlagen!», so stand es zu lesen in 1400 Exemplaren eines Gemeindebriefes «TPZ» («Termine, Pläne, Zwischenrufe») der protestantischen Schalom-Gemeinde in Dortmund-Scharnhorst. Es war natürlich nicht ernst gemeint, sondern eine Satire,

aber im Gemeindebrief nicht als solche kenntlich gemacht. Und so gab es halt massive Proteste von Eltern und Amtsbrüdern des Gemeindebrief-Redaktors Pfarrer Martin Schroeter. Zwar blieb der Aufstand der Kinder aus, kein Knirps verschmutzte mehr Eingänge als sonst üblich und die Dreikäsehoche lärmten nicht lauter als ohnehin. Aber Pfarrer Schroeter hatte sich vor Gericht zu verantworten; er wurde zu einer Busse von DM 700.– verurteilt. Er legte Berufung ein, doch vor dem Landgericht Dortmund zog er auch in der zweiten Verhandlung den kürzeren. Dabei kam es noch zu Gummiknüppelhieben – über 100 Schroeter-Anhänger drängten sich in den kleinen Gerichtssaal. Die Zeugenbänke wurden erst freigegeben, als es zu einem «Sit-in» vor der verriegelten Gerichtstür kam und «Klassenjustiz» geschrieben wurde.

Pfarrer Schroeter hatte jenen satirischen Aufruf der Hamburger «Zeit» entnommen; er wollte damit auf die Missstände in der Siedlung Scharnhorst hinweisen. Die Menschen wohnen dort in Blöcken enggedrängt. «Wie sollen zwei Erwachsene und sechs Kinder auf 86 Quadratmeter leben, ohne dass es zu Konflikten kommt? Da wird zuerst befohlen, dann gedroht und schliesslich geschlagen.» Tagtäglich erlebe er, wie in dem Arbeiterviertel Scharnhorst Gewalt produziert werde. Indem er das Kindermanifest aus der «Zeit» abdruckte, habe er auf die fehlenden Kinderspielflächen aufmerksam machen wollen. Zum Beweis, dass die Kinder selber den Aufruf nicht wörtlich nahmen, zitierte er ihre Antworten auf eine Befragung. «Wenn wir das wörtlich genommen hätten, wäre sofort die Polizei gekommen, und die Erwachsenen hätten uns für verrückt erklärt.»

Aber es gibt eben überall Leute, die keinen Spass verstehen, und ihnen schloss sich das Gericht auch in der Berufungsverhandlung an: es blieb bei der «symbolischen» Busse von DM 700.–. «Wofür soll die Strafe ein Symbol sein?», fragte Pfarrer Schroeter. Immerhin konnte er Erfolge buchen. Die Stadt Dortmund machte für die Zukunft die Anlage von Kinderspielflächen obligatorisch, ein neuer Bauspielfeld ist in Planung, und eine ganze Reihe von pädagogischen Fachtagungen, Universitätsseminaren, Architekten und Umweltplanern beschäftigten sich mit dem Prozess, ja, seine Akten sollen sogar in ein Schulbuch kommen! (Also einmal ein Schulbuch, in dem nicht mehr steht, das Rotkehlchen singe im Frühling «Di-dä-dä . . .» und der Sämann streue im Herbst Saatgetreide auf den umgepflügten Acker . . .) Das Kapitel in dem geplanten Schulbuch soll solchen Fällen gewidmet sein, die «provokatorische Werbung für einen guten Zweck zum Inhalt haben».

Man kann sich füglich fragen, ob der schläfrige Zustand unserer Kirchengemeinden nicht ab und zu solch provokatorische Vorstösse nötig hat. Sagt man seine Sache ohne Stimmaufwand und in schlichten

