

DER WEISSE ALPTRAUM

SPIEGEL-Report über den Mangel an Krankenschwestern in der Bundesrepublik

Auf dem Direktorenschreibtisch stapelten sich die Kündigungsschreiben. An einem einzigen Tage teilten 39 Krankenschwestern dem Verwaltungschef der Freiburger Universitätsklinik mit, daß sie aus „persönlichen Gründen“ den Dienst zum nächstmöglichen Termin kündigen wollten.

Der Auszug der Schwestern beschwor die Gefahr herauf, daß nicht nur einzelne Stationen, sondern ganze Abteilungen geschlossen werden mußten. Sogar Operationen waren in Frage gestellt: Auch die drei Operations-schwester der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik hatten ihren Dienst aufgesagt.

Die vom weißen Alptraum bedrückte Klinikverwaltung funkte SOS. In Freiburger Zeitungen bat sie alle, „die

Putzfrauen in Schwesterntracht. Wir müssen die Fußböden bohnen, die Fenster putzen und ähnliche Arbeiten verrichten. Am Krankenbett würden wir selbst 50 Stunden in einer Woche und noch länger, ohne zu murren, Dienst tun. Aber der ewige Putzlappen hängt uns zum Hals heraus.“

Überdrüssig waren die Schwestern auch etlicher Schikanen. Wohnten sie in der Klinik, war es ihnen verboten, Besuch in ihren Zimmern zu empfangen. Selbst Eltern, Freundinnen und Verwandte mußten in Gemeinschaftsräumen abgefertigt und zudem pünktlich um zehn Uhr abends verabschiedet werden.

Erst mit 28 Jahren wurden die Krankenschwestern in Freiburg eines Einzelzimmers für würdig erachtet. Bis dahin mußten sie sich in spartanisch

Chefarzt: „Das Krankenhaus ist zu einem Taubenschlag geworden.“

Der Mangel an weißen Hauben-Tauben ist einer der gewichtigsten Gründe für die Misere vieler deutscher Krankenhäuser: Wegen Schwesternmangels mußten in letzter Zeit zahlreiche Stationen und Abteilungen geschlossen, konnte manche neue Klinik gar nicht eröffnet werden.

So sperrte unlängst das 550-Betten-Spital in Duisburg-Hamborn einige Stationen zu. In der Kölner Universitäts-Nervenklinik konnten zeitweilig 60 Betten nicht belegt werden. Klinikchef Professor Scheid: „Eine katastrophale Situation.“

In der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Bonner Universität sowie im Münchner Rot-Kreuz-Krankenhaus mußten Stationen, in den Hamburger Allgemeinen Krankenhäusern Ochsenzoll, Heidberg und Altona sogar Abteilungen geschlossen werden.

In München verkündete unlängst die Generaloberin der „Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul“, Mildgitha Bachleitner, daß ihr Orden wegen Nachwuchsmangels wahrscheinlich die 119 Schwestern aus dem städtischen Krankenhaus Schwabing zurückziehen müsse. Der Vertrag mit der Stadtverwaltung wurde vorsorglich gekündigt.

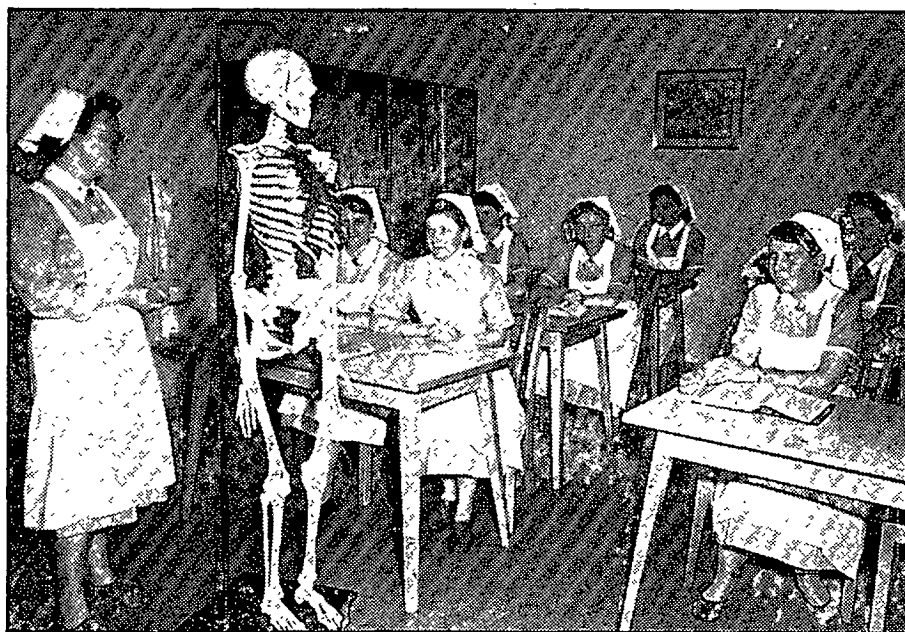
In Würzburg retirierten die Schwestern des Ordens „Töchter des Allerheiligsten Erlösers“ aus der Universitäts-Frauenklinik, deren Direktor Professor Schwalm daraufhin drei Stationen mit 85 Betten schließen mußte. Vorsorglich erkundigte sich Schwalm bei der Würzburger Staatsanwaltschaft, ob er sich fortan wegen unterlassener Hilfeleistung strafbar mache; allmonatlich müsse er mehr als 150 Patienten wegen Schwesternmangels abweisen.

