Wenn es an Pflegepersonal mangelt : Bildungs- und gesundheitspolitische Massnahmen in den 1950er- und 60er-Jahren

Autor(en): **Oertle, Cornelia / Hiedl, Anouk**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Traverse : Zeitschrift für Geschichte = Revue d'histoire**

Band (Jahr): **19 (2012)**

Heft 2: **PflegeKrisen = Crises des soins**

PDF erstellt am: **19.03.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-391043

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Wenn es an Pflegepersonal mangelt

Bildungs- und gesundheitspolitische Massnahmen in den 1950er- und 60er-Jahren

Cornelia Oertle, Anouk Hiedl

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) spielt seit dem frühen 20. Jahrhundert eine tragende Rolle bei der Ausbildung in Krankenpflege. 1903 gelangte das SRK durch den Bundesbeschluss «zu staatlicher Anerkennung und Finanzierung in der Rolle einer schweizerischen Zentralinstanz für die berufliche Krankenpflege».[1] Pflegeschulen, welche die Anforderungen des SRKs erfüllten und sich auch seinen Kontrollen stellten, gelangten ab 1904 in den Genuss jährlicher Bundessubventionen, die aus dem Budget des Militärdepartements ausgeschüttet wurden.[2] Der ursprüngliche Auftrag des SRKs wurde in der Folge immer mehr ausgeweitet und das SRK «bald zum einzigen Gesprächspartner der Krankenpflegeschulen und der Gesundheitsbehörden. Indem es von den Umständen profitierte [...], etablierte sich das SRK nach und nach als Autorität in Sachen Berufsausbildung»[3] und war bei der Definition der Qualität und des Eintrittsalters zur Pflegeausbildung massgeblich beteiligt. Die bestehenden Pflegeschulen suchten sich nach Möglichkeit dem SRK anzuschliessen. So wurde diese private Organisation am Anfang des 20. Jahrhunderts mit einer staatlichen Aufgabe beauftragt.

Die politischen Akteure auf nationaler und kantonaler Ebene widmeten sich der Pflegeausbildung damals kaum – abgesehen von einigen Vorstössen, die bei der schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK)[4] und im nationalen Parlament eingereicht wurden, damit die Ausbildung unter Bundeshoheit gestellt würde, um den «Krankenpflegeberuf sozial und beruflich zu heben».[5] Diese wurden von den eidgenössischen Räten wiederholt mit dem Hinweis auf die Zuständigkeit der Kantone für die Gesundheitsversorgung und damit für die Ausbildung und Anstellungsbedingungen des Pflegepersonals abgelehnt.

Bei der SDK war das Krankenpflegepersonal bis Mitte des 20. Jahrhunderts kein Thema, abgesehen von einigen Diskussionen rund um das «Irrenpflegepersonal». Erst nach dem Zweiten Weltkrieg befasste sich die SDK vermehrt mit den Gesundheitsberufen und zwar anfänglich im Zusammenhang mit den miserablen Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals. 1944 wurde von der Plenarversammlung der SDK eine Resolution zuhanden des Eidgenössischen Departements des Innern verabschiedet, die der Anlass dafür war, dass per 1. Mai 1947 durch

einen Bundesbeschluss ein Normalarbeitsvertrag für das Pflegepersonal in Kraft gesetzt wurde.[6]

Der Pflegenotstand wurde im Verlauf der weiteren Jahrzehnte immer wieder von der SDK diskutiert; insbesondere ab den 1950er-Jahren war der Pflegepersonalmangel ein Dauerthema. Es mussten neue Mittel und Wege gefunden werden, um dem Zeitdruck und der hohen Arbeitsbelastung des Pflegepersonals – auch mit pflegefremden Hilfs- und Putzarbeiten – entgegenzuwirken. An der Einführung der Ausbildungen zur «Spitalgehilfin» und zur «Hilfspflegerin» lassen sich einige Reformmassnahmen gegen den «Schwesternmangel» aufzeigen. Anhand von Protokollen von Vorstands- und Plenarsitzungen der SDK sowie von Referaten, Berichten und Schreiben zum Pflegepersonalmangel haben wir folgende Fragestellungen untersucht: Welche Argumente waren für die Behebung des Pflegepersonalmangels relevant? Welche Themen wurden in diesem Zusammenhang diskutiert? Welche Akteure spielten bei der Vorbereitung der entsprechenden Massnahmen gegen eine Pflegekrise eine (aktive oder reaktive) Rolle? Welche Befürchtungen prägten die Auseinandersetzungen und beeinflussten die Entscheide? Welche Lösungen wurden vorgeschlagen und letztlich umgesetzt?

Ursachen des «Schwesternmangels»

In den 1950er-Jahren wuchs der Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal laufend an und erreichte 1957 seinen Höchststand.[7] Besorgt beobachtete nebst dem SRK und der SDK auch die VESKA[8] diese Entwicklung. Seit Jahren hatte man nach Lösungen zur Behebung dieses Problems gesucht: «Trotz allen Anstrengungen einerseits des Roten Kreuzes, der Schwesternschulen und trotz den vielen durchgeführten Werbeaktionen und andererseits trotz den allmählich sich verbessernden Anstellungs- und Besoldungs-Bedingungen, und der Mithilfe der VESKA bei den Werbeaktionen, konnte bis heute der Mangel nicht behoben werden.»[9] Bereits 1949 hatte das SRK die Schaffung einer Zwischenkategorie zwischen der «diplomierten Schwester» und den Dienstmädchen diskutiert, die Idee wurde jedoch wieder verworfen.[10] 1956 trug die VESKA die Forderung nach einer neuen Berufskategorie der Spitalgehilfin erneut an die SDK heran.

Eine wichtige Ursache für den steigenden «Schwesternmangel» war der revidierte Normalarbeitsvertrag für das Pflegepersonal von 1956. Mit der Einführung der 54-Stundenwoche – vorher waren über 60 Wochenarbeitsstunden die Regel[11] – erhöhte sich der Mangel an Pflegepersonal schweizweit von 1000 auf 1600 Personen.[12] Auch der Anstieg an Chronischkranken,[13] die steigenden Anforderungen einer sich rasch entwickelnden Medizin sowie die «vielen Projekte für neue Spitäler [und] die Vergrösserung von Spitälern» verlangten nach immer

mehr Pflegepersonal – was gemäss der VESKA «ein noch grösseres Vakuum»[14] an Pflegenden mit sich bringen würde. Des Weiteren wurden in den Debatten des Vorstands und an den Plenarversammlungen der SDK von Regierungsmitgliedern wiederholt auch berufliche Rahmenbedingungen für den Pflegepersonalmangel verantwortlich gemacht. Das Eintrittsalter für den Pflegeberuf lag damals bei 20 Jahren, ein Umstand, der innerhalb der SDK über Jahre zu Diskussionen führte: «Diese Frage ist schon oft erörtert worden. Zu junge Töchter eignen sich nicht für den Schwesternberuf», liess etwa Jakob Heusser, Regierungsrat von Zürich und Präsident der SDK 1962, verlauten.[15] «Ausnahmsweise kann das Eintrittsalter auf 18 Jahre herabgesetzt werden, jedoch nicht auf 17 oder weniger.»[16] 1965 hielt Frau Dr. med. I. Schindler-Baumann, Präsidentin der Kommission Krankenpflege des SRK, im gleichen Sitzungsrahmen fest, dass sich Reife nicht an einem fixen Alter festmachen lasse: «Man neigt dazu, das Eintrittsalter für den Schwesternmangel verantwortlich zu machen. [...] Ein Blick auf die Länder, welche Schülerinnen mit 18 oder gar 17 Jahren in Schwesternschulen aufnehmen, zeigt, dass dort der Mangel genau so gross ist wie bei uns.»[17]

Auch die Belastung des Pflegepersonals durch Putz- und andere Hilfsarbeiten wurden etwa in Kreisen der VESKA kritisch diskutiert und als Folge einer wenig effizienten Arbeitsteilung angesehen: «[Z]ur Einführung der 54-Stundenwoche für das Pflegepersonal [müssen] Hilfskräfte zugezogen werden [...], welche den Krankenschwestern in vermehrtem Masse zudienen und ihnen alle hauswirtschaftlichen Arbeiten abnehmen.»[18]

Ein erster Hilfsberuf: die Spitalgehilfin

Da die mehrfachen Werbeaktionen für Pflegeberufe in den 1950er-Jahren[19] nicht die erwünschten Erfolge zeigten,[20] hatten sich Schweizer Spitäler mit diversen Rationalisierungsmassnahmen, ausländischem Personal und Hilfskräften zu behelfen versucht, was die VESKA nur ungern sah: «Mit grösster Besorgnis betrachten wir das Wesen dieser Hilfskräfte, die ohne Spezialausbildung bereits mancherorts Schwesternarbeiten leisten, für die sie nicht zuständig sind.»[21] Im Lauf der Diskussionen der SDK zeigte sich, dass an verschiedenen Schweizer Spitälern, so in Zürich und in Genf, vor der Einführung der Spitalgehilfin bereits entsprechende Ausbildungen angeboten wurden, die nicht aufeinander abgestimmt waren.[22]

Die Spitaldirektoren waren in grosser Sorge, dass sich die Pflegequalität senken würde und beabsichtigten mit einer generellen, schweizerischen Regelung, «eine zum Teil ungute Entwicklung abzustoppen und dieses weibliche Personal in einer neuen Berufskategorie zusammenzufassen, um ihm Zügel anzulegen. [...]

Durch eine straffe Reglementierung verhindern wir einen Einbruch dieser Leute in die immerhin eine dreijährige gewissenhafte Lehrzeit erfordernde Schwesternarbeit.»[23] Mit der Reglementierung der neuen Berufskategorie der Spitalgehilfin erwartete man, auch wieder Schweizerinnen einfacherer Herkunft und/oder mit wenig Schulbildung für die Arbeit in den Spitälern gewinnen zu können, denn Schweizerinnen fehlten in der «untersten Kategorie der Hausgehilfinnen fast ganz, weil sie diesen Beruf verschmähen».[24] Gleichzeitig hoffte man, dass aus der neu geschaffenen Kategorie der Spitalgehilfin später dringend benötigte Pflegerinnen für Chronischkranke hervorgingen und «einzelne Fähige unter ihnen sogar nachträglich noch den Beruf der Krankenschwester» erlernten.[25]

Nebst diesen bildungspolitischen Aspekten war die SDK auch der Überzeugung, dass die Pflegenden durch zu viele Hausarbeiten belastet würden, die besser von Hilfskräften ausgeführt würden: «Entscheidend für die ersten in dieser Richtung unternommenen Schritte war die Überlegung, dass die Arbeitskraft einer Schwester viel besser, nutzbringender und vor allem auch oekonomischer [sic] eingesetzt werden kann, wenn die Schwester von allen nicht eigentlichen pflegerischen Aufgaben befreit oder doch nach Möglichkeit entlastet wird.»[26]

Bis die Spitalgehilfin als Berufsgattung zugelassen wurde, dauerte es über ein Jahr. Die SDK diskutierte insbesondere an den Plenarversammlungen von 1957 und 1958 das Reglement für die neue Berufskategorie eingehend.[27] Dass sich die SDK so oft mit der Thematik auseinandersetzte, zeigt die Wichtigkeit des Anliegens und die Tatsache, dass die Einführung des Berufs Spitalgehilfin nicht unumstritten war. In diesen Diskussionen ging es am Rande auch um die Rollenverteilung zwischen den Spitaldirektoren und der Politik, das heisst der VESKA und den kantonalen Regierungsräten. Die politische Ebene wollte sich nicht von den Spitaldirektoren Vorschriften machen lassen oder ihnen zu viele Kompetenzen einräumen. Beispielsweise verweigerte die SDK der VESKA, dass diese die Fähigkeitsausweise neben den Spitalbehörden unterzeichnen konnten, da dies «eine kantonale Angelegenheit und nicht diejenige eines Verbandes ist».[28] Einige Mitglieder der Kantonsregierungen fanden es zu früh, um über ein Reglement zu befinden, und es fanden kritische Auseinandersetzungen statt, ob mit einer Senkung des Eintrittsaltersalters für die Pflegeausbildung Abhilfe beim Pflegepersonalmangel geschaffen werden könnte. Zudem wurde debattiert, ob die Spitalgehilfin der Kategorie Hausangestellte zugeordnet werden sollte, und man befand, dass die pflegerische Arbeit lediglich darin bestehe, «dass die Spitalgehilfin Helferin der Schwester» und «eher eine gehobene Hausangestellte als eine mindere Schwester sei».[29]

Die Diskussionen waren geprägt von einer echten Sorge um eine genügende Abgrenzung der Spitalgehilfin zur diplomierten Krankenschwester, was wiederholt ein Thema bei der SDK war: «Man darf mit dieser zu schaffenden neuen

Berufsgattung nicht unsere Krankenschwestern illoyal konkurrenzieren und den Standard der Krankenpflege in der Schweiz herabsetzen.»[30] Das zeigt sich etwa auch daran, dass das neue Reglement sowohl im Vorstand wie auch an der Plenarversammlung der SDK artikelweise durchgegangen wurde und eine Diskussion darüber entbrannte, welche Bekleidung und Kopfbedeckung[31] die Spitalgehilfinnen tragen sollten und ob sie Temperatur- und Pulskontrollen durchführen dürften. Die VESKA-Arbeitsgruppe, welche die Richtlinien ausgearbeitet hatte, sah vor, dass diese Aufgaben weiterhin dem diplomierten Pflegepersonal vorbehalten würden, denn «in dieser Frage ist die Scheidung zwischen ausgebildetem Pflegepersonal und Spitalgehilfinnen ärztlich bedingt und eine Verwischung der Grenzen könnte schwerwiegende Folgen haben»,[32] beispielsweise bei Herzkranken. Auch wenn sich der Vorstand der SDK der Problematik bewusst war, hatte er sich Ende 1957 pragmatisch gezeigt und diese Bestimmung bereits im Vorfeld der Plenarversammlung herausgestrichen, weil sie «mit Sicherheit» nicht eingehalten werde.[33] Interessant ist zudem die Tatsache, dass das SRK, das damals den Beruf der allgemeinen Krankenpflege aufgrund eines Bundesbeschlusses bereits reglementierte und überwachte, sich nicht als zuständig für die Überwachung der Ausbildung der Spitalgehilfin erachtete, «da es sich um einen betont hauswirtschaftlichen und nicht um einen Pflegeberuf handelt».[34] In einem gewissen Mass gehörte die «Hilfe am Krankenbett» dennoch zu den Aufgaben der Spitalgehilfin – als «Helferin der Schwester» übernahm sie genau definierte Aufgaben im Grundpflegebereich, zum Beispiel beim Waschen und Kämmen, und die entsprechende Aufsicht oblag dem diplomierten Pflegepersonal.[35]

Eine weitere neue Berufskategorie: die Hilfspflegerin

Nur gut ein Jahr nach der Verabschiedung des Reglements für die Spitalgehilfinnen wurde an der Vorstandssitzung der SDK vom April 1959 unter Varia ein Schreiben der Direktion des Bürgerspitals Basel betreffend der Schaffung der Pflegerin für Alte und Chronischkranke verlesen. Sofort tauchte die Frage nach der Zuständigkeit der VESKA für diese Belange auf. Der Vorstand der SDK war auf Anhieb wenig erbaut über diesen neuen Vorstoss des Bürgerspitals Basel, das bereits bei der Einführung der Spitalgehilfin eine führende Rolle gespielt hatte.[36] Insbesondere wollten die Regierungsräte wissen, wie sich die «Schwesterorganisation»[37] zu dieser neuen Kategorie von Pflegenden äusserte, und es wurde problematisiert, dass dann ein-, zwei- und dreijährige Ausbildungen vorhanden seien. Auch sollte das SRK zu dieser neuen Ausbildung befragt werden.[38] Bereits im Sommer wurde ein erster Entwurf für die Richtlinien vorgelegt, der ab der Julisitzung 1959 im Vorstand der SDK mehrmals ausgiebig und kontrovers

diskutiert wurde. Zwischenzeitlich hatte sich auch das SRK zu Wort gemeldet und sich kritisch zur Schaffung einer neuen Kategorie von Pflegenden geäussert. Die Lücken im Pflegesektor, die zwischen den Spitalgehilfinnen und der diplomierten Pflegenden insbesondere im Bereich der aufwendigen Pflege von Betagten und Langzeitpatienten bestünden, wurden vom SRK zwar anerkannt, aber es tendierte eher auf eine Ausweitung der Kompetenzen der Spitalgehilfinnen. Das wiederum bezeichnete der Vorstand der SDK als «grotesk», weil das SRK bisher immer betont habe, dass die Spitalgehilfinnen keine pflegerischen Tätigkeiten ausführen dürften.[39]

Das Thema der Erweiterung der Kompetenzen der Spitalgehilfinnen wurde auch an weiteren Sitzungen des Vorstandes nochmals aufgenommen und kontrovers diskutiert, so im September 1959. Während die einen für ein grundsätzliches Überdenken der verschiedenen Kategorien votierten, weil sie unter anderem auch Rekrutierungsschwierigkeiten befürchteten, waren andere vehement dafür. Von den Befürwortern wurde ins Feld geführt, dass es ein Ressourcenverschleiss sei, wenn man auf Chronischkrankenabteilungen «diplomierte Schwestern» einsetze, deshalb brauche es eine neue Kategorie von «Hilfspflegerinnen» – ein Terminus, der ebenfalls umstritten war.[40] In den ganzen Debatten wurden etwa Oberinnen zitiert, die sich ebenfalls gegen die Ausweitung der Kompetenzen der Spitalgehilfinnen geäussert hatten, handle es sich doch um verschiedene Zielgruppen.[41] Dieser neue Beruf sei für eine «besondere Kategorie von Mädchen und Frauen, die weder für den Beruf der Spitalgehilfin noch für denjenigen der Schwester in Betracht kämen».[42]

Es zeigten sich weitere ähnliche Phänomene wie bei der Einführung der Spitalgehilfin: Einzelne Spitäler boten eine solche Ausbildung zum Zeitpunkt der Diskussionen der SDK bereits an. Ebenso waren vor der Einführung der Hilfspflegerin die Ausbildungsdauer sowie das Eintrittsalter für diese neue Berufskategorie umstritten: Es wurde festgehalten, dass man mit den vorgesehenen zwei Jahren zu nah an die dreijährige Ausbildung des diplomierten Pflegepersonals komme und so eine weitere Zwischenkategorie geschaffen werde – was das SRK ablehne. Für Altenpflegerinnen genügten 1½ Jahre Ausbildung.[43] Auch Krankenpflegeschulen befürworteten eine Hilfspflegerinnenausbildung von 1½ Jahren, während sich zum Beispiel Oberinnen für eine einjährige Ausbildung aussprachen. Das Bürgerspital Basel solle seine Ausbildung von zwei Jahren verkürzen, obwohl damit offenbar gute Erfahrungen gemacht worden waren.

Dr. Arnold Sauter, Direktor des Eidgenössischen Gesundheitsamts,[44] empfahl, die theoretische Ausbildung der neuen Hilfspflegerinnen in engen Grenzen zu halten, da bei einer 1½- bis 2-jährigen Ausbildung «doch kein richtiges Wissen vermittelt werden kann. Den Hilfspflegerinnen sollen ein paar richtige Begriffe eingepflanzt, ein paar falsche Begriffe ausgeredet und im Übrigen beigebracht

werden, die Grenzen ihres Wissens zu erkennen.»[45] Man war sich weitgehend einig, dass man bereits etablierte Spitalgehilfinnen nicht zu Hilfspflegerinnen aus- oder umbilden könne, da es «nicht dieselben Personen» seien und sich viele davon nicht als Hilfspflegerinnen eigneten. Dies galt vor allem für ältere geschiedene oder verwitwete Frauen, die zur damaligen Zeit gesellschaftlich oft schlecht gestellt waren.

Dementsprechend sollte die Berufskategorie der Spitalgehilfin beibehalten und eine neue Kategorie – die der Hilfspflegerin – geschaffen werden, die vom SRK überwacht wurde. Hilfspflegerinnen sollten kein Diplom erhalten, und auch der Schwesterntitel war weiterhin dem diplomierten Pflegepersonal vorbehalten. Es ging somit nicht um eine neue Kategorie «selbständig arbeitender Krankenpflegerinnen, sondern um eine neben die Spitalgehilfin tretende neue Kategorie von pflegerischem Hilfspersonal»,[46] wie H. Büchel, Zürcher Kantonsarzt und Präsident der Kommission für Krankenpflege des SRK, betonte. Sie stand unter der Aufsicht von diplomiertem Pflegepersonal. Dieses war dafür verantwortlich, dass «den Hilfspflegerinnen keine Arbeiten zugeteilt werden, welche die Kenntnisse und Fähigkeiten einer diplomierten Krankenpflegerin verlangen», wie im Entwurf der Richtlinien festgehalten war.[47] Die Spitalgehilfin war in erster Linie nicht als pflegerischer, sondern als ein dem hauswirtschaftlichen Bereich zugeordneter Hilfsberuf gedacht, der hierarchisch unter der Hilfspflegerin stand, die zu den Pflegeberufen gehörte. Die hilfspflegerische Ausbildung umfasste einen Vorkurs von insgesamt 58 Stunden, wovon circa 44 Stunden theoretischem Unterricht zu Berufsbild und -ethik, Verantwortung des Pflegepersonals und der Beziehung zu Kranken gewidmet waren. Zudem wurden Kenntnisse in Hygiene, zu Körper und Körperfunktionen, Ernährung und Grundlagen der Krankenpflegetechnik vermittelt. Nach einem Praktikum auf der Spitalabteilung fand ein zweiwöchiger Schlusskurs zur Repetition des Gelernten statt. Die Ausbildung dauerte insgesamt 1½ Jahre und konnte für Spitalgehilfinnen auf ein Jahr herabgesetzt werden.[48] Das SRK wurde mit der Ausarbeitung eines entsprechenden Ausbildungsprogramms für Hilfspflegerinnen[49] und der Definition des umstrittenen Eintrittsalters beauftragt.[50]

Schlussfolgerungen und Ausblick

Ausgehend von den heutigen bildungssystematischen Rahmenbedingungen und Diskussionen wäre es einfach, die damalige Schaffung von pflegerischen Hilfsberufen als Unterschichtung des Pflegeberufs, Angst vor einem zu hohen Niveau der Pflegeausbildung und mangelnden Willen, in gut ausgebildetes Pflegepersonal zu investieren, zu taxieren. Das würde allerdings der Viel-

schichtigkeit der Argumentationen und den historischen Gegebenheiten nicht Rechnung tragen.

Die Auseinandersetzungen zeigen stattdessen, dass die Entstehung der beiden Kategorien auf politischer Ebene bei der SDK keine gewollte Unterschichtung des Pflegeberufs war. So finden sich in den untersuchten Quellen interessanterweise keinerlei Hinweise auf eine Infragestellung des Ausbildungsniveaus des Pflegeberufs als Anlass zur Schaffung von Hilfskategorien.[51] Die Überlegungen zeugen vielmehr von einer grossen Sorge um genügend Nachwuchs für den Pflegeberuf und von einem grossen Respekt dem Pflegeberuf gegenüber, den man unter keinen Umständen von den Hilfskategorien konkurrenzieren lassen wollte. Man war stattdessen mehrheitlich überzeugt, dass es eine Entlastung der «Krankenschwestern» durch Hilfspersonal brauchte, da sie zu stark durch hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Putzarbeiten belastet seien. Und da verschiedene Spitäler unkoordiniert bereits entsprechende Ausbildungen anboten, diente die nachgelagerte Reglementierung dazu, die vorausgeeilte Realität wieder in geordnete Bahnen zu lenken.

Aus heutiger Sicht kann die Einführung der beiden neuen Berufskategorien der Spitalgehilfin und der Hilfspflegerin als eine Qualitätssicherungsmassnahme bezeichnet werden, um den zunehmend unkoordinierten Ausbildungen im Hilfspflegebereich Einhalt zu gebieten. So sah es die SDK – zu einer Zeit, als die Berufsbildung im Schweizer Gesundheitswesen noch wenig geregelt war – als ihre Aufgabe, reglementierend einzugreifen und Ordnung zu schaffen.

Dass die Einführung der beiden Hilfskategorien für den «Schwesternmangel» keine nachhaltige Abhilfe schaffen konnte, zeigen die weiteren Diskussionen der SDK in den 1960er-Jahren. Immer wieder wurde das hohe Eintrittsalter für die Ausbildung zur diplomierten «Krankenschwester» problematisiert – und dies bei fast jedem Thema, das in irgendeiner Weise mit dem Pflegepersonal zusammenhing.[52] 1966 hielt die SDK fest, «dass von denjenigen, die gegen eine Reduktion des Eintrittsalters seien, bisher kein konstruktiver Beitrag an die Lösung des Krankenpflegenachwuchses beigetragen worden sei».[53] Im Rahmen kontroverser Auseinandersetzungen wies man auf gestiegene Anforderungen, die notwendige charakterliche Reife und auf ausländische Erfahrungen zum Quervergleich hin, die das Eintrittsalter auf 17 Jahre gesenkt hatten. Einige Kantone waren bei der Suche nach kreativen Lösungen sehr findig, um das vorgeschriebene Mindestalter zu umgehen. So war es im Kanton Genf möglich, die Ausbildung bereits mit 18 Jahren zu beginnen und am Ende der Ausbildung ein Jahr bezahlt zu arbeiten, bevor die Schlussprüfungen abgelegt wurden.[54] Dies führte schliesslich dazu, dass das Mindestalter auf 18 Jahre gesenkt wurde, was in den 1980er-Jahren wiederum als zu hoch kritisiert wurde.[55] Wirklich beendet waren die Diskussionen über das Mindestalter erst, als 2002 mit der

Fachangestellten Gesundheit (FAGe) eine Berufsausbildung im Gesundheitswesen eingeführt wurde, die den Zugang zu den Gesundheitsberufen unmittelbar nach der obligatorischen Schulzeit erlaubte.

Spätestens seit dem Bericht des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums von 2009 ist der Mangel an Pflegepersonal wieder in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Bis 2020 sollen gemäss diesem Bericht im Pflegebereich 25'000 Personen zusätzlich angestellt und rund 60'000 Gesundheitsfachleute wegen Pensionierung ersetzt werden, um weiterhin eine adäquate Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können. Diese Zahlen sind alarmierend und – auch heute noch – eine riesige Herausforderung für die Verantwortung Tragenden und Akteure der Gesundheits- und Bildungspolitik.

Interessant ist, dass die heutigen Massnahmen zur Bewältigung des Pflegepersonalmangels keineswegs neu sind, sondern an die hier untersuchten älteren Diskussionen anknüpfen. Ausser dem erwähnten Mindestalter, das heute nicht mehr ins Feld geführt wird, tauchen unter veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ähnliche Themen auf wie vor 60 Jahren: Die ehemals geforderte Schaffung von Teilzeitstellen ist heutzutage Realität, und auch die Arbeitstätigkeit von verheirateten und älteren Frauen sowie von Müttern ist unterdessen gesellschaftlich weitgehend akzeptiert. Nebst der bereits früher verlangten gezielten Rekrutierung von Wiedereinsteigerinnen stellt man sich heute die Frage, wie der Berufsverbleib gefördert werden kann. Schon 1970 wurde in einem Artikel der *Neuen Zürcher Zeitung* die Schaffung von Spezialkursen für «Spätberufene» gefordert,[56] und auch heute noch wird über dieses Thema laut nachgedacht. Wieder aktuell sind zudem eine bessere Aufteilung der Arbeiten auf die verschiedenen Personalkategorien gemäss den jeweiligen Ausbildungen sowie Diskussionen zu Lohnfragen und mehr Männern in Pflegeberufen.

Wie ein roter Faden zog sich der Personalmangel in der Pflege durch das 20. Jahrhundert – und auch in Zukunft wird dieser eine grosse Herausforderung für das schweizerische Bildungs- und Gesundheitswesen sein. Ob die Bildungsreformen der letzten Jahre zu neuen und besseren Antworten führen als die Schaffung von Hilfskategorien, wird sich in den nächsten Jahren zeigen.

Anmerkungen

1 Alfred Fritschi, *Schwesterntum. Zur Sozialgeschichte der weiblichen Berufskrankenpflege in der Schweiz 1850–1930*, 2. Aufl., Zürich 2006, 158.

2 Die Bundessubventionen wurden bis Mitte der 1950er-Jahre aus dem Budget des Militärdepartements ausgeschüttet, da die Anfänge der Pflegeausbildung in der Schweiz ganz eng mit der Ausbildung von genügend Pflegepersonal für militärische Zwecke verknüpft sind. Angesichts der gestiegenen Kosten beantragte das SRK im Jahr 1956 beim Bund eine Unterstützung der Krankenpflegeausbildung auch für zivile Zwecke. Dem wurde durch

die eidgenössischen Räte erst nach intensiven Debatten, da es sich um eine eigentlich kantonale Aufgabe handle, mit Bundesbeschluss von 1962 entsprochen und zwar vorderhand befristet auf sechs Jahre und solange noch ein Pflegepersonalmangel bestand. Der Bundesbeschluss wurde 1972 erneuert und die Bundessubventionen bis 1981 ausbezahlt, als unter dem Druck der knapper werdenden Bundesfinanzen eine Neuverteilung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen geprüft und verschiedene Budgetposten gestrichen wurden. Vgl.: Cornelia Oertle Bürki, *Fachhochschulen Gesundheit in der Schweiz*, Bern 2008, 138; GDK, *75 Jahre SDK. Notizen zur Geschichte der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz*, Bern 1994, 65–68; Rosmarie Lang, Enrico Valsangiacomo, «Die Bundessubventionen für die Ausbildung», in Enrico Valsangiacomo (Hg.), *Zum Wohle der Kranken. Das Schweizerische Rote Kreuz und die Geschichte der Krankenpflege*, Basel 1991, 363–375.

3 Philippe Bender, «Das Schweizerische Rote Kreuz und die Entwicklung der Gesundheitsberufe: Historischer Rückblick 1866–1996», in SRK (Hg.), *Das Schweizerische Rote Kreuz und die Berufsbildung im Gesundheitswesen: Geschichte, Politik und Recht. Interdisziplinäres Kolloquium vom 22. November 1996, Rotkreuzschule für Krankenpflege Lindenhof*, Wabern 1996, 29–30. Siehe dazu auch Sabine Braunschweig, Denise Francillon, *Professionelle Werte pflegen. 100 Jahre SBK*, Zürich 2010, 119 ff.

4 Die schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) ist das politische Koordinationsorgan der für das Gesundheitswesen zuständigen Regierungsrätinnen und -räte der 26 Kantone. Sie existiert seit 1919 und bezweckt die Förderung der Zusammenarbeit der 26 Kantone untereinander sowie zwischen diesen, dem Bund und anderen wichtigen Organisationen des Gesundheitswesens. 2004 wurde sie zu Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) umbenannt. Im vorliegenden Artikel wird die damals gültige Bezeichnung Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) verwendet.

5 Enrico Valsangiacomo, «Die Entstehungsgeschichte der ersten Richtlinien von 1925», in Valsangiacomo (wie Anm. 2) 170.

6 Dr. Lydia Leemann, ehemalige Leiterin der Zürcher Pflegerinnenschule, führte 1942 und 1944 Untersuchungen zur Ausbildung und den Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals durch. Mit 75–80 Stunden pro Woche wies die Schweiz die längsten statistisch festgehaltenen Arbeitstage in der Pflege auf. Leemann forderte Verbesserungsmassnahmen für diverse Missstände, die erst in einzelnen Kantonen umgesetzt und ab 1947 auch auf Bundesebene in einem ersten Normalarbeitsvertrag für das Pflegepersonal geregelt wurden (maximale Arbeitszeit von 60 Stunden pro Woche). Vgl. GDK, *75 Jahre SDK*, Bern 1994, 46 f.

7 Enrico Valsangiacomo, «Die Ausbildung in allgemeiner Krankenpflege. Die Richtlinien von 1948 bis zu denjenigen von 1966», in Valsangiacomo (wie Anm. 2), 207.

8 Die Vereinigung Schweizerischer Krankenanstalten (VESKA) wurde 1930 gegründet und 1995 in H+ Die Spitäler der Schweiz umbenannt.

9 Staatsarchiv Kanton Bern (StABE), Archiv GDK, Ordner 46, Schreiben der VESKA-Spezialkommission «Spitalgehilfinnen» an die SDK vom 20. 10. 1956, Vorstandssitzung SDK, 30. 11. 1956. Zu Werbeaktionen für den Pflegeberuf vgl. Valsangiacomo (wie Anm. 7), 207–211.

10 StABE, Archiv GDK, Ordner 79, Übereinkunft vom 12. 3. 1949, Spezialdossier Krankenpflege.

11 Der erste Normalarbeitsvertrag von 1947 wurde in den folgenden Jahrzehnten wiederholt angepasst (1956 maximal 54 Stunden pro Woche, 1963 50 Stunden pro Woche, 1971 individuelle Regelung). Vgl. Enrico Valsangiacomo, «Das Eidgenössische Militärdepartement, die Source und das Schweizerische Rote Kreuz von 1904 bis 1912», in Valsangiacomo (wie Anm. 2), 195.

12 GDK (wie Anm. 2), 60.

13 Vgl. z. B. StABE, Archiv GDK, Ordner 405, Vorstandssitzung SDK, 8. 9. 1959; Vorstandssitzung SDK, 6. 4. 1960.

14 StABE, Archiv GDK, Ordner 46, Schreiben der VESKA-Spezialkommission «Spitalgehilfinnen» an die SDK vom 20. 10. 1956; Vorstandssitzung SDK, 30. 11. 1956; vgl. z. B. auch StABE, Archiv GDK, Ordner 72, Vorstandssitzung SDK, 6. 12. 1967.
15 StABE, Archiv GDK, Ordner 402, Plenumssitzung SDK, 10. 7. 1962.
16 Ebd.
17 StABE, Archiv GDK, Ordner 402, Plenumssitzung SDK, 15. 10. 1965.
18 StABE, Archiv GDK, Ordner 46, Artikel für die VESKA-Zeitung vom 4. 6. 1956, S. 2, vorgelegt an der Vorstandssitzung SDK, 30. 11. 1956.
19 Braunschweig/Francillon (wie Anm. 3), 173.
20 StABE, Archiv GDK, Ordner 46, Schreiben der VESKA-Spezialkommission «Spitalgehilfinnen» an die SDK vom 20. 10. 1956; Vorstandssitzung SDK, 30. 11. 1956; Ordner 80, Spezialdossier Krankenpflege.
21 Ebd.
22 StABE, Archiv GDK, Ordner 402, Plenarversammlung SDK, 13. 2. 1957.
23 Ebd.
24 Ebd.
25 Ebd.
26 StABE, Archiv GDK, Ordner 402, Plenarversammlung SDK, 14. 2. 1958.
27 Dies insbesondere an den Plenarversammlungen SDK vom 13. 2. 1957 und 14. 2. 1958. Vgl. StABE, Archiv GDK, Ordner 402.
28 StABE, Archiv GDK, Ordner 402, Plenarverammlung SDK, 14. 2. 1958, Anhang zum Protokoll.
29 StABE, Archiv GDK, Ordner 402, Plenarversammlung SDK, 13. 2. 1957.
30 StABE, Archiv GDK, Ordner 46, *VESKA-Zeitschrift*, 4, Vorstandssitzung SDK, 30. 11. 1956.
31 Das sogenannte «Schwesternhäubchen» gehörte damals zu den Insignien des diplomierten Pflegepersonals und war ein Statussymbol, analog den bis ins letzte Jahrhundert übliche Hauben für verheiratete Frauen. Zur Kleiderordnung an der Schweizerischen Pflegerinnenschule in Zürich von 1901–1975 siehe Caroline Bühler, *Pflegi. Ein Spital für Frauen – von Frauen geschaffen und geprägt*, Zürich 2007, 62–64. Zur Trachtordnung des Schweizerischen Krankenpflegebunds von 1910–1921 siehe Barbara Dätwyler, Ursula Lädrach, *Professionalisierung der Krankenpflege. Zur Entwicklung der Berufskrankenpflege in der Schweiz*, Basel 1987, 86–88.
32 StABE, Archiv GDK, Ordner 402, Plenarsitzung SDK, 14. 2. 1958.
33 StABE, Archiv GDK, Ordner 405, Vorstandssitzung SDK, 6. 12. 1957.
34 Nina Vischer, «Ein neuer Pflegezweig entsteht: die Praktischen Krankenpflege», in Valsangiacomo (wie Anm. 2), 273. 35 Jahre später wurde die Ausbildung zur Spitalgehilfin im Zug der grossen Richtlinienrevision von 1992 dem SRK unterstellt und danach als Ausbildung in Pflegeassistenz in revidierter Form weitergeführt.
35 StABE, Archiv GDK, Ordner 402, Plenarversammlung SDK, 13. 2. 1957; Plenarversammlung SDK, 14. 2. 1958.
36 StABE, Archiv GDK, Ordner 402, Plenarversammlung SDK, 14. 2. 1958.
37 Damit ist der Schweizerische Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger (SVDK) gemeint, der heutige Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK).
38 StABE, Archiv GDK, Ordner 405, Vorstandssitzung SDK, 11. 4. 1959.
39 StABE, Archiv GDK, Ordner 405, Vorstandssitzung SDK, 13. 7. 1959.
40 StABE, Archiv GDK, Ordner 405, Vorstandssitzung SDK, 8. 9. 1959. Der nachteilig konnotierte Begriff Hilfspflegerin wurde durch «Pflegerin für Betagte und Chronischkranke» ersetzt. Vgl. Valsangiacomo (wie Anm. 2), 278 f. Die Pflegerin für Betagte und Chronischkranke war die Vorläuferin der Praktischen Krankenpflege (PKP), für die später der «Fähigkeitsausweis der Pflegerin» (FA SRK) erworben werden konnte.

41 StABE, Archiv GDK, Ordner 405, Vorstandssitzung SDK, 6. 4. 1960.
42 StABE, Archiv GDK, Ordner 405, Vorstandssitzung SDK, 8. 9. 1959.
43 Ebd.
44 Ehemalige Bezeichnung des heutigen Bundesamts für Gesundheit (BAG).
45 StABE, Archiv GDK, Ordner 405, Vorstandssitzung SDK, 6. 4. 1960. In der Vorstandssitzung SDK vom 28. 6. 1960 wird beschlossen, die Aussage zu streichen, dass Hilfspflegerinnen dazu erzogen werden sollten, die Grenzen ihres Wissens zu beachten, da dies eine Frage des Charakters sei.
46 StABE, Archiv GDK, Ordner 402, Plenarversammlung SDK, 14. 10. 1960.
47 StABE, Archiv GDK, Ordner 52, Vorstandssitzung SDK, 28. 6. 1960.
48 Ebd.
49 StABE, Archiv GDK, Ordner 405, Vorstandssitzung SDK, 6. 4. 1960.
50 StABE, Archiv GDK, Ordner 405, Vorstandssitzung SDK, 28. 6. 1960.
51 Eine Diskussion um das Ausbildungsniveau der Pflegeberufe lässt sich erst ab der Richtlinienrevision von 1966 in den Protokollen der SDK feststellen. Dort wurden erstmals Stimmen laut, die das Niveau als zu hoch erachteten, insbesondere im Zusammenhang mit dem Einsatz der Lernenden auf Intensivstationen, was offenbar damals neu eingeführt wurde. Die Richtlinien von 1966 waren wegweisend für die Professionalisierung der Pflege. Vgl. Oertle Bürki (wie Anm. 2), 143.
52 So etwa bei einer Eingabe des SRK bezüglich der kantonalen Beiträge auf dem Gebiet der Krankenpflege oder anlässlich der Diskussion um die Unterstellung der Ausbildung zur Wochenbett-, Säuglings- und Kinderkrankenschwester. Vgl. StABE, Archiv GDK, Ordner 402, Plenarversammlung SDK, 15. 10. 1965.
53 StABE, Archiv GDK, Ordner 406, Vorstandssitzung SDK, 12. 1. 1966.
54 StABE, Archiv GDK, Ordner 402, Plenarversammlung SDK, 15. 10. 1965. An dieser Plenarversammlung stimmten alle Regierungsräte ausser einem für eine Herabsetzung des Mindestalters auf 18 Jahre.
55 StABE, Archiv GDK, Ordner 403, Plenarversammlung SDK, 1. 12. 1983.
56 Artikel von Dr. Ulrich Frey, Kantonsarzt Kanton Bern, in *Neue Zürcher Zeitung*, 17. 5. 1970.

Résumé

Mesures politiques contre la pénurie du personnel soignant dans les années 1950 et 1960

Dans les années 1950, le manque de personnel soignant qualifié augmente sans arrêt et atteint son apogée en 1957. La Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS), l'Association des établissements suisses pour malades (VESKA, aujourd'hui H+ Les Hôpitaux de Suisse) et la Croix-Rouge suisse (CRS) observent inquiets cette évolution, qui menace la qualité des soins. Une des raisons de la croissance de la «pénurie des soignantes» a été la révision du contrat de travail standard pour le personnel soignant de 1956: avec l'introduction de la semaine de 54 heures – avant la règle était de plus de 60 heures de travail hebdomadaire – la pénurie du personnel soignant a augmenté dans toute la Suisse de 1000 à 1600 personnes. La hausse de ma-

lades chroniques, les exigences grandissantes d'une médecine se développant rapidement, ainsi que le nombre et la taille croissants des hôpitaux exigeaient de plus en plus de personnel. Durant des années, on avait cherché des solutions visant à résoudre ce problème. Il fallait trouver de nouvelles ressources financières et des moyens pour lutter contre la pression du temps et la forte charge de travail du personnel soignant également par le recours à du personnel soignant étranger. Par l'analyse de l'introduction de deux nouvelles catégories de métier, «aide-infirmière» et «infirmière auxiliaire» dans les années 1950, cette contribution examine les réflexions et les discussions préparatoires quant aux mesures de lutte contre la «pénurie des soignantes».

(Traduction: Sandra Bott)