Worten, so wird es nicht zur Kenntnis genommen. Hätte jener Ostschweizer Pfarrer, von dem «Leben und Glauben» schrieb, in einer landesüblichen Predigt den Satz eingeflochten, er sehe die Redefreiheit auf der Kanzel für gefährdet an, so hätte die Gemeinde kaum Notiz davon genommen, und im Land herum hätte kein Hahn darnach gekräht. Er hat aber für einmal auf die Predigt verzichtet und den Grund dafür bekanntgegeben, mit dem Erfolg, dass die massgebliche Amtsstelle, der Generalsekretär des Eidgenössischen Justizdepartementes zu Äusserungen veranlasst wurde, die sehr zu denken gaben. Etliche unserer Leser waren mit mir nicht einverstanden, aber ich finde es erfreulich, dass wir alle aus dem Busch geklopft und zum Nachdenken veranlasst worden sind. Denken heisst doch immer: umdenken. Man denkt erst, wenn man neu denkt, wenn man anders denkt. Jesus hat die Menschen zum Umdenken aufgerufen – das ist nämlich mit dem Wort gemeint, das in der Lutherbibel heisst: «Tut Busse!» Sobald wir auf sein Wort eingehen, geraten wir in Bewegung. Wir müssen dann Fragen stellen. Fragen an uns selber, Fragen an unsere Mitwelt, Fragen an das Bestehende. Niemals kann die Gemeinde Jesu sich beim Bestehenden beruhigen. Sie kann keine Plattform für die Bestätigung und Verteidigung des Bisherigen sein. Sind nicht gerade deswegen unsere Kirchen so trostlos leer, weil es von den Kanzeln viel zu beruhigend und harmlos plätschert? Zum Aufsehen mahnt dieser Zustand heute vor allem in Ostdeutschland, der DDR. Staat und Öffentlichkeit sind dort nicht indifferent wie bei uns, sondern gegen die Kirche deutlich ablehnend eingestellt. Obwohl die Kirche ihren Dienst im allgemeinen ungehindert tun kann, wird er immer weniger in Anspruch genommen. Die Leute kommen nicht mehr. So beschreibt Harald Steffahn («Die Zeit» vom 12. Oktober 1973) einen Dorfgottesdienst in Luthers Stammland Thüringen so pessimistisch, dass man erschrickt: «Ein ehrwürdiges Gotteshaus, an dem die Schindeln locker hängen und schimmelige Feuchtigkeit sich durch die Grundmauern frisst; eine Orgel, die nicht gespielt wird, weil der Organist in den Ferien ist; ein letztes Aufgebot ergebener Kirchenchristen, aus denen keine christliche Überzeugungskraft mehr wirbt; eine Liturgie endlich, die in ihrer quälenden Länge, ihrer dogmatischen Selbstgefälligkeit die religiöse Krise einfach überschlafft, zum Selbstzweck geronnen erscheint: Lutherzeit, tiefgefroren.» Und: «Der Geistliche vermeldet in der Abkündigung für den vorigen Sonntag dankbar eine Taufe. Die Kollekte ergab DM 10,91. Am Montag werde er in den Urlaub gehen. Der Gottesdienst müsse in diesen drei Wochen mangels Vertretung ausfallen.»

Und nun, lieber Leser, dürfen wir nicht dem Kommunismus schuld geben. Er bringt nur an den Tag, was auch bei uns, ein bisschen

verborgener, auch vorhanden ist. Als ich ein junger Pfarrer war, da musste ich feststellen, dass unsere Gemeinden von einem jungen Stürmer nichts annehmen wollten. Jetzt gehöre ich zur älteren Generation – was muss ich heute feststellen?

Aus «Leben und Glauben»,
Hans Weidmann

Alle taubblinden Kinder der deutschen Schweiz erfasst

Die Kommission für das Taubblindenwesen, deren Sekretariat durch Pro Infirmis geführt wird, hat im Verlaufe des letzten Jahres im deutschsprachigen Teil der Schweiz eine umfassende Erhebung durchgeführt. Ziel dieser Umfrage war die Erfassung möglichst aller im Raum lebenden hör- und zugleich sehgeschädigten oder in diesem Sinne zentralgestörten Kinder zwischen 0 und 18 Jahren. Die Anfrage richtete sich an 600 Sozialberatungsstellen und an 900 Ärzte und Spitäler. Die wichtigsten Ergebnisse: 18 taubblinde Kinder wurden neu erfasst.

Drogenmissbrauch in Zürcher Schulen

700 bis 900 schwer Drogenkranke gibt es im Raum Zürich. Nach Auskunft von Dr. H. G. Bodmer, Leiter des Schulärztlichen Dienstes der Stadt Zürich, an einer vom Schulvorstand veranstalteten Pressekonferenz liegt der Schwerpunkt der Altersklassen zwischen 15 und 21 Jahren. Nur selten trifft man über 30 Jahre alte Drogengeschädigte. Nicht nur die Drogenabhängigkeit als folgenschwerste Form von Süchtigkeit greift aber um sich, sondern auch Alkohol- und Nikotinmissbrauch erfassen immer jüngere Jugendliche.

