

N

Deutscher Berufsverband
für Krankenpflege e. V.

Entwicklung
Zielsetzungen
Aktivitäten

von 1903–1983

4665 165



DBfK

Deutscher Berufsverband
für Krankenpflege

W
N
eu

~~VLK N~~

~~VWY N~~

Deutscher Berufsverband
für Krankenpflege (DBfK) e. V.

Entwicklung
Zielsetzungen
Aktivitäten

von 1903 bis 1983

~~VLF F~~

~~VLA Y~~

Herausgegeben
anlässlich des zehnjährigen Bestehens
des Deutschen Berufsverbandes
für Krankenpflege 1973–1983
3. aktualisierte Auflage 1989



9700138 3

Schutzgebühr: DM 2,50

Inhalt

Zum Geleit	5
Vorwort	7
Die sozialpolitische Situation im 19. Jahrhundert	9
Die Entwicklung der Krankenpflege im 19. Jahrhundert	
Der Wandel zu einem weltlichen Beruf ohne Bindung an ein Mutterhaus	11
<i>Der Einfluß Florence Nightingales (1820–1910)</i>	11
<i>Der Einfluß Agnes Karlls (1868–1927)</i>	11
<i>Erste Schritte in die Öffentlichkeit</i>	12
Die Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (BO)	14
<i>Gründung</i>	14
<i>Aufbau</i>	14
<i>Aufgaben und Ziele</i>	15
<i>Anforderungen an die Mitglieder der BO</i>	16
<i>Das damalige Verständnis von Krankenpflege</i>	17
<i>Statistisches Beweismaterial – erstes Forschungsergebnis in der Krankenpflege</i>	18
<i>Blick über die Grenzen – Mitgliedschaft im International Council of Nurses (ICN)</i>	19
<i>Erster Weltkrieg und Verbot der BO zur Zeit des Nationalsozialismus</i>	21
Der Agnes Karll-Verband (AKV)	23
<i>1945 Wiederaufleben der BO als „Agnes Karll-Verband“</i>	23
<i>Strukturveränderung</i>	23
<i>Aufgaben und Ziele</i>	24
<i>Die Situation des Krankenpflegeberufes in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg</i>	24
<i>Abschluß von Gestellungs- und Rahmenverträgen mit Krankenhäusern</i>	24
<i>Mitgliedschaft in den Zusatzversorgungskassen der Gemeinden und Gemeindeverbände</i>	26
<i>Die „Helene-Blunck-Hilfe“ und die Einrichtung verbandseigener Altersheime</i>	26
<i>Bau eigener Krankenhäuser und Einrichtung eigener Vor- und Krankenpflegeschulen</i>	27

Alle Rechte vorbehalten.
© 1983

Herausgeber:
Deutscher Berufsverband für Krankenpflege e. V.
Arndtstraße 15, D 6000 Frankfurt a. M.

Gesamtherstellung:
Druckerei Henrich
Frankfurt/Main-Schwanheim

<i>Der Weg der Mitte und die Mitgliedschaft im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV)</i>	28
<i>Forderung des Weltbundes der Krankenschwestern (ICN) hinsichtlich der weiteren Zusammenarbeit mit deutschen Schwestern</i>	29
Die Gründung der Deutschen Schwesterngemeinschaft (DSG)	30
<i>Aufgaben</i>	31
<i>Erste Aktivitäten</i>	32
<i>Das Deutsche Florence Nightingale-Komitee der DSG</i>	32
<i>Gründung der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände (ADS)</i>	33
<i>1956 und 1957 – Jahre von einschneidender Bedeutung für die DSG</i>	34
<i>Ein Höhepunkt in der Geschichte der DSG: der ICN-Kongress 1965 in Frankfurt</i>	36
<i>Weitere Aufwärtsentwicklung – trotzdem 1971 ein Krisenjahr für die DSG</i>	36
<i>Vorschläge zur Fusion der Mitgliedsverbände der DSG und zur Umstrukturierung des nationalen Dachverbandes</i>	37
Neubeginn als Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK)	40
<i>Aufbau des DBfK</i>	43
<i>Gesamtverband</i>	43
<i>Regionalverbände</i>	43
<i>Fachgruppen</i>	43
<i>Verbandsorgane</i>	44
<i>Die Geschäftsführung des Verbandes</i>	44
<i>Referate</i>	44
Einrichtungen des Gesamtverbandes	45
1. <i>Verlag und Verbandszeitschrift „Krankenpflege“</i>	45
2. <i>Die Bildungsinstitute</i>	46
– <i>Krankenpflegehochschule Agnes Karll</i>	
– <i>Bildungszentrum Essen (BZE)</i>	
Einrichtung der Regionalverbände	48
Ziele, Aktivitäten und Leistungen des DBfK	49
Aktionsprogramm des DBfK der 80er Jahre	51
Ausblick / Aktualisierung – Stand Nov. 1988	56

Zum Geleit

Auf der Suche nach einer Persönlichkeit, die geeignet wäre, die Geschichte unseres Verbandes aufzuschreiben, konnten wir die Ehrenpräsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Krankenpflege, Ruth Elster, gewinnen. Ruth Elster hat nicht nur viele Jahre die Geschicke des Agnes Karll-Verbandes als seine Präsidentin gelenkt und als Vorsitzende der Deutschen Schwesterngemeinschaft die Entwicklung der Krankenpflege miterlebt und beeinflusst. Sie hat auch die Umorganisation zum Deutschen Berufsverband für Krankenpflege, die 1973 abgeschlossen war, geplant und mitgestaltet. Daneben hat sie aber auch zu ihren Vorgängerinnen enge Kontakte gepflegt und dadurch die Möglichkeit gehabt, die Entwicklung in der Vergangenheit nachzuvollziehen und als verpflichtendes Erbe den Mitgliedern des Verbandes nahezubringen. Ebenso verhalf ihr ihre langjährige Mitarbeit in verschiedenen Gremien des ICN, von 1965 bis 1973 sogar als zweite bzw. dritte Vizepräsidentin, die Entwicklung des Krankenpflegeberufes in seiner gesamten Problematik weltweit zu überblicken.

Durch alle diese Verbindungen und Erfahrungen ist Ruth Elster besonders prädestiniert, eine so umfassende Dokumentation der geschichtlichen Entwicklung des Krankenpflegeberufes außerhalb der mutterhausgebundenen Gemeinschaften und der damit eng verknüpften Entwicklung des Deutschen Berufsverbandes für Krankenpflege zusammenzustellen.

Unser Dank gilt Ruth Elster, die während ihres wohl verdienten Ruhestandes die umfangreiche Aufgabe übernommen hat, aus Sitzungsprotokollen und Archivunterlagen die wichtigsten Ereignisse aus der Verbandsgeschichte zusammenzutragen sowie diese aus eigener Anschauung bis in die Gegenwart zu ergänzen.

Mit dieser Broschüre soll den heranwachsenden Generationen von Krankenpflegekräften die Entwicklung des Krankenpflegeberufes nahegebracht und Verständnis für die vielen Probleme, die auch heute noch die Krankenpflege in der Bundesrepublik Deutschland belasten, geweckt werden.

Nur wenn die Zusammenhänge aus der Vergangenheit erfaßt werden, kann die Gegenwart verstanden und die Zukunft mitgestaltet werden.

Deutscher Berufsverband für Krankenpflege
Der Gesamtvorstand

Vorwort

Wenn in dieser Broschüre die geschichtliche Entwicklung des Deutschen Berufsverbandes für Krankenpflege (DBfK) aufgezeigt werden soll, kann nicht erst mit dem Jahr 1973 begonnen werden, als sich einige Krankenpflegeverbände zusammenschlossen und die Deutsche Schwesterngemeinschaft (DSG) ebenfalls in dem neuen Verband aufging. Die Anfänge gehen auf die Jahrhundertwende zurück.