Im Berliner Westend-Krankenhaus konnte die mit einem Kostenaufwand von 600 000 Mark modernisierte urologische Frauen-Station gar nicht erst eröffnet werden. Auch der neuerbaute 100-Betten-Flügel des Krankenhauses in Düsseldorf-Benrath und die Innere Abteilung der für sechs Millionen Mark hochgezogenen Medizinischen Klinik des Kasseler Stadtkrankenhauses blieben lange unbenutzt.

Andere Häuser behielten sich mit vorübergehender Stilllegung. So hing im vergangenen Sommer am Eingang des Krankenhauses Thedinghausen bei Bremen dreieinhalb Wochen lang das Schild: „Wegen Betriebsferien geschlossen.“ Man sah dort keine andere Möglichkeit, dem Personal den gesetzlichen Mindesturlaub zu geben.

Jedes Krankenbett aber, das ungenutzt bleibt, bedeutet eine Vergeudung stattlicher Werte. Allein die Baukosten eines modernen Krankenhauses liegen, umgerechnet, bei 50 000 bis 100 000 Mark je Krankenbett. Die jährlichen Unterhaltungskosten betragen durchschnittlich etwa 12 000 Mark je Bett.

Die Betriebs-Ruhe wegen des Mangels an Arbeitskräften, die sich ein Privatbetrieb kaum leisten könnte, ist um so folgenswerter, als in der Bundesrepublik ohnehin 30 000 Kranken-



Lernende Krankenschwestern in Berlin: 9000 geben jährlich den Beruf auf

etwas von Krankenpflege verstehen“, um Not-Hilfe. Hausfrauen, Lehrmädchen, Schülerinnen und Studentinnen wurden gebeten, wenigstens einen Monat lang täglich je sechs Stunden Hilfsdienste zu leisten.

Die Freiburger Schwestern-Arbeitgeber verwahrten sich in ihren Appellen gegen den Verdacht, die Massenkündigung sei vielleicht auf die Arbeitsverhältnisse an den Universitätskliniken zurückzuführen: Die Kündigungswelle sei nichts Ungewöhnliches.

Die Helferinnen aus Küchen, Schulstuben und Hörsälen blieben aus. Statt dessen regten die öffentlichen Notrufe zahlreiche weitere Schwestern an, wie ihre Kolleginnen den Dienst in Freiburg zu quittieren.

In ihren Kündigungsbriefen plauderten die Schreiberinnen nun auch aus, was die Kolleginnen zunächst taktvoll mit „persönliche Gründe“ bemäntelt hatten.

„Hier in Freiburg“, bekannte eine Krankenschwester, „sind wir meist nur

ausgestatteten Zwei- und Dreibettzimmern einrichten, falls sie es nicht vorzogen, von ihrem knappen Netto-Monatsverdienst (etwa 330 Mark) ein Zimmer in der Stadt zu finanzieren.

Die Not, in die Ende vergangenen Jahres die Freiburger Universitätsklinik gerieten, herrscht in vielen bundesdeutschen Krankenhäusern. Und auch die Ursachen sind anderenorts die gleichen wie in Freiburg.

„Das Problem des Schwesternmangels“, so weiß der oberpfälzische Augenarzt Dr. Otto Blum aus eigener Erfahrung, „ist hauptsächlich ein Problem der vernünftigen Behandlung der Schwestern.“

Tatsächlich ist in keinem anderen Frauenberuf die Fluktuation der Unzufriedenen so groß wie unter den Krankenschwestern. Jahr für Jahr wandern Tausende von Krankenhäusern zu Krankenhäusern, gleichermaßen unzufrieden mit Entlohnung, Arbeitspensum und Betriebsklima. Und Jahr für Jahr geben etwa 9000 Krankenschwestern ihren Beruf auf. Stöhnte ein

betten fehlen. Noch immer müssen selbst Schwerkranken vor Kliniktüren umkehren, weil ihnen nicht einmal ein Notlager bereit werden kann.

Die 583 513 deutschen Krankenhausbetten werden bereits jetzt jährlich von sieben Millionen Patienten beansprucht. Aber ständig vergrößert sich die Zahl der Kranken, die stationärer Behandlung bedürfen, weil

- ▷ in den engen Sozialwohnungen kein Platz mehr für ein bettlägeriges Familienmitglied ist,
- ▷ überlastete Ärzte immer häufiger schwierige Fälle an die Kliniken abgeben und
- ▷ die Zahl der Verkehrsunfälle zunimmt.

Weder die ranghöchste Gesundheitsfunktionärin der Bundesrepublik, die Christdemokratin Elisabeth Schwarzhaupt, und ihre Bonner Beamten noch die Ministeriellen in den Gesundheitsabteilungen der Länder-Innenministerien haben bis heute erreicht, daß für die ständig steigende Zahl der Kranken hinreichend viele geprüfte Schwestern verfügbar sind.

Schon vor mehr als anderthalb Jahren beschwerte sich die Schwestern-Oberin Lucy Romberg vom Marler Stadt Krankenhaus öffentlich: „Wir haben heute etwa 40 Prozent der Schwestern, die wir für die Krankenhäuser brauchen. Man kann die Seelenruhe, mit der die Regierung der Entwicklung zusieht, nur mit Staunen beobachten.“

Doch ihre Warnung, es drohe der „Zusammenbruch eines geordneten Krankendienstes“, verhalte ebenso ungehört wie der Appell der Frankfurter Oberin Ruth Elster, die der Deutschen Schwesterngemeinschaft präsidiert. Oberin Elster: „Die Situation im Gesundheitswesen ist so ernst, daß man nicht einfach die Hände in den Schoß legen und darauf warten kann, daß die Zeiten einmal besser werden.“

Während zahlreiche Schwestern die Gewißheit quält, „daß wir bereits mitten in einem Notstand hinsichtlich der Versorgung unserer Kranken stehen“ (Oberin Lisa Schleiermacher, Stuttgart), sorgt sich die ehemalige Oberkirchenrätin Schwarzhaupt kaum. Sie erklärte auf dem letzten Krankenhaustag, das Schwesternproblem sei keiner „isolierten“ Betrachtung wert, „da wir in der Bundesrepublik einen allgemeinen Mangel an Arbeitskräften haben“.

Zwar läßt die einzige Dame des Bonner Kabinetts keine Gelegenheit aus, Schwesternversammlungen zu besuchen und ihre mißvergnügten Zuhörerinnen als „meine wichtigsten und ganz unentbehrlichsten Mitarbeiterinnen“ zu begrüßen. Doch mit keinem Wort hat die Ministerin bislang zu erkennen gegeben, daß sie sich einer ihrer wichtigsten Aufgaben widmen will: den Schwesternberuf wieder attraktiv zu machen.

Nur dann könnte es gelingen, daß zusätzlich zu den 94 352 Krankenschwestern, die es laut Medizinalstatistik gegenwärtig in der Bundesrepublik gibt, noch jene rund 40 000 Frauen und Mädchen für diesen Beruf gewonnen werden, die bereits heute fehlen. Die Ministerin Schwarzhaupt überläßt es fast ganz den Klinikverwaltungen, mit dem Personalmangel fertig zu werden.

Die Krankenhausbeamten behelfen sich zumeist mit fragwürdigen Notmaßnahmen. „In unserem einstmaligen in der Krankenpflege führenden Land“, so tadelte das Fachblatt „Gesundheitsdienst“, „herrscht heute ein Durcheinander, daß ausländische Besucher nur den Kopf schütteln, wie so etwas möglich ist.“

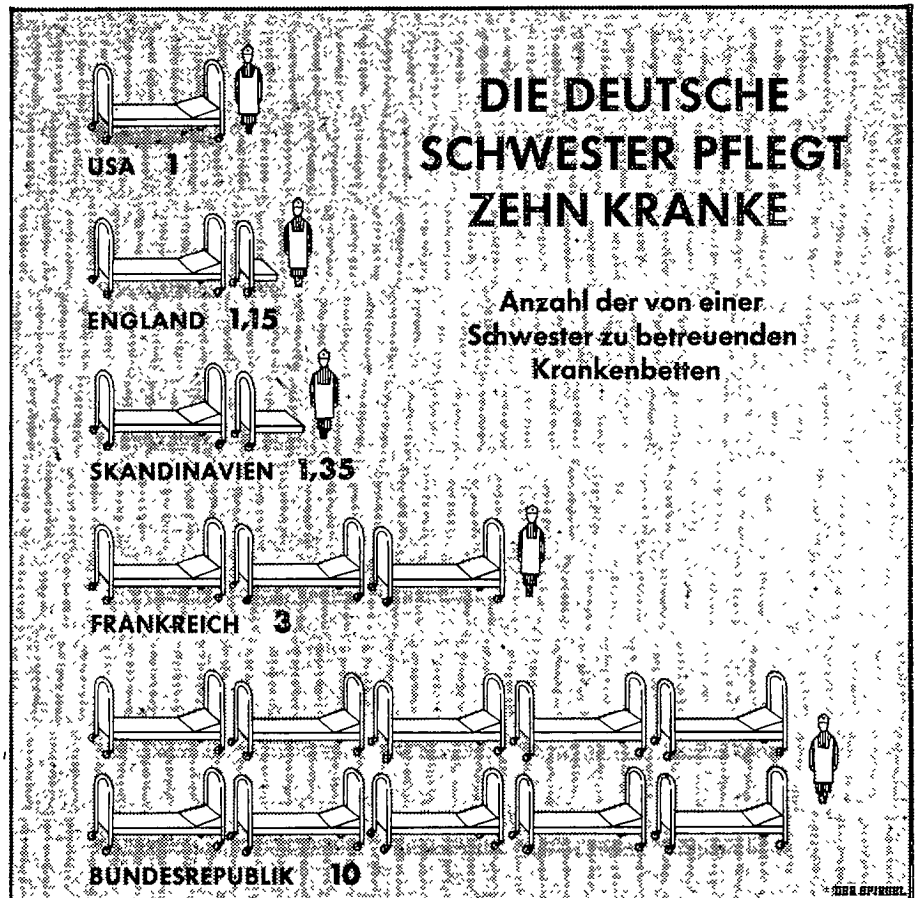
Kaum ein Krankenhauspatient weiß heute, ob die Schwester, die ihm ein Kreislaufmittel injiziert, einen Verband anlegt oder Blut abzapft, überhaupt voll ausgebildet wurde. Niemand schützt ihn vor der Gefahr, von Pflegekräften betretet zu werden, die kein Examen abgelegt haben.

Nach dem 1957er Krankenpflege-Gesetz, das die CDU/CSU-Mehrheit des Bonner Bundestages gegen den hart-

setzt und rühmten sich, daß sie sogar Injektionen hätten geben dürfen.“

Nicht nur in Provinzspitälern stiegen Laien-Mädchen zu Quasi-Schwestern auf. „In einer Universitätsklinik Nordrhein-Westfalens“, so meldete die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ im vergangenen Jahr, „übernahm in diesem Sommer eine siebenzehnjährige (Schwestern-)Schülerin im dritten Monat ihrer Ausbildung die Nachtwache und war sechs Wochen lang allein Nachtschwester in der Medizinischen Klinik — bei rund fünfunddreißig Kranken, darunter Schwerkranken und Sterbende. Erst auf ihren Protest hin bekam sie wenigstens vorher ‚Spritzenunterricht‘.“

Gegenwärtig arbeiten unter der Schwesternhaube neben Krankenschwestern, die nach drei praktischen Lehr-



näckigen Widerstand der SPD durchgesetzt hat, darf sich in der Bundesrepublik jedermann in der Krankenpflege betätigen — auch ohne Vorkenntnisse. Die Christdemokraten begnügten sich damit, die Berufsbezeichnung „Krankenschwester“ gesetzlich zu schützen, nicht aber die praktische Tätigkeit, da ihnen — so formulierte es der damalige Innenminister Schröder — der Schutz der Berufsausübung „wie ein Verbot erschien, Barmherzigkeit zu üben“.

Über die Folgen berichtet Schwesternverbands-Chefin Elster: „Man stellte mehr und mehr Hilfskräfte ohne jedes Angelerntwordensein ein. Bewährten Hausmädchen wurden Schwesternarbeiten übertragen; es ist sogar vorgekommen, daß ein Hausmädchen über Nacht zur Hilfsschwester wurde, indem man ihr ein Schwesternkleid gab und eine Schwesternhaube aufsetzte. Vorschülerinnen im Alter von 16 und 17 Jahren wurden auf Krankenstationen einge-

Jahren und 400 theoretischen Ausbildungsstunden examiniert wurden:

- ▷ 15- und 16jährige „Vorschülerinnen“, die sich durch die praktische Mitarbeit auf den Pflegeberuf vorbereiten sollen;
- ▷ „Stationshelferinnen“, die aufgrund der Empfehlungen der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft in einem 36stündigen Einführungskurs notwendig ausgebildet wurden;
- ▷ „Pflegehilfen“, denen in 50 Doppelstunden einige Schwesternkenntnisse vermittelt wurden;
- ▷ „Schwesternhelferinnen des Deutschen Roten Kreuzes“, die einen Erste-Hilfe-Kurs, eine zweiwöchige Stationspraxis sowie einen neuntägigen „Abschlußkurs“ absolviert haben;
- ▷ Mitglieder des „Malteser-Hilfsdienstes“, die nach dreiwöchigen Schnell-

kursen sogar Stationsschwester vertreten dürfen;

- ▷ „Krankenpflegeschülerinnen“, die eine der Klinik angeschlossene Pflegeschule besuchen.

Die SPD-Fraktion des Bundestags brachte in der vorletzten Woche den Antrag ein, darüber hinaus in einjährigen Lehrgängen sogenannte Krankenpflegerinnen auszubilden.

Der großzügige Einsatz mangelhaft vorgebildeter Mädchen und Frauen hat bereits dazu geführt, daß fast jede dritte „Schwester“, die in Deutschlands Krankenhäusern Patienten pflegt, überhaupt keine Krankenschwester ist. Den 94 352 examinierten Krankenschwestern stehen 17 551 zum großen Teil vollingesetzte Schülerinnen und 19 964 „sonstige“ Pflegekräfte gegenüber.

Bis auf den heutigen Tag fiktiv blieb eine Verhältniszahl, die von der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft bereits vor zwölf Jahren errechnet wurde: Für je sechs bis sieben Krankenhausbetten solle eine examinierte Krankenschwester eingestellt werden. Ferner sei für je zehn Vollschwestern eine Ferienvertretung, für sechs Nachtschwester gleichfalls eine geprüfte Ersatzkraft notwendig.

Die Krankenhaus-Gesellschaft glaubte damit nur ein Minimalprogramm entwickelt zu haben. Erläuterte ihr Schwestern-Fachmann Kurt Hähnchen: „In den skandinavischen und angelsächsischen Ländern liegt der Bettenschlüssel bei 1:3,5 und sogar 1:1,5“ (siehe Graphik Seite 37).