Eine tragbare Kinderwiege zum Aufblasen hat sich ein französischer Erfinder patentieren lassen. Die Wiege (in nicht aufgeblasenem Zustand) hat Platz in einer Brieftasche; ausserdem kann man sie als Badewanne, Hängematte und Schiff am Badestrand verwenden.

Die Aufklärung der natürlichen Belastung unserer Umwelt ist eine wichtige Vorbedingung für die Feststellung der Umweltverschmutzungen. Die Konzentrationen insbesondere von toxischen Substanzen aus natürlichen Vorkommen müssen im Sinne einer effizienten Umweltvorsorge ermittelt werden. Stellt man beispielsweise bei einer Trinkwasserprobe erhöhte Konzentrationen von Fluor fest, so können diese nicht nur aus Industrieabfällen, sondern auch aus natürlichen Vorkommen stammen. Das Ziel des Schwerpunktprogrammes der

Geborgen sein

Wie ein zerbrechlich Vögelein
in meiner Hand,
bin ich im All;
und ohne Widerhall
mein Flug.
Doch wenn ich darf geborgen sein
in vatertrauen Händen,
so ist's genug.

Selma Vogt

Deutschen Forschungsgemeinschaft ist es, an regionalen Modellen die Wechselwirkung zwischen Atmosphäre, Gewässern, Böden und Gesteinen in bezug auf die natürlich vorkommenden Elemente (zum Beispiel Quecksilber, Blei, Cadmium, Arsen, Fluor) zu untersuchen, analytische Methoden zu vergleichen und zu standardisieren und Methoden zu entwickeln, mit denen auch extrem niedrige Konzentrationen bestimmt werden können.

In Zukunft werden die Waschmittelverbraucher bei allen bedeutenden Waschmittelmarken durch den Aufdruck auf einer Verpackung erkennen können, ob sie einen Enzymzusatz enthalten. Allergisch veranlagte Personen werden damit in Zukunft die Möglichkeit haben, die für sie eventuell verträglicheren enzymfreien Erzeugnisse von den biologisch aktiven Waschmitteln zu unterscheiden.

Verantwortliche Redaktion
für den wissenschaftlichen Teil:
Prof. Dr. med. M. Berger,
Direktor Universitäts-Frauenklinik
und Hebammenschule Bern;
Dr. F. X. Jann,
Oberarzt am Frauenspital Bern;
für den allgemeinen Teil:
Frau Nelly Marti-Stettler,
Mühledorfstrasse 1/99, 3018 Bern.
Telefon 031 55 11 17.

Zeitungskasse des Schweizer
Hebammenverbandes,
Postscheckkonto: 30-35888.

Abonnementspreis: Jahresabonnement
für die Schweiz Fr. 10.—, für das Ausland
Fr. 10.— + Porto.
Inseratenverwaltung:
Künzler-Bachmann AG,
Geltenwilenstrasse 8a,
9001 St. Gallen,
Telefon 071 22 85 88.

Druck: Paul Haupt AG,
Buchdruck + Offset, Falkenplatz 11,
3001 Bern.

Städtisches Krankenhaus Baden

sucht

Hebamme

Wir bieten selbständige, abwechslungsreiche Tätigkeit, angenehmes Arbeitsklima und gute Entlohnung.

Wir erwarten Interesse an moderner Geburtshilfe, Initiative und Einsatzbereitschaft.

Auskunft erteilt die Spitaloberin Amalie Peier, Städtisches Krankenhaus, 5400 Baden, Telefon 056 26 35 40.

Bezirksspital Münsingen

sucht

dipl. Hebamme

zusätzliche Ausbildung als diplomierte Krankenschwester wünschenswert.

Eintritt: Sofort oder nach Übereinkunft

Wir bieten:

- Gutes Arbeitsklima
- Besoldung nach kantonalem Regulativ
- Eventuell Teilzeitarbeit
- Auf Wunsch Unterkunft im Personalhaus

Wir erwarten:

- Einsatzbereite Person
- Mitarbeit im Kinderzimmer und auf der Abteilung

Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne die Oberschwester, Bezirksspital, 3110 Münsingen. Telefon 031 92 42 11.

**Stelleninserate in der
«Schweizer Hebamme»
haben Erfolg.**



Möchten Sie als selbständige

Hebamme

in unserem Spital mitarbeiten?

Sie finden bei uns ein gutes Arbeitsklima und geregelte Arbeitszeit. Gehalt nach kantonalen Ansätzen.