Wie so oft in der Geschichte der Entstehung neuer Institutionen und Zusammenschlüsse führten auch hier verschiedene Umstände im Umfeld der Krankenpflege zu der Notwendigkeit, eine Berufsorganisation für freiberufliche Krankenpflegerinnen zu gründen. Um dieses Ereignis eines Zusammenschlusses von Frauen deutlich zu machen, bedarf es eines Rückblicks auf die sozialpolitische Situation des 19. Jahrhunderts, auf die damalige „dunkle Zeit“ der Krankenpflege. Aber auch ohne genauere Kenntnisse der Verhältnisse im Krankenpflege- und Krankenhauswesen im 20. Jahrhundert – vor allem nach dem Zweiten Weltkrieg bis zum heutigen Tag – sind manche Entwicklungen von der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (BO) zum Agnes Karll-Verband (AKV), zur DSG und schließlich zum DBfK nicht ohne weiteres verständlich.

Mit einer offenen, sachlichen Darlegung sollen in dieser Broschüre Antworten auf Fragen gegeben und Verständnis für manches vielleicht bisher Unverstandene geweckt werden. Gleichzeitig stellt diese verbandspolitische Geschichte auch ein Stück Entwicklung der beruflichen Krankenpflege in Deutschland dar.

Da der Umfang dieser Schrift begrenzt ist, mußte notgedrungen darauf verzichtet werden, alle Persönlichkeiten namentlich aufzuführen, die ebenfalls an der Entwicklung des Verbandes in den jeweiligen Zeitabschnitten maßgeblichen Anteil hatten. Ihre großen Verdienste werden im einzelnen gewürdigt, wenn die Geschichte über die Entstehung und Entwicklung der Landesgruppen/Regionalverbände des DBfK geschrieben wird.

Für die Krankenpflegeschulen kann diese Schrift eine Hilfe im berufskundlichen Unterricht sein.

Die Ziele Agnes Karlls, der Gründerin der BO, waren so fortschrittlich, daß sie noch heute Gültigkeit haben und wir uns verpflichtet fühlen, sie weiterhin auch als unsere Ziele anzusehen –

angepaßt an heutige Anforderungen. Denn die Saat, die vor 80 Jahren von weitblickenden, verantwortungsbewußten und mutigen Frauen gestreut wurde, ist noch immer nicht voll aufgegangen. Auch in der Zukunft werden aufgeschlossene, vorwärtschauende Frauen und Männer in unserem Beruf gebraucht, die Mühe und Arbeit nicht scheuen, das begonnene Werk voranzutreiben. Vollendet wird es nie sein, denn wir stimmen mit Marie Cauer überein: Was Bestand haben will, muß wandelbar sein.

Ruth Elster

Bad Schwartau, im Januar 1983

Die sozialpolitische Situation im 19. Jahrhundert

Historiker bezeichnen das 19. Jahrhundert als ein Übergangs- und Durchgangszeitalter. Prof. Dr. Eduard Seidler meint dazu: „In seinen Schichten liegen noch verschiedene Zeitalter übereinander; so gibt es in ihm noch stark feudal-aristokratische Elemente neben den bürgerlichen Kräften; darüber lagern sich die proletarischen, die sich gegen Ende des Jahrhunderts immer mehr verstärken. Die industrielle Revolution hat begonnen, bestimmt aber noch nicht das ganze Dasein. In der Wissenschaft, in Kultur und Technik setzt sich ein geradezu rauschhafter Rationalismus und Fortschrittsglaube durch. Die letzten Jahrzehnte des 19. Jahrhunderts sind schließlich das Zeitalter eines Nebeneinander großer politischer Bewegungen: des auf der Höhe seines Einflusses stehenden Liberalismus, des fortlaufenden und sich behauptenden Konservatismus und des sich geistig und politisch formierenden Sozialismus. Eine eigentümliche Diskrepanz zwischen äußerer Ruhe und Sicherheit und innerer untergründiger Spannung prägt die Situation um die Jahrhundertwende, überall herrscht Übergang, daher Unruhe und Unstetigkeit. Dies gilt für das politische, das gesellschaftliche und das geistige Leben der Epoche.“

Die Arbeiterfrage war ein schon seit Jahrzehnten viel diskutiertes Problem und ist im Gefolge der Industrialisierung zunächst aus den Bemühungen um den Schutz der Kinder entstanden. Die Bismarck-Zeit sieht dann eine Vielzahl von Sozialprogrammen aus allen Lagern, die alle aus mehr oder weniger sozialethischen Motiven ein gesetzgeberisches Eingreifen des Staates verlangten, um etwa die Beseitigung der Sonntagsarbeit, die Einschränkung der Kinder- und Frauenarbeit und die Einführung einer Arbeiterversicherung zu erreichen. 1883 führte Bismarck die Krankenversicherung, 1884 die Unfallversicherung und 1889 die Alters- und Invalidenversicherung ein.

Eine weitere Bewegung war zu diesem Zeitpunkt unter den benachteiligten Bevölkerungsschichten zum Tragen gekommen. Aus kleinen, zunächst lokal begrenzten Vereinen bzw. Facharbeitervereinen waren 1890 die ersten Gewerkschaften entstanden mit dem erklärten Ziel, neben der politischen Arbeiterbewegung eine wirtschaftliche und soziale Interessenvertretung der Arbeiterschaft zu gründen, an der auch nicht-sozialistische, christlich-soziale und liberale Kräfte beteiligt waren. Alle diese Erscheinungen sollten erklärtermaßen Modellcharakter tragen.“

(Aus einem Vortrag anlässlich des 100. Geburtstages von Agnes Karll im März 1968 in Berlin.)

Die Entwicklung der Krankenpflege im 19. Jahrhundert

Jahrhundertelang hatte die Pflege kranker Menschen in den Händen kirchlicher Organisationen gelegen. Schon im Mittelalter hatten sich Spital- und Pflegeorden gebildet, die sich um die Pflege armer Kranker und kranker Pilger kümmerten. Nach der Gründung der Kongregation der Barmherzigen Schwestern durch Vincenz von Paul in Paris im 17. Jahrhundert entstanden auch in Deutschland solche Ordensgemeinschaften.

Ein bedeutsamer Schritt zur Säkularisation der Krankenpflege war es, als Theodor und Friederike Fliedner sie in Kaiserswerth als einen in Theorie und Praxis erlernbaren weltlichen Beruf aufbauten, der den Anforderungen der ärztlichen Wissenschaft entsprach. Aber Kaiserswerth band die Krankenpflegerinnen an das „Mutterhaus“, und Fliedner übertrug ihnen das von ihm erneuerte Diakonissenamt, um ihnen eine kirchliche Stellung zu geben.

Nach 1848 wandelte sich die im Entstehen begriffene Struktur des Pflegeberufes in Kaiserswerth: Einübung in das Christentum und Erziehung zu einem christlichen Gemeinschaftsleben erhielten den bestimmenden Vorrang gegenüber einer fachlichen Ausbildung. An die Stelle einer Orientierung an den fortschreitenden Erkenntnissen und Techniken der medizinischen Wissenschaft trat eine von Generation zu Generation überlieferte Krankenpflege. Asketische Verpflichtung zur Arbeit verdrängte jeglichen persönlichen Lebensstil und verbot die Sorge um die eigene Gesundheit.

Die Mutterhausstruktur als Lebensform der Krankenpflegerinnen war in Deutschland so vorherrschend, daß auch die seit 1869 entstandenen Rotkreuzschwesternschaften diese Organisationsform annahmen, um in der Gesellschaft bestehen zu können. Krankenpflege als bezahlten weltlichen Beruf auszuüben, galt um die Jahrhundertwende noch als Entweihung der Aufgabe. Der Bedarf an Pflegekräften konnte aber durch die Ordensgemeinschaften und Mutterhausverbände nicht mehr gedeckt werden, da immer neue Krankenhäuser mit hohen Bettenzahlen besonders in den Großstädten entstanden. So nahm die Zahl der Schwestern zu, die auch ohne Bindung an ein Mutterhaus die Krankenpflege ausübten. Hinzu kamen all jene, die aus finanziellen oder anderen Gründen aus den Mutterhäusern austraten.

Der Wandel zu einem weltlichen Beruf ohne Bindung an ein Mutterhaus

Der Einfluß Florence Nightingales (1820–1910)

Die Engländerin Florence Nightingale wird als Begründerin der modernen Krankenpflege bezeichnet. Sie reformierte in ihrem Land die Krankenpflege und die Ausbildung des Pflegepersonals nach einem Aufenthalt in Kaiserswerth und vor allem auf Grund ihrer Erfahrungen im Krim-Krieg.

In ihrem Buch „Notes on Nursing“ (Anmerkungen zur Krankenpflege) grenzte sie deutlich den Auftrag der Krankenpflege ab. Das Wirken von Florence Nightingale strahlte weit über Englands Grenzen hinaus und beeinflußte in vielen Ländern – auch in Deutschland – die Entwicklung einer geordneten Krankenpflege, um die es bis Ende des vorigen Jahrhunderts vielerorts trostlos aussah. Als Voraussetzung für eine wirksame Krankenpflege sah sie u. a. die Schaffung besserer hygienischer Bedingungen in den Krankenhäusern und Lazaretten an, die bis dahin vernachlässigt worden waren.

Der Einfluß Agnes Karlls (1868–1927)

Agnes Karll gilt als die Reformerin der deutschen Krankenpflege. Oft wurde sie als die deutsche Florence Nightingale bezeichnet. Beide Frauen zeichneten sich aus durch Charakter- und Willensstärke, philosophischen Geist, konkrete und abstrakte Intelligenz, Phantasie und Initiative, Mut, Zuverlässigkeit, Einsatzbereitschaft, Verantwortungsgefühl, Organisations- und Planungstalent, Entschiedenheit und Sicherheit im Urteil sowie die Fähigkeit zur Anregung von Reformen.

Wie Florence Nightingale war Agnes Karll eine starke Persönlichkeit, deren Verstand, Wille und Geist sie zu besonderen Taten befähigten. Solche Menschen brauchte die Krankenpflege damals in ihren dunkelsten Zeiten – sie hat sie aber auch heute noch oder wieder dringend nötig.

Agnes Karll hatte ihre pflegerische Ausbildung im Clemintinenhaus, einem Mutterhaus des Roten Kreuzes in Hannover, erhalten, dem sie 1887 bis 1891 angehörte. Sie hatte selbst erfahren, wie wenig systematisch die theoretische und praktische Ausbildung war, wie ungenügend sie für die Anforderungen in der Krankenhausarbeit vorbereitet war; sie hatte die totale Inanspruchnahme durch die Arbeit und die Mutterhausgemeinschaft kennengelernt. Schon bald machte sich Agnes Karll Gedanken darüber, ob nicht auch die Krankenpflege wie andere Berufe, z. B. der Lehrerin, so gestaltet werden könnte, daß trotz großer Einsatzbereitschaft noch Zeit für die Familie bliebe sowie die Möglichkeit, die Familie finanziell zu unterstützen.

1891 ging Agnes Karll nach Berlin, um dort Privatpflegen zu übernehmen. Zehn Jahre übte sie diese Tätigkeit aus und sammelte dabei Erfahrungen über ungute Verhältnisse und die trostlose Lage der Krankenpflegerinnen. Es kam ihr der Gedanke, die Lage der Krankenpflegerinnen durch einen Zusammenschluß und die Schaffung eines Heimes zu verbessern. Neben all der anstrengenden Arbeit suchte sie das Gespräch mit aufgeschlossenen Persönlichkeiten. Auf Dauer war sie jedoch den Strapazen ihrer Tätigkeit nicht gewachsen, wurde krank und mußte immer wieder Pausen einlegen.

Eine Anstellung bei der Versicherungsgesellschaft „Der Deutsche Anker“ brachte ihr eine physische Entlastung. Auch erreichte sie es, daß diese Versicherung einen Vertrag für Schwestern von Privatvereinen ausarbeitete, der sie gegen die Folgen von Krankheit und Invalidität finanziell absichern sollte.

Agnes Karll erkannte aber auch, daß die Krankenpflegerinnen allein nichts zur Verbesserung der Krankenpflege erreichen würden, sie mußten Verbündete gewinnen. Diese sah sie in den Vertreterinnen der Frauenbewegung, mit denen sie Verbindung aufnahm und zeitlebens engen Kontakt pflegte.

Erste Schritte in die Öffentlichkeit

Ende des 19. Jahrhunderts brachte Schwester Elisabeth Storp den Mut auf, eine kleine Schrift herauszugeben „Die soziale Stellung der Krankenpflegerinnen“. Sie schildert darin die damaligen Zustände, deckt Mißstände einschließlich der unzulänglichen Einkommensverhältnisse auf und entwickelt folgenden Plan:

„Wir haben im Sinn, ein Komitee zu bilden. Ziel und Zweck dieses Komitees wäre, zu beantragen, daß die Ausbildung der Schwestern verstaatlicht würde, ebenso die Anstellung in den städtischen Krankenhäusern und im Gemeinedienst von Staat oder Stadt (Gemeinde) ausgeinge, ferner ein Stellenvermittlungsbüro zu gründen, wo die Schwestern, die nicht in Staatsdienste treten wollen, sich für Privatpflege melden können, dann noch ein Erholungsheim zu errichten oder auch nur Gelegenheiten auszukundschaften, wo unbemittelte oder alleinstehende Schwestern ihre Erholung und Kräftigung in ihren Ferien finden können, im weiteren aber den Stand zu heben und bessere Erwerbsbedingungen zu erstreben. Wir wenden uns an alle, die Herz und Sinn für unseren Stand haben, und sind dankbar für jede Anregung, jeden Rat und jede Erklärung zum Beitritt des Komitees.“

Die Broschüre fand Beachtung, z. B. auch 1901 auf der Generalversammlung des Allgemeinen Deutschen Frauenvereins. Da jedoch die Anwesenden die Krankenpflegeverhältnisse nicht kannten, wurde Elsbeth Krukenberg, eine ebenfalls einflußreiche Persönlichkeit in der Frauenbewegung, beauftragt, für die

nächste Generalversammlung 1902 in Wiesbaden ein entsprechendes Referat vorzubereiten. Vier Krankenpflegerinnen, Agnes Karll, Marie Cauer, die ebenfalls durch Artikel über den Bereich Krankenpflege an die Öffentlichkeit getreten war, Elisabeth Storp und Helene Meyer, setzten sich in Berlin zusammen und entwarfen einen regelrechten Schlachtplan.

Bei der Generalversammlung des Allgemeinen Deutschen Frauenvereins setzte sich dann die Überzeugung durch, daß die Krankenpflege einer der natürlichen Frauenberufe sei, der auch ohne religiösen Hintergrund ausgeübt werden könne, und daß gesunde Grundlagen für die Berufsausübung nur durch eine gute Ausbildung und vernünftige Lebensbedingungen geschaffen werden könnten. Helene Meyer verfasste den von den vier genannten Schwestern in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Zimmer, dem Gründer des Ev. Diakonievereins, ausgearbeiteten Antrag:

„Der Bund wolle eine Eingabe an die zuständigen Behörden richten, dahin lautend: Der Staat möge

1. allen Pflegerinnen die Möglichkeit geben, nach einer staatlich vorzuschreibenden dreijährigen Ausbildung eine Prüfung abzulegen, nach deren Bestehen ein Staatliches Zeugnis und die Berechtigung, ein staatlich geschütztes Abzeichen zu tragen, erteilt wird, das die Aufsichtsbehörde ggf. wieder entziehen kann
2. nur solche Krankenhäuser konzessionieren, welche die Gewähr ausreichender Fürsorge für ihr Pflegepersonal durch Einschränkung der Arbeitszeit auf nicht mehr als 11 Stunden und durch genügende Sicherstellung für das Alter und im Fall der Invalidität bieten
3. in seinen eigenen Krankenanstalten eine mustergültige Krankenpflegeorganisation schaffen, die ein zweckmäßiges Ineinandergreifen sowohl von Verwaltung, ärztlichem Dienst und Pflegedienst wie von männlichem und weiblichem Pflegepersonal gewährleistet und dem Pflegepersonal eine ideale und materielle Sicherstellung verbürgt.“

So waren die Wiesbadener Tage, die diese vier Schwestern erlebten, der Auftakt zur Gründung der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (BO). Allen war klar geworden, daß es baldmöglichst zu einem Zusammenschluß kommen müsse. Elsbeth Krukenberg, die der Krankenpflege ihre Unterstützung zugesichert hatte, bestätigte, die einzige praktische Abhilfe für alle Mißstände sei Selbstorganisation. Diese Ermutigung veranlaßte Agnes Karll, in Berlin sofort die Vorarbeiten aufzunehmen. „Daß das Ziel so schnell erreicht werden konnte, ist ihrer Tatkraft, Energie, ihrem Optimismus, der den Erfolg verbürgt, aber auch all ihren vielseitigen Gaben, ihrem Wollen und Können zu verdanken“, schrieb Marie Cauer damals.

Die Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (BO)

Gründung

Agnes Karll arbeitete eine Satzung aus. Es gelang ihr, geeignete Persönlichkeiten für ein Komitee zur Verbandsgründung zu finden. Und schon zum 11. Januar 1903 wurde eine Versammlung einberufen, zu der 37 Schwestern erschienen. Die lebhafte Diskussion bewies, daß das Interesse an einem Zusammenschluß außerordentlich groß war.

Bei der Abstimmung entschieden sich 28 der Anwesenden für die Annahme der Satzung. Das Komitee wurde zum Vorstand gewählt und Agnes Karll zur Vorsitzenden ernannt. Am folgenden Tag erklärten zwei weitere Schwestern ihren Beitritt, so daß die Anmeldung des Vereins auf dem Polizeipräsidium in Berlin mit 30 Mitgliedern erfolgen konnte.

Dies war die Geburtsstunde der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (BO), des späteren Agnes Karll-Verbandes (AKV) und auch des heutigen Deutschen Berufsverbandes für Krankenpflege (DBfK). Eine Eintragung als Verein wurde übrigens von dem zuständigen Amtsgericht abgelehnt, weil das damals geplante Büro als „wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb“ angesehen wurde. Statt dessen wurde eine „Verleihung der Korporativrechte“ erreicht, wodurch die BO nach außen eine wesentlich größere Bedeutung erhielt.

Leitwort der Organisation wurde „Ich dien“. 1909 wurde das Lazaruskreuz zum Symbol des Verbandes gewählt. Die Gründer waren sich bewußt, daß ihr Vorhaben nicht leicht und der Weg in die Zukunft dornig sein würde. Dennoch hatten sie Mut und Gottvertrauen und brachten dies durch den Wahlspruch „per aspera ad astra“ (durch Nacht zum Licht) zum Ausdruck. Die Zahl der Mitglieder wuchs ständig, obwohl für die Aufnahme bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein mußten. Nach einem Jahr zählte die BO bereits 300 Mitglieder.

Aufbau

Die Berufsorganisation sollte Fachverband und Schwesternschaft zugleich sein. Der Vorstand wurde, wie man es Agnes Karll schon vor der Gründung geraten hatte, nur aus Schwestern und ohne Berufsfremde gebildet, da Fachverhältnisse nur von Fachpersonen richtig beurteilt werden können.

Die Geschäftsführung lag bei Agnes Karll, der Vorsitzenden. Büroschwestern unterstützten sie in ihrer Arbeit. Die Büroverhältnisse waren äußerst bescheiden, der Verwaltungsaufwand gering. In Berlin gegründet, sollte das Wirken der BO aber nicht auf diese Stadt beschränkt bleiben. Die Mitglieder

kamen aus allen Teilen Deutschlands, und die Arbeit dehnte sich entsprechend aus. Der Sitz des Verbandes blieb Berlin, es wurde jedoch schon 1903 eine erste Ortsgruppe in Frankfurt/M. gebildet. Bis 1911 hatte die BO weitere Gruppen in Bremen, Hamburg, Karlsruhe, Stuttgart und Dresden eingerichtet. Eine Gruppe in Riga/Lettland galt als Mittelpunkt für alle deutschen Krankenschwestern in Rußland. Die einzelnen Gruppen hatten zwar einen eigenen Vorstand und vertraten die Interessen auf Orts- bzw. Landesebene, sie wurden jedoch von der Zentrale in Berlin gesteuert und hatten keine eigene Rechtsfähigkeit.

Aufgaben und Ziele

Die BO setzte sich für folgende Aufgaben und Ziele ein:

- Die Schwestern sollten zur Selbständigkeit und Mitverantwortung gebracht werden, um in Berufs- und Verbandsfragen mit sprechen zu können
 - Der Fachverband sollte die Interessen seiner Mitglieder vertreten
 - Die Ausbildung der Schülerinnen sollte drei Jahre dauern und nur in solchen Krankenhäusern erfolgen, die auf ihre Eignung zur Ausbildung von Schülerinnen überprüft waren
 - Den Schwestern sollte eine laufende Fortbildung und eine besondere Vorbereitung für Spezialaufgaben ermöglicht werden
 - Durch die gründliche Ausbildung und eine systematische Fortbildung sollten eine Vertiefung der Pflege bewirkt und eine Verbesserung der sozialen Stellung und des sozialen Ansehens der Krankenpflegerinnen erreicht werden
 - Den Mitgliedern wurde beruflicher Rückhalt und Rechtsschutz gewährt
 - Die Organisation setzte sich für eine Krankenversicherung und eine ausreichende Invaliditäts- und Altersversorgung ein
 - Es wurde eine Stellenvermittlung eingerichtet, und mit Krankenanstalten wurden Besetzungsverträge abgeschlossen
 - Ein eigenes Mitteilungsblatt – später die Verbandszeitschrift „Unterm Lazaruskreuz“ – wurde als Bindeglied der Mitglieder untereinander herausgegeben
 - Tagungen und Kongresse wurden durchgeführt
 - Internationale Beziehungen wurden geknüpft und gepflegt
 - Ein Hochziel, das leider nicht erreicht wurde, war es, die bestehenden Schwesternschaften um einen Tisch zu vereinen und eine Gesamtvertretung der deutschen Krankenpflege zu erreichen. Die Ordensgemeinschaften und Mutterhausverbände lehnten dies ab.
- Als ein Meilenstein in der Geschichte der deutschen Krankenpflege wird die Schaffung der gesetzgeberischen Voraussetzungen durch den Bundesrat im Jahre 1906 für die Ausübung der Krankenpflege gewertet sowie das Inkrafttreten der ersten staatlichen Prüfungsordnung am 1.6.1907 in Preußen.

Wenn auch vorläufig vom Gesetzgeber nur eine einjährige Ausbildung verlangt wurde, so war es doch ein Anfang, und die Professionalisierung der Krankenpflege begann.

Anforderungen an die Mitglieder der BO

In die BO wurden nur Krankenpflegerinnen mit einer Ausbildung und einer mindestens zweijährigen Berufserfahrung aufgenommen. Eine Regelung, die gewissermaßen als Ersatz für eine noch nicht gesetzlich vorgeschriebene dreijährige Ausbildung gedacht war. Außerdem wurden die Namen der Bewerberinnen in der Verbandszeitung zweimal bekanntgegeben, um Ungeeignete von der Mitgliedschaft ausschließen zu können. Was Agnes Karll ihren Schwestern zu sagen hatte, was sie von ihnen erwartete, wozu sie sie ermahnte und ermutigte, hat sie 1908 in den Mitteilungen „Unterm Lazaruskreuz“ veröffentlicht und als Sonderdruck für alle neu aufgenommenen Schwestern und interessierten Freunde bereitgehalten. Darin heißt es u. a.:

„Der Verband braucht selbständige Frauen. Selbständigkeit ohne Verantwortlichkeit aber gibt es nicht, das muß sich jede einzelne von uns dauernd vor Augen halten und ihrer Pflichten gegen unseren selbstgeschaffenen Fachverband eingedenken sein. Nur das Zusammenwirken aller Glieder kann den Fachverband instandsetzen, seine volle Wirksamkeit zum Heil aller zu entfalten.“

Unsere Krankenhäuser werden in späterer Zeit sein, was wir Schwestern heute aus ihnen machen. Jede von uns muß sich ihrer Pflichten bewußt werden und sie erfüllen. Will die Frau, die Schwester, nicht wie bisher Amboß sein, muß sie eiligst anfangen, Hammer zu werden und nicht mehr ihr Geschick willenlos aus den Händen anderer zu nehmen, sondern es selbst zu gestalten.

Wir befinden uns in unserem Beruf in Übergangszeiten, die in allen Krankenhäusern, besonders in den größeren städtischen Anstalten eine Fülle von Schwierigkeiten zeitigen. Die Wurzel dieser Schwierigkeiten muß im System, in der Organisation liegen. Klar festzustellen, woran es liegt, daß überall Unzufriedenheit und dauernder Wechsel herrschen, ist der erste Schritt zur Besserung. Uns geht es in erster Linie darum, klarzustellen, wie weit wir Schwestern selbst Schuld tragen. Wir dürfen doch nicht nur Krankenpflegerinnen sein, die gerade notdürftig für das leibliche Wohl der Kranken sorgen, wie das in der Hetzjagd des Pflegedienstes in den Krankenhäusern bei der zu geringen Zahl der Pflegekräfte jetzt unvermeidlich ist, sondern wir müssen Apostel der Hygiene, des sozialen Fortschritts werden, wenn wir unseren Platz im Leben unseres Volkes ausfüllen wollen. In der sozialen Arbeit, die jetzt in ihrer vollen Bedeutung erkannt wird, liegt unsere Zukunft. Vorbereitet hat man uns bis jetzt nicht,

aber haben wir selbst je eine solche Vorbereitung gewünscht und erstrebt? Wir, die als selbständige, selbstverantwortliche Menschen dem Leben gegenüberstehen, sind selbst schuldig, wenn wir nicht die rechten Wege suchen und bahnen helfen, um fähig für unsere Lebensaufgabe zu werden. Man hat uns wenig Möglichkeiten hierfür gegeben, das ist keine Frage. Aber wer soll denn unseren Beruf aufbauen, wenn wir es nicht selbst tun! Wir haben kein Recht, zu verlangen, daß andere es tun. Vor allem müssen wir dahin streben, daß uns nicht das bei der besseren technischen Ausbildung für die Zukunft vorenthalten wird, was wir am nötigsten für unseren Beruf brauchen und was sich durch Gesetzesformeln nicht festlegen läßt: die ethische Vertiefung. Die brauchen wir überall, aber ganz besonders für unser Schlachtfeld: die soziale Not unserer Zeit.

Nur Tag für Tag das Arbeitspensum durchzuhetzen, das zu groß für Zeit und Kraft ist, das muß müde und stumpf machen, wenn man nicht in jedem Kranken den Bruder, die Schwester sieht, denen wir nicht nur die notdürftigste Fürsorge für den kranken Leib, sondern ein Stück unserer Seele schulden, wenn sie an uns ein Vorbild tñerschütterlicher Herzensgüte, Teilnahme und Fürsorge finden. Eine so hohe Mission reicht gewiß aus, um ein ganzes Menschenleben zu füllen.“

Das damalige Verständnis von Krankenpflege

Es verdient festgehalten zu werden, was bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts unter Krankenpflege verstanden wurde, in der Zwischenzeit teilweise vergessen zu sein schien, heute aber wieder aktuell ist. Die Gründerin der modernen Krankenpflege, Florence Nightingale, und die Reformerin der deutschen Krankenpflege, Agnes Karll, stimmten in ihrer Auffassung über den Beruf überein:

- Wer kranke Menschen pflegen will, muß zuvor informiert sein über Gesundheit, gesunde Lebensführung, Gesunderhaltung, krankmachende Faktoren, Hygiene (wir nennen es heute Gesundheitspflege und -erziehung, vorbeugende Maßnahmen zur Gesunderhaltung und Rehabilitation)
- Die Pflege des kranken Leibes allein genügt nicht, es müssen auch die geistig-seelischen Bedürfnisse des Kranken berücksichtigt werden
- Eine wichtige Rolle spielen ebenfalls die sozialen Verhältnisse des Kranken, seine Familie, die Berufs- und Arbeitswelt
- Eine gute Krankenbeobachtung und menschliche Zuwendung sind oberstes Gebot der Krankenpflege
- Das Beherrschen von Pflegetechniken ist die Grundlage einer guten Pflege und die Basis für die Aneignung von Spezialkenntnissen, die die Fortschritte in Medizin und Technik erfordern, wobei die Grundpflege keine Abwertung gegenüber der Behandlungspflege erfahren darf

- Die Arbeit der Krankenpflegerinnen muß über die Heilung des einzelnen Kranken hinaus der Erhaltung der Volksgesundheit dienen

- Krankenpflege wird nicht nur im Krankenhaus ausgeübt, die Privatpflege ist ein wichtiger Berufszweig. Die Ausübung der Krankenpflege als Beruf erfordert daher eine systematische, lückenlose Ausbildung, wobei die praktische Ausbildung stets die Hauptsache bleiben muß. Andererseits sind die wissenschaftlichen Anforderungen viel zu groß, als daß man die Theorie vernachlässigen darf.

Neben der umfassenden Ausbildung, bei der Gründlichkeit nicht durch Schnelligkeit ersetzt werden darf, wurde weiterhin gefordert:

- eine laufende Fortbildung, um den immer neuen Anforderungen des Berufes gerecht werden zu können
- eine Vorbereitung für Führungsaufgaben im Krankenhaus
- eine pädagogische Vorbereitung der Krankenpflegerinnen und Ärzte, die den Unterricht für Krankenpflegeschülerinnen erteilen.

Die beste Möglichkeit der Ausbildung von Führungs- und Unterrichtskräften sah Agnes Karll in der Schaffung spezieller Kurse in einer Hochschule für Frauen. 1912 wurden in der Leipziger Hochschule für Frauen solche Kurse eingerichtet. Agnes Karll hatte die Lehrpläne erarbeitet und erteilte selbst auch Unterricht in „Geschichte der Krankenpflege“.

Sehr deutlich wurde von Agnes Karll zum Ausdruck gebracht, was Krankenpflege nicht ist und was durch eine verbesserte Aus- und Fortbildung nicht erreicht werden sollte:

- Halbwissen
- Ausbildung zu halben Ärzten
- Krankenpflegerinnen in der Funktion als Handlanger oder Assistentinnen der Ärzte.

Immer wieder wurde die Eigenständigkeit des Berufes betont und die Krankenpflegerin als Partnerin des Arztes gesehen. Heute würden wir von Kooperation, Partnerschaft und therapeutischem Team sprechen.

Statistisches Beweismaterial – erstes Forschungsergebnis in der Krankenpflege

Einer der dringlichsten Wünsche von Agnes Karll war es von Anfang an, der Öffentlichkeit Beweismaterial über den schlechten Gesundheitszustand der überforderten Krankenpflegerinnen vorlegen zu können. Die miterlebten Tragödien, erschütternde briefliche Schilderungen redeten zwar eine deutliche Sprache – um Reformen zu erreichen, bedurfte es jedoch konkreter Angaben.

Bereits 1909 führte Agnes Karll statistische Erhebungen über den Gesundheitszustand der Krankenpflegerinnen durch, 2500 Erhebungsbögen wurden von der BO ausgewertet.

Das Ergebnis wurde den Krankenhausverwaltungen, den Ärzten, der Öffentlichkeit und den eigenen Mitgliedern mitgeteilt. An diesem Tatsachenmaterial konnte niemand achtlos vorübergehen.

Die Statistikbögen wurden jährlich an die Mitglieder verschickt und mußten später auch von den Bewerberinnen ausgefüllt werden.

Wie wichtig Agnes Karll die Statistik war, zeigt, daß eine Schwester, die ihren Statistikbogen nicht ausgefüllt hatte, aus der BO ausgeschlossen werden konnte.

Die ausgewerteten, erweiterten Bögen ermöglichten genaue Angaben über Alter der Schwestern, bisherige Berufstätigkeit, Alter bei Beginn der Ausbildung, Dauer der Berufstätigkeit, Zugehörigkeit zu anderen Verbänden, Dauer und Art der eigenen Erkrankungen, Dauer der täglichen Arbeitszeit und der Freistunden, Zahl der freien Tage, Urlaubsdauer, Dauer der Nachtwachen, Häufigkeit von Extrawachen, Höhe der Besoldung, Versorgung bei Erkrankungen, Höhe des Ruhegeldes im Alter oder bei Berufsunfähigkeit, Lebens- und Dienstalter verstorbener Krankenpflegerinnen.

Es war schon etwas Besonderes, bisher nicht Dagewesenes, daß bei der Besprechung der Lage der Krankenpflegerinnen im Reichstag 1912 der Bevollmächtigte mitteilen konnte, daß eine umfassende Erhebung der Krankenpflegeverhältnisse über das ganze Reichsgebiet stattgefunden habe und dem Preußischen Statistischen Landesamt und dem Kaiserlichen Gesundheitsamt zur Bearbeitung vorliege.

Dies waren die ersten Forschungsergebnisse im Krankenpflegeberuf, von Schwestern selbst eingeleitet, durchgeführt und in die Öffentlichkeit gebracht.

Blick über die Grenzen – Mitgliedschaft im International Council of Nurses (ICN)

Mit großem Interesse verfolgte Agnes Karll die Entwicklung der Krankenpflege und das Wirken von Florence Nightingale in England. Durch eine längere Privatpflege bei einer Amerikanerin in Deutschland und einen dreimonatigen Aufenthalt mit dieser Patientin in Boston erfuhr sie vieles über die Verhältnisse in den USA. Völlig anders – ohne Mutterhaussystem – hatte sich die Krankenpflege in England und Amerika entwickelt. Am meisten beeindruckte Agnes Karll immer wieder, daß die Schwestern selbst es waren, die eine gute Ausbildung und Möglichkeiten der Fortbildung geschaffen hatten. Wie anders war aber auch die soziale Lage und Stellung der Schwestern in diesen Ländern!

Bei der Aufstellung der ersten Satzung für die BO hatte Agnes Karll sich u. a. auch an amerikanischen Satzungen orientiert. Die Gründung der BO und deren Aufgaben und Ziele waren andererseits auch im Ausland nicht unbemerkt geblieben. Schon 1904 erhielt Agnes Karll aus den USA von Lavinia L. Dock, Sekretärin des amerikanischen Pflegerinnenbundes und des Pflegerinnen-Weltbundes, Ehrenmitglied des Oberinnen-Verbandes von Großbritannien und Irland und später auch der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands die Einladung, mit Vertreterinnen der BO an dem Weltfrauenkongress 1904 in Berlin teilzunehmen, dem auch eine Sektion Krankenpflege angehörte.

Die Idee, einen Weltbund der Krankenpflegerinnen zu gründen, war 1899 von der englischen Oberin Mrs. Bedford Fenwick ausgegangen. Einem provisorischen Komitee gehörten Schwestern aus England, den Vereinigten Staaten, den englischen Kolonien sowie den Niederlanden und Dänemark an. Von diesem Komitee wurde 1901 der erste Kongress nach Buffalo einberufen, wo beschlossen wurde, den ersten ordentlichen Kongress 1904 in Berlin im Rahmen des Weltfrauenkongresses durchzuführen. Ziel des International Council of Nurses (ICN), der damals im deutschen Sprachraum Weltbund der Krankenpflegerinnen genannt wurde und heute Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger heißt, war nach den Worten Bedford Fenwicks:

„Die wesentliche Idee, für die der ICN eintritt, ist Selbstverwaltung der Schwestern in ihren Berufsverbänden mit dem Ziel, die Berufsausbildung, die Berufsethik, den Wert ihrer Arbeit für das Volkswohl und den Geist seiner Mitglieder immer mehr zu vertiefen. Der Weltbund vertritt keinen engen Berufsstandpunkt, sondern setzt sich ein für die volle Entwicklung des Menschen in jeder Schwester, die sie befähigt, ihre beruflichen Kenntnisse und ihre Geschicklichkeit in der vielseitigen Arbeit zu verwerten, die die moderne Gesellschaft von ihr fordert.“

Dieses und andere Ziele deckten sich voll mit den Zielen der BO, und so war die Einladung der BO zur Teilnahme an dem Berliner Kongress die konsequente Folge. Am 17. Juli 1904 trafen sich 95 Schwestern aus neun Staaten. Auf Antrag von Bedford Fenwick kam es zur Gründung des ICN. Agnes Karll trat ihm mit ihren 300 BO-Mitgliedern bei, und somit ist Deutschland neben England und Amerika das dritte Gründerland des Weltbundes der Krankenpflegerinnen.

Sehr bald wurde Agnes Karll eine der führenden Persönlichkeiten dieser internationalen Vereinigung. Bei dem ICN-Kongress 1909 in London wurde sie zur Präsidentin gewählt und lud zum nächsten Kongress 1912 nach Köln ein. Er wurde ein großer Erfolg. Der ICN vertrat inzwischen 90 000 Schwestern. 924 Teilnehmerinnen aus 23 Nationen waren nach Köln gekommen, die eine bemerkenswerte Einmütigkeit an ihren be-

ruflichen Zielen bekundeten. Agnes Karll wurde zur Ehrenpräsidentin gewählt, und der englische Schwesternverband trug ihr seine erste Ehrenmitgliedschaft an. Später wurde sie auch zum Ehrenmitglied des schwedischen Schwesternverbandes gewählt.

Immer unterhielt die BO Kontakte zum Ausland, und viele Impulse von dort bereicherten die Krankenpflege in Deutschland. Agnes Karll betonte immer wieder, man brauche sich nicht zu schämen, vom Ausland zu lernen, wenn dort schon mehr erreicht sei als im eigenen Land. Ihre deutsche Übersetzung der vierbändigen „Geschichte der Krankenpflege“ von Adelaide Nutting (Präsidentin des amerikanischen Pflegerinnenbundes, Professor of Hospital Economy, Teachers College, Columbia Universität, New York) und Lavinia Dock aus dem Amerikanischen (die Übersetzung des 4. Bandes blieb durch den Ersten Weltkrieg unvollendet) widmete Agnes Karll allen deutschen Schwestern, „mögen sie im Kloster, im Diakonissenhaus, im Roten Kreuz, Diakonieverein oder städtischen Verbänden oder für sich allein leben“.

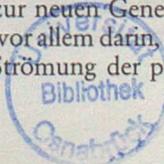
Erster Weltkrieg und Verbot der BO zur Zeit des Nationalsozialismus

Da der 1912 von Agnes Karll gestellte Antrag auf Zulassung der BO zum Sanitätsdienst von allen zuständigen Instanzen abgelehnt worden war, wurden die BO-Schwestern im Ersten Weltkrieg in Österreich eingesetzt. Dort waren sie im Seuchenschutz, in Flüchtlingslagern und in zwei großen militärischen Tuberkułoselagern tätig.

Die Nachkriegsjahre bedrohten durch die allgemeine wirtschaftliche Not auch die Existenz der BO-Schwestern, die besonders in diesen Krisenzeiten den Rückhalt ihres Verbandes brauchten.

Trotz der Notzeiten konnte die Zusammenarbeit mit dem Weltbund der Krankenpflegerinnen und den ihnen angeschlossenen Verbänden fortgeführt werden. Es gelang sogar, in Berlin ein eigenes Schwesternheim zu bauen, das eine Heimat für viele Privatschwestern werden und gleichzeitig die Verbandszentrale beherbergen sollte. Die Mitglieder leisteten Spenden als „Bausteine“. Die Vollendung des Hauses hat 1928 Agnes Karll nicht mehr erlebt, sie starb am 12. Februar 1927.

Ihre Nachfolgerin Maida Lübben, die 20 Jahre mit Agnes Karll zusammenarbeitet hatte und mit den Aufgaben und Zielen vertraut war, war den Anforderungen als Leiterin der BO jedoch nicht gewachsen, zumal die politischen Verhältnisse immer schwieriger wurden. Es trat ein Stillstand im Wachstum der BO ein. Im März 1933 wurde Helene Blunck zur neuen Generaloberin der BO gewählt. Ihre Aufgabe sah sie vor allem darin, das Weiterbestehen des Verbandes gegen die Strömung der politi-



tischen Entwicklung so lange wie möglich zu sichern und die Kontakte zum Ausland weiter zu pflegen.

Die Arbeit der BO wurde jedoch stark behindert. Schon 1933 wurde die Zeitung „Unterm Lazaruskreuz“ verboten. Der zwei Monate zuvor gewählte Vorstand wurde zum Rücktritt gezwungen mit dem Ziel, einen neuen berufsständischen Aufbau der gesamten deutschen Schwesterenschaft als „Reichsfachschaft Deutscher Schwestern“ in die Wege zu leiten. Diese Reichsfachschaft verfügte eigenmächtig über das Berliner Verbandshaus, die Gelder der BO wurden für Zwecke der Reichsfachschaft ausgegeben, ohne daß eine rechtliche Grundlage dafür geschaffen war. Die Existenzgrundlage des Verbandes war zerstört.

Bei der Gründung der Reichsfachschaft Deutscher Schwestern hatte es zunächst geheißen, alle bestehenden Schwesterenschaften sollten in ihr aufgehen. Es stellte sich dann aber heraus, daß die konfessionellen Mutterhäuser und das Rote Kreuz ihr Eigenleben weitgehend beibehalten konnten, nur die frei-beruflichen Verbände sollten aufgelöst werden. Helene Bluncks zähem Ringen gelang es – allerdings unter Hinnahme vieler Demütigungen und Enttäuschungen –, den Verband bis 1938 am Leben zu erhalten. Am 23. April 1938 wurde von der NSV (Nationalsozialistische Volkswohlfahrt) der Befehl zur Auflösung der BO erteilt. Damit erfolgte zwar die Auflösung, nicht aber die Löschung des Verbandes, die von der zuständigen Behörde vergessen wurde. Von 1938 bis 1945 war die Berufsorganisation zum Schweigen verurteilt.

Die Reichsfachschaft Deutscher Schwestern wurde als NSV-Schwesterenschaft mit der NS-Schwesterenschaft zum NS-Reichsbund Deutscher Schwestern zusammengeschlossen.

Der Agnes Karll-Verband (AKV)

1945 Wiederaufleben der BO als „Agnes Karll-Verband“

Nach Kriegsende und dem Zusammenbruch des Dritten Reichs begann durch Helene Blunck eine mühsame, aber erfolgreiche Aufbauarbeit. Bereits am 24. Juli 1945 fand in Berlin eine Versammlung statt, bei der die anwesenden Schwestern beschlossen, die BO unter dem Namen ihrer Gründerin als Agnes Karll-Verband (AKV) wieder aufleben zu lassen. Es erwies sich als Vorteil, daß bei der Auflösung 1938 die Löschung der BO bei den zuständigen Behörden nicht erfolgt war.

In Niedersachsen bemühte sich Elsbeth Heise als früheres BO-Mitglied um den Zusammenschluß der freien Schwestern. Diesen Gruppen in Berlin und Niedersachsen folgten sehr bald weitere Landesgruppen.

Strukturveränderung

Die Struktur des Verbandes mußte gegenüber der früheren BO geändert werden. Die Bestimmungen der Besatzungsmächte erlaubten keinen einheitlichen, zentral von Berlin gesteuerten Verband mehr. Mit Ausnahme der russisch besetzten Zone, wo der Verband verboten wurde, mußten in den einzelnen Ländern selbständige Vereine als Landesgruppen gebildet werden. Die Bedingungen für die Arbeit in den drei Besatzungszonen waren sehr unterschiedlich. Die Arbeit wurde stark geprägt durch die Persönlichkeiten, die als Vorsitzende und gleichzeitig Geschäftsführerinnen die Geschicke der einzelnen Landesgruppen leiteten. Um ein Sich-auseinander-Entwickeln zu verhindern, wurde 1951 ein Hauptvorstand gebildet, dem alle Landesgruppenleiterinnen und die Schriftleiterin der Verbandszeitschrift sowie eine Vertreterin der Kinderkrankenpflege angehörten. Noch stärker sollte die Bindung der Landesgruppen untereinander und eine gemeinsame Linie des gesamten Verbandes durch die Gründung des Bundesverbandes des AKV im Jahre 1954 erreicht werden. Dem Bundesverband gehörten die nach wie vor in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins bestehenden Landesgruppen an. Später kamen als korporative Mitglieder noch der Fachverband deutscher Krankenpfleger und der Berufsverband der Pflegehelferinnen hinzu. Diese Struktur bestand bis 1973.

1957 erfolgte der Zusammenschluß der Gruppen Rheinland und Westfalen, 1966 wurden die Landesgruppen Hessen und Rheinland-Pfalz zusammengelegt, 1968 vereinigte sich Bremen mit Hamburg-Schleswig-Holstein. Nach der später erfolgten Reorganisation verbanden sich dann auch 1978 Baden und Württemberg.

Aufgaben und Ziele

Die Aufgaben und Ziele blieben dieselben wie bei der BO, wenn auch im Laufe der Zeit die Schwerpunkte der Arbeit wechselten und neue Aufgaben hinzukamen. Die Zusammenarbeit mit dem Weltbund der Krankenschwestern konnte nicht mehr unmittelbar erfolgen, wie später dargelegt wird.

Um einige der neuen Aufgaben Ende der Vierziger, Anfang der Fünfziger Jahre für die heute junge Generation verständlich zu machen, sollen hier die Verhältnisse der deutschen Krankenpflege nach dem Zweiten Weltkrieg dargestellt werden.

Die Situation des Krankenpflegeberufes in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg

Deutschland war geteilt, viele Städte zerstört, Krankenhäuser ausgebombt und vielerorts nur behelfsmäßig in Betrieb, Schwesternwohnheime waren nicht vorhanden, zwei bis sechs Schwestern mußten in einem Raum zusammen wohnen. Groß war die Flüchtlingsnot, auch unter den Krankenschwestern und den Hilfskräften.

Viele Schwestern hatten nur eine verkürzte, völlig ungenügende Ausbildung erhalten. Arbeitslosigkeit herrschte, und es war schwer, als freie Schwestern, die sich während des Krieges dem „NS-Reichsbund freier Schwestern“ angeschlossen hatten, wieder einen Arbeitsplatz zu finden. Für die konfessionellen Mutterhäuser, die unter dem Nationalsozialismus sehr hatten leiden müssen, begann jetzt eine erneute Blütezeit. Wer von den freien Schwestern Arbeit fand, wurde schlecht bezahlt, die Arbeitszeiten waren lang. Aus dem Beruf ausscheidende Schwestern hatten nur sehr kleine Renten, sie wußten nicht, wohin sie im Anschluß an ihre Berufstätigkeit gehen, wovon sie leben sollten. Aus dieser Notsituation ergaben sich neue Aufgaben für den Verband, wie etwa:

Abschluß von Gestellungs- und Rahmenverträgen mit Krankenhäusern

Die Suche nach geeigneten Arbeitsfeldern und die Stellenvermittlung entwickelten sich zunächst als Schwerpunkte der Verbandsarbeit. Es fanden sich auch bald Krankenhäuser, die unter bestimmten Voraussetzungen zur Zusammenarbeit mit dem Verband bereit waren. Vor allem in den Ländern Westfalen, Rheinland, Rheinland-Pfalz, Saargebiet, Baden-Württemberg und Bayern verlangten viele Krankenhäuser den Abschluß von „Gestellungsverträgen“, wie sie auch mit den Mutterhausverbänden abgeschlossen wurden. Das bedeutete, daß der Verband Arbeitgeber der Schwestern werden mußte, ein direktes Anstellungsverhältnis zum Krankenhaus entstand für die ein-

zernen Schwestern nicht. Hinzu kam ferner, daß die Krankenhausträger keine tariflichen Gehälter zahlen konnten oder wollten, sie boten dem Verband pro vermittelter Schwester nur eine einheitliche Pauschalsumme an.

Diese Forderungen stellten den Verband vor eine schwere Entscheidung, gingen solche Verträge doch gegen sein Prinzip. Die Frage hieß jedoch ganz nüchtern: Will der Verband Arbeitsfelder gewinnen und seinen Mitgliedern Arbeitsmöglichkeiten verschaffen, oder kann er es sich leisten, darauf zu verzichten? Die Entscheidung fiel in den einzelnen Landesgruppen, in den Mitgliederversammlungen nach Beratung in den Vorständen. Die Schwestern selbst befürworteten den Abschluß von (Pauschal-)Gestellungsverträgen. Das bedeutete:

- Ausarbeitung eines Vergütungsschemas, um die erhaltenen Pauschalbeträge leistungsgerecht und nach Größe der Verantwortung für die Schwestern des betreffenden Krankenhauses aufzugliedern
- Einrichtung einer Lohnbuchhaltung
- Wahrnehmung der Arbeitgeberpflichten.

Die Pauschalvergütungen konnten erfreulicherweise nach zwei bis drei Jahren in tarifliche Vergütungen nach dem Bundesangestelltentarif (BAT) umgewandelt werden. Gestellungsverträge wurden z. T. bis heute beibehalten.

Im norddeutschen Raum wurden von vornherein nur sogenannte Rahmenverträge abgeschlossen. Das heißt, der Verband vermittelte (und tut es auch heute noch) einem Krankenhaus die erforderliche Zahl von Pflegekräften, soweit er dazu in der Lage war, die Schwestern schließen jedoch direkt mit dem Krankenhausträger den Arbeitsvertrag ab.

Die Gestellungs- und auch die Rahmenverträge brachten verschiedene Vorteile mit sich:

- Es wurden Gehalts- und Arbeitsbedingungen erreicht, die sogar über den tariflichen Rahmen hinausgingen
- Für die leitenden Schwestern wurde das Weisungsrecht über das gesamte Pflegepersonal gefordert, damit wurde den Ärzten nur ein medizinisch-fachliches Aufsichts- und Weisungsrecht zugestanden
- Zusätzlich zu den Gehaltszahlungen erhielt der Verband vom Krankenhausträger eine Vermittlungsgebühr für Verwaltungs-, Ausbildungs- und Fortbildungskosten.

Diese Gelder halfen den Landesgruppen, nicht nur die Kosten für die Lohnbuchhaltung zu decken, sie ermöglichten auch die Einrichtung von Vor- und Krankenpflegeschulen und den Aufbau eines Fortbildungssystems auf regionaler und später sogar auf Bundesebene. Diese auf die Vermittlung fundierter Kenntnisse seiner Mitglieder ausgerichteten Aktivitäten trugen dazu bei, das Ansehen des Verbandes zu heben.

Eine Tatsache, die auch den eigenen Mitgliedern vielfach nicht bekannt wurde und wird, ist, daß sich der Verband ohne diese

Verwaltungsgebühren niemals so schnell hätte entwickeln können. Doch hatten die Gestellungsverträge auch Nachteile. So konnte z. B. das aktive und passive Wahlrecht zum Betriebs- bzw. Personalrat nicht wahrgenommen werden, weil kein direktes Anstellungsverhältnis zum Krankenhaus bestand.

Mitgliedschaft in den Zusatzversorgungskassen der Gemeinden und Gemeindeverbände

Eine ausreichende Versorgung im Alter und bei eintretender Invalidität war von Anfang an ein wichtiges Anliegen des Verbandes. Da der Verband durch die Gestellungsverträge Arbeitgeber eines Großteils seiner Mitglieder geworden war, mußte er sich bemühen, für diese Gruppe auch eine Zusatzversicherung zu erwirken, die ihnen sonst durch den Krankenhausträger zuteil geworden wäre. Nach langwierigen Verhandlungen gelang es fast allen Landesgruppen, Mitglied bei den zuständigen Zusatzversorgungskassen der Gemeinden und Gemeindeverbände zu werden. Damit auch Gemeindeschwestern eine Zusatzversorgung erhalten konnten, schloß der Verband ebenfalls mit Trägern von Gemeindekrankenpflegestationen Gestellungsverträge ab. Ohne ein direktes Anstellungsverhältnis durch den Verband wäre dies nicht möglich gewesen. Der Vorteil der Mitgliedschaft in den Zusatzversorgungskassen ist für die späteren Renten der Mitglieder unübersehbar.

Die „Helene-Blunck-Hilfe“ und die Einrichtung verbandseigener Altersheime

Auf die große wirtschaftliche Notlage vieler alter Schwestern nach dem Zweiten Weltkrieg wurde schon hingewiesen. Auch für einen Berufsverband mußte es zu den vordringlichsten Aufgaben gehören, notleidenden Mitgliedern Hilfe zuteil werden zu lassen.

Nur aus der damaligen schwierigen Situation heraus ist es verständlich, daß der Verband sich entschloß, einen Unterstützungs-fonds, die „Helene-Blunck-Hilfe“, zu schaffen. Deren Satzung sah vor, Mitgliedern auf Antrag Beihilfen zur Miete, zum Lebensunterhalt und zur Fortbildung sowie zinslose Darlehen zu gewähren. Den Fonds gab es bis 1973 in allen Landesgruppen. Darüber hinaus entschlossen sich immer mehr Landesgruppen, eigene Altersheime vorwiegend für pensionierte Mitglieder zu schaffen. Dies wurde vor allem durch die Förderung des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (DPWV) möglich, dem der AKV angehörte, und durch „Baustein“-Spenden der Mitglieder des Verbandes.

Inzwischen wurde ein Teil der Altersheime verkauft, einige wurden in allgemeine Altersheime oder auch in Verbandszentralen

umgewandelt, weil die Bedürfnisse bei den Verbandsmitgliedern in dieser Form nicht mehr bestehen und die Unterhaltung der Heime durch den Verband nicht mehr finanziert werden kann.

Bau eigener Krankenhäuser und Einrichtung eigener Vor- und Krankenpflegeschulen

Zerbombte Krankenanstalten, behelfsmäßig eingerichtete Krankenhäuser, Notunterkünfte für das Pflegepersonal, ungenügende Versorgung und Pflege der Kranken, unzureichend ausgebildetes Pflegepersonal – so sah es nach dem Zweiten Weltkrieg in Deutschland aus. Helfen-Wollen war das Motiv, als der niedersächsische Vorstand sich Ende der Vierziger Jahre entschloß, ein eigenes Krankenhaus in Hannover zu bauen. Ein zweiter entscheidender Grund war, ein Krankenhaus aus der Sicht des Pflegepersonals zu schaffen und zu führen. Allen Skeptikern zum Trotz gelang der Versuch – allerdings unter großen Opfern; das Agnes Karll-Krankenhaus am Lister Kirchweg wurde von den Patienten geschätzt und arbeitete kosten-deckend.