Nur theoretisch wird die von der Krankenhaus-Gesellschaft ermittelte Zahl erreicht: Laut Statistik muß eine Krankenschwester sechs Krankenbetten versorgen. In Wirklichkeit betreut sie aber mindestens zehn Betten, weil in der Medizinalstatistik längst pensionierte oder freiberuflich tätige Schwestern mitgezählt werden und weil der Nachtdienst ebenso wenig berücksichtigt wird wie Personalausfall durch Urlaub und Krankheit. Vor allem aber sind etwa fünfzehn Prozent aller examinierten Haubenträgerinnen nicht in der praktischen Pflegearbeit, sondern als sogenannte Funktionsschwester — Stations-, Operations-, Röntgen- und Verwaltungsschwester — tätig.

Experte Hähnchen hält es deshalb durchaus nicht für einen Sonderfall, daß — wie er bei einer Inspektionsreise feststellte — in einem Krankenhaus fünfzig Patienten von zwei geprüften Schwestern und fünf sogenannten Hausmädchen versorgt werden. Hähnchen: „Bei fünf Hausmädchen auf zwei Schwestern kann man nicht mehr von Krankenpflege sprechen.“ Oberin Olga von Lessner drückte es so aus: „Wir befinden uns in der Bundesrepublik fast noch im Dornröschenschlaf, der nur hier und da beginnt, durch Alpträume gestört zu werden.“

Wenn gelegentlich Gesundheitsbeamte aus ihrer Ruhe aufgeschreckt werden, fallen ihnen mitunter zwar originelle, aber kaum praktikable Auswege ein.

So erwog die Gesundheitsabteilung des Stuttgarter Innenministeriums, Kranke durch Kranke pflegen zu lassen: Die Klinikverwaltungen sollten ermächtigt werden, nach dem arbeits-therapeutischen Rezept mancher Heil- und Pflegeanstalten zu verfahren und nichtbetläger Patienten als Hilfspersonal heranzuziehen. Als Lohn wollte

man den kranken Krankenhelfern Nachlässe bei der Klinikrechnung gewähren. Nur buchhalterische Schwierigkeiten verhinderten dieses schwäbische Experiment.

Gesunde Hilfskräfte werden aber in allen bundesdeutschen Ländern nicht nur wegen des lückenhaften Angebots an examinierten Schwestern, sondern auch aus materiellen Gründen beschäftigt.

Hilfskräfte sind billiger als die Fachschwestern, und außerdem können sich Spitäler durch die Einstellung von „Stationshelferinnen“ öffentliche Gelder aus den Fonds der sogenannten „verschaffenden Arbeitslosenfürsorge“ angeln. Die Klinikverwaltung braucht nur darauf hinzuweisen, daß sie für langfristig arbeitslose Frauen neue Arbeitsplätze schaffen könne, da wegen des Schwesternmangels Pflegehilfen dringend benötigt würden. Pro errichteten neuen Dauerarbeitsplatz kann sie so-



Oberin Elster
Hausmädchen an den Betten

dann etwa 2000 Mark an Steuergeldern kassieren.

Noch immer trauern fast alle Klinikverwalter jenen Zeiten nach, in denen die Krankenpflege Domäne katholischer Nonnen oder evangelischer Diakonissen war, die sich mit kargen Schlafräumen, eintöniger Anstaltskost und knappem Taschengeld beschieden. Noch immer orientieren sich viele Klinikbeamte an diesem Berufsbild und verweigern den Krankenschwestern eine Entlohnung, die der Schwere und Verantwortung der Arbeit angemessen ist.

Erst nach jahrelangem zähem Feilschen mit Schwestern-Funktionärinnen haben sich wenigstens die staatlichen und kommunalen Krankenhäuser zu einer tariflichen Entlohnung der examinierten Schwestern bereit gefunden.

Im Vergleich zu den Einkünften der Schwestern anderer Länder nehmen sich die bundesdeutschen Tarifgehälter allerdings immer noch dürftig aus.

Während sich in Finnland, Schweden, Dänemark, Großbritannien oder den USA eine Krankenschwester schon wegen der Höhe ihres Einkommens als Angehörige eines gehobenen Frauen-

berufes fühlen darf, gilt sie in Deutschland offiziell nur als „Hilfsarbeiter des einfachen mittleren Dienstes“ und wird mit entsprechend knappen Bezügen abgespeist.

Selbst nach 22 Dienstjahren, im Alter von etwa 43 Jahren, muß sie sich je nach Ortsklasse mit einem Gehalt von 719 bis 755 Mark zufriedengeben und wird mithin nicht wesentlich besser bezahlt als jüngere Sekretärinnen in Großbetrieben. Dieses Monatseinkommen ist zugleich die höchste Entlohnung, die einer deutschen Krankenschwester geboten wird.

Auch beruflicher Aufstieg zahlt sich nicht so aus wie in anderen Branchen. Als Ober-, Abteilungs- oder Unterrichtsschwester erhält sie — erst nach 22jähriger Tätigkeit in dieser Position — 110 bis 116 Mark im Monat mehr. Als leitende Oberschwester muß sie zwar die Verantwortung für die gesamte Krankenpflege einer mittleren Klinik tragen, sich jedoch mit 925 bis 983 Mark Monatsgehalt begnügen.

Und die Oberin eines Großkrankenhauses mit etwa 550 Betten darf nur am Ende ihrer Laufbahn auf ein Höchstgehalt von 1047 bis 1089 Mark hoffen.

Bescheiden wie die Gehälter sind auch die Zuschläge für besonders anstrengende Arbeiten. Wer dauernd im Operationssaal oder im Röntgenraum, unter Tuberkulose- oder Geisteskranken arbeitet, kassiert nur 15 bis 51 Mark pro Monat mehr. Für ständige Nachtwache werden höchstens 89,60 Mark Zuschlag geboten.

Beredt pflegen deutsche Klinikverwalter diese knappen Einkünfte mit dem Hinweis zu verteidigen, daß die Schwester von ihren Arbeitgebern preisgünstig mit Schlafplatz (für 23 bis 42 Mark monatlich) und Verpflegung (für 96 Mark) versorgt werde. Sie lebe billiger als etwa eine Büroangestellte, die Heim und Herd selbst finanzieren müsse.

So überzeugend diese Schutzbehauptung klingt, so nachteilig wirkt sich im allgemeinen der Kost- und Logiszwang auf die Dauer aus. Viele Schwestern halten es nicht für einen Vorteil, ein Leben lang die Einheitsspeise deutscher Spitäler verzehren und sich strenger Kasernenzucht fügen zu müssen. Außerdem tragen ihre Arbeitgeber wegen der relativ hohen sogenannten Sachbezüge nur mit Kleinstbeträgen zur gesetzlichen Invaliden- oder Altersversorgung bei, die nach den niedrigen Barbezügen berechnet werden. Folge: Jeder Krankenschwester drohen relativ niedrige Renten.

2104 der insgesamt 3604 bundesdeutschen Krankenhäuser sind aber nicht einmal verpflichtet, die ohnehin dürftigen Tarifgehälter zu zahlen: Die Tabellen der „Vergütungsordnung für Krankenpflegepersonal“ des Bundesangestelltentarifvertrages gelten weder für die 852 privaten Sanatorien noch für die 1252 „freien gemeinnützigen Anstalten“, für die zum größten Teil die katholische Caritas (63 Prozent) und die evangelische Innere Mission (25 Prozent), im übrigen das Deutsche Rote Kreuz (DRK), die Arbeiterwohlfahrt und der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband verantwortlich sind.

Diese karitativen Gemeinschaften haben in ihren Besoldungs-„Richtlinien“ jeder Schwester ausdrücklich auferlegt, sich nicht als „Arbeitnehmerin“, son-

dem „ohne Rücksicht auf arbeitsrechtliche Stellung“ als Dienerin am „gemeinsamen Werk der christlichen Nächstenliebe“ zu fühlen.

Die meisten dieser Anstalten zahlen ihren Pflegekräften etwa hundert Mark monatlich weniger als die städtischen und staatlichen Kliniken.

Höher sind hingegen die Anforderungen: Während für die öffentlichen Krankenhäuser durch Tarifverträge wenigstens offiziell die 48-Stunden-Woche gilt, können sich die konfessionellen Kliniken — wie auch die Häuser des DRK und der Wohlfahrtsverbände — auch heute noch auf die „Verordnung über die Arbeitszeit in Krankenpflegeanstalten“ aus dem Jahre 1924 stützen, wonach täglich zehn, wöchentlich 60 Stunden Arbeit verlangt werden dürfen. Überstunden sind allerdings auch in staatlichen und kommunalen Anstalten die Norm. Wesentlichster Unterschied: Sie müssen extra bezahlt werden.

Bis heute hat es die Bonner Gesundheitsbeamten nicht gestört, daß von den deutschen Krankenschwestern Arbeitszeiten verlangt werden, die selbst in Entwicklungsländern selten anzutreffen sind: Nach einer Untersuchung des Internationalen Arbeitsamtes dürfen — außer in der Bundesrepublik — nur noch in Südrhodesien, Indien, Pakistan und der Türkei von Pflegekräften offiziell regelmäßig mehr als 48 Stunden Arbeitszeit je Woche gefordert werden.

Auch die ehemalige Oberkirchenrätin und derzeitige Bundesgesundheitsministerin Schwarzhaupt hat es bisher nicht gedrängt, die Krankenschwestern vor einer Überbeanspruchung zu schützen, die weder in vorderasiatischen Wüstenreichen noch in volksdemokratischen Diktaturen erlaubt ist.

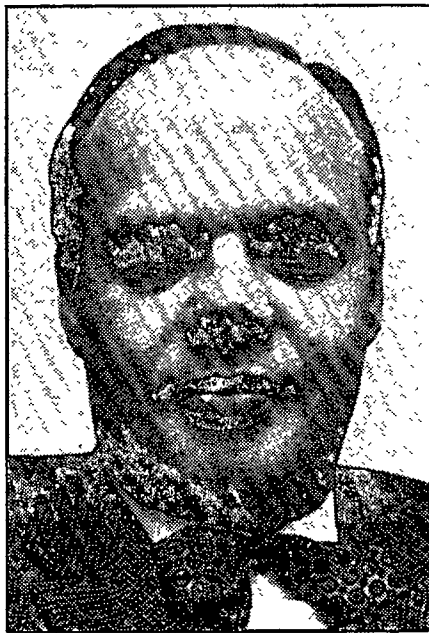
Selbst rechtliche Anachronismen, die in ihren Auswirkungen gegen das Grundgesetz — gegen den Anspruch jedes Staatsbürgers auf freie Wahl des Arbeitsplatzes und gegen das Verbot des Koalitionszwanges — verstoßen, werden von der CDU-Ministerin bis heute geduldet.

Noch immer wird Tausenden von Schwestern das Recht verwehrt, mit der Klinik, in der sie arbeiten möchten, unmittelbar über einen Arbeitsplatz zu verhandeln. Noch immer müssen sie bei dem jeweils zuständigen Nonnenorden, Diakonissen-, Rotkreuz- oder sonstigen Schwesternverband anfragen, ob sie den Ordens- oder Verbandsoberen überhaupt als Mitarbeiterin genehm sind.

Die Orden und die Verbände, die zu meist von „Mutterhäusern“ aus geleitet werden, haben mit fast allen Krankenhäusern sogenannte Gestellungsverträge abgeschlossen und sind allein für das Pflegepersonal verantwortlich.

Das Ordens- oder Verbandsplazet wird im allgemeinen nur erteilt, wenn sich die Bewerberinnen entweder als Gastschwester oder als Vollmitglied den Statuten unterwerfen und allmonatlich den Mitgliedsbeitrag in die Verbandskasse zahlen. Erst dann können sie hoffen, mit der Klinikverwaltung einen Dienstvertrag zu schließen. Über die Art ihrer Tätigkeit jedoch entscheidet allein die zuständige Oberin im Ordens-, Mutter- oder Krankenhaus.

Nicht nur in nahezu allen freien gemeinnützigen, sondern auch in fast jeder zweiten staatlichen oder kommu-



Krankenhaus-Funktionär Hähnchen
Jede dritte Schwester...

nalen Klinik wird der Pflegedienst durch einen „Gestellungsvertrag“ mit einem der 148 Nonnenorden oder einem der 182 Schwesternverbände geregelt.

Die Befürworter des Gestellungs-Systems schrecken nicht vor Ausfällen gegen Schwestern zurück, die sich die gleiche Freizügigkeit wie Angehörige anderer Berufe wünschen.

So fragte der katholische Krankenhaus-Seelsorger in den Tübinger Universitätskliniken Ende vergangenen Jahres in einem Flugblatt seine „lieben Kranken“: „Welche Schwester wollen Sie am Krankenbett?“

Der geistliche Herr half bei der Antwort: „Die Schwester, die auf die Uhr schaut, ob es nicht bald Feierabend ist, die nicht dienen, sondern verdienen will; der es nicht um die Kranken, sondern um ihren Vorteil geht; die sich um Gott und Kirche nicht kümmert und lieber süchtig ihre Zigaretten

qualmt; die mit der Gesinnung einer Hilfsarbeiterin ihren ‚Dienst‘ versieht, oder die Schwester, der die Kranken tiefstes Herzensanliegen sind; die sich für sie selbstlos opfert; die keine Zeit kennt; die auf tausend Dinge verzichtet; die sich rücksichtsvoll in eine Schwesterngemeinschaft fügt; die beten kann?“

Weder die Tübinger Klinikverwaltung noch die aufsichtsführenden Stuttgarter Ministerialbeamten machten Front gegen die Flugblattfragen, die rauchenden Krankenschwestern die Gesinnung von Hilfsarbeiterinnen unterschoben und mithin schwerlich dazu beitragen konnten, das Interesse am Schwesternberuf zu fördern.

Sie zeigten bislang auch ebensowenig wie ihre Kollegen in anderen Krankenhäusern und Ministerien Neigung, den Machtanspruch der Schwesternorden und -verbände zu brechen und jeder tüchtigen Krankenschwester Aufstiegschancen, einzuräumen.

Das Stuttgarter Kultusministerium bekannte zwar, daß es „unbefriedigende Arbeitsverhältnisse und Aufstiegsmöglichkeiten (für die) an den Universitätskliniken des Landes tätigen freien Schwestern“ gebe, will sich aber weiterhin damit begnügen, in Tübingen, Heidelberg und Freiburg „immer wieder an den guten Willen der Beteiligten zu appellieren“.

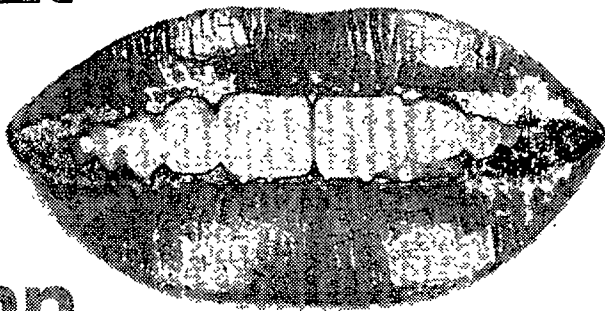
Mit ähnlich entwaffnender Gleichgültigkeit haben sich die Verantwortlichen in Bund und Ländern bislang auch die Klärung der Frage versagt, wie eine gründliche Ausbildung der Krankenschwestern gesichert werden kann.

Nach dem Krankenpflege-Gesetz muß jede Pflegerin zwar zwei Jahre lang eine sogenannte Krankenpflegeschule besuchen und anschließend zwölf Monate als „Praktikantin“ arbeiten, bevor sie sich Krankenschwester nennen darf. Doch über den Inhalt dieses zweijährigen Lehrgangs schwieg sich der Gesetzgeber bislang aus. Es ist lediglich vorgeschrieben, daß die „erforderlichen Räume und Einrichtungen“ sowie „eine ausreichende Zahl geeigneter Lehrkräfte“ vorhanden und die Schule einer



...ist keine Schwester: Tanzende Krankenschwestern in Waldkirch (Schwarzwald)

Diese Frische nützt



denn diese Frische schützt

Was muß eine gute Zahncreme tun, damit sie Ihren Zähnen wirklich nützt?

„Vor allem nicht zuviel versprechen“, sagen Skeptiker. Richtig. Deshalb verspricht LACALUT medizinische Zahncreme auch nicht mehr als das, was sie nachweisbar halten kann.

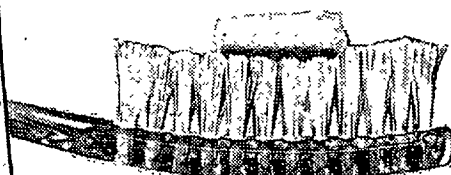
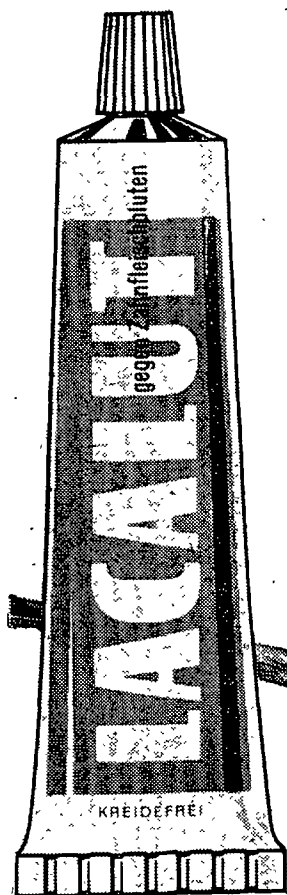
LACALUT[®]

medizinische Zahncreme

... die mit der speziellen Frische

schenkt Ihnen eine bewußt herb gehaltene und deshalb typische Frische, kräftig und aromatisch. Frische allein aber kann Ihre Zähne nicht schützen. Aus diesem Grund strafft LACALUT medizinische Zahncreme das Zahnfleisch und schützt natürlich auch vor Mundgeruch.

Deshalb tun Sie mit LACALUT medizinische Zahncreme für Ihre Zähne etwas wirklich Gutes.



- ... strafft das Zahnfleisch
- ... verhütet Zahnfleischbluten
- ... und „härtet“ außerdem den Zahnschmelz, so daß er gegen Carieswirkungen widerstandsfähiger wird.

Auch in Österreich erhältlich

ANASCO GMBH WIESBADEN



LMZ 15/63

DEUTSCHLAND

„geeigneten Krankenanstalt“ angeschlossen sein muß. Dank dieser Kautschukbedingungen kann sich selbst eine kleine Spezialklinik eine „Krankenpflegeschule“ zulegen.

Solch ein pädagogischer Nebenbetrieb kann aber schon deshalb nützlich sein, weil die Schülerinnen praktisch wie Lehrlinge in den Krankenhausbetrieb eingegliedert werden dürfen und trotzdem in der Regel beträchtlich weniger Gehalt beziehen als etwa eine Küchenhilfe: neben freier Station ein Taschengeld von dreißig bis hundert Mark im Monat. Der CDU-Abgeordnete Dr. Huber nannte deshalb im Stuttgarter Landtag die Krankenpflegeschulen den „wirtschaftlichsten Teil des Krankenhauses“.

In der Bundesrepublik gibt es 817 Einrichtungen, die sich stolz „Krankenpflegeschule“ nennen, obwohl sie zum Teil nur Plätze für zwei bis drei Schülerinnen und überhaupt keine hauptamtlichen Lehrkräfte besitzen.

Vergebens fordert die Deutsche Schwesterngemeinschaft seit Jahren, daß

- ▷ nur jenen Kliniken eine Krankenpflegeschule gestattet werden darf, die mindestens über die klassischen Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie



Gesundheitsministerin Schwarzhaup
Bereits mitten im Notstand

gie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe verfügen, und

- ▷ für alle Schulen einheitliche Rahmenlehrpläne erlassen werden.

Bereits vor fünfzehn Monaten bat die Präsidentin der Deutschen Schwesterngemeinschaft, Oberin Elster, die Bonner Ministerin, endlich „an die Sicherheit der Kranken zu denken“ und die fatalen Mißstände in der deutschen Krankenpflege zu beseitigen.

Eindringlich bat sie um ein klärendes Gespräch mit der Ministerin. Nach einjährigem Warten wurde es ihr gewährt. Das Resultat stimmt die geduldige Oberin hoffnungsvoll: Frau Schwarzhaup ließ sich davon überzeugen, daß es ratsam sei, den Bundesgesundheitsrat mit der Diskussion von Reformvorschlägen zu betrauen. In diesem Monat trafen sich die Sachverständigen zum erstenmal.