Weitere Auskünfte erteilt gerne Oberin R. Spreyermann, Lindenhof, Bremgartenstrasse 119, 3012 Bern, Telefon 031 23 33 31.

Spital Menziken

Wir suchen auf 1. Februar 1977 (oder nach Übereinkunft) eine gut ausgebildete, zuverlässige

Hebamme

die Freude hat, in unserer neuzeitlichen Geburtenabteilung mitzuarbeiten.

Wir bieten fortschrittliche Anstellungsbedingungen, Externat möglich.

Anmeldungen sind zu richten an die Oberschwester oder an die Verwaltung des Spitals, 5737 Menziken AG, Telefon 064 71 46 21.

Für einen 3- oder 2jährigen Einsatz als

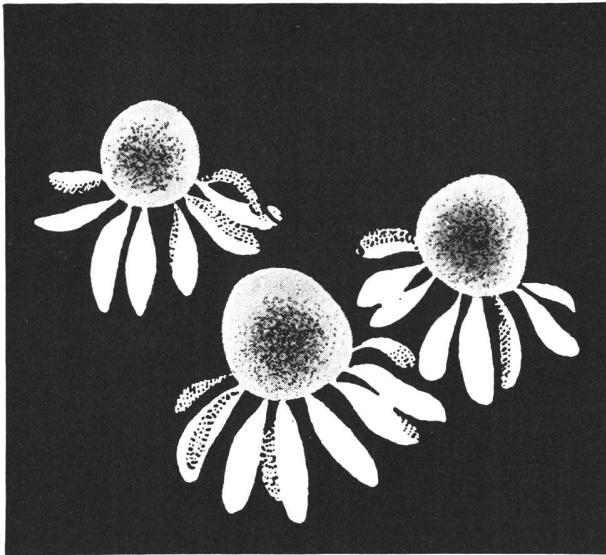
Entwicklungshelferinnen

suchen wir Hebammen für verschiedene Projekte in Kamerun, Lesotho, Nigeria. Interessieren Sie sich für beruflich und menschlich interessante Aufgaben als Freiwillige? Dann verlangen Sie unverbindliche Unterlagen und Auskünfte durch:

Hebammen für die Dritte Welt

**INTERTEAM, Entwicklungsdienst durch Freiwilligeneinsatz,
Zürichstrasse 68, Postfach, 6000 Luzern 9,
Telefon 041 36 67 58.**

Nächste Vorbereitungskurse: Februar, April 1977



Die altbewährte Kamille
in moderner Form

KAMILLOSAN®

Liquidum *

Salbe *

Puder

* kassenzugelassen

entzündungsheilend,
reizmildernd, adstringierend,
desodorierend

- standardisiert
- hygienisch
- praktisch
- sparsam und bequem
im Gebrauch

Muster stehen zur Verfügung!



TREUPHA AG BADEN

Bezirksspital Burgdorf

Zum Eintritt für sofort oder nach Vereinbarung suchen wir

2 dipl. Hebammen

Aufgabenkreis:

- selbständiges Arbeiten im Gebärsaal
- Mithilfe bei der Betreuung der Wöchnerinnen

Die Anstellungsbedingungen sind in jeder Hinsicht zeitgemäss.

Anfragen und Anmeldungen sind zu richten an Herrn Dr. Streit,
Chefarzt Gynäkologie, Bezirksspital, 3400 Burgdorf,
Telefon 034 21 21 21.

Bezirksspital Langnau/Emmental

Auf unsere neuzeitlich eingerichtete Geburtsabteilung suchen wir
für sofort oder nach Übereinkunft

1 dipl. Hebamme

Selbständiges Arbeiten unter der Leitung eines Fachgynäkologen.

Jährlich etwa 450 Geburten.

Wir möchten gerne mit Ihnen in Verbindung treten und freuen uns
auf Ihren Telefonanruf oder auf Ihre Offerte.

Verwaltung Bezirksspital Langnau/Emmental, 3550 Langnau,
Telefon 035 2 18 21.



Die Wundsalbe für die
Säuglingspflege und tägliche
Praxis

Vita-Merfen[®]

geruchlose Lebertransalbe

Gesässerythem der Säuglinge,
Wundliegen, Hautrötungen.
Mamma-Rhagaden.
Verbrennungen und allgemeine
Wundpflege.

 Zyma

Tube zu 20 g Fr. 3.60

Tube zu 40 g Fr. 4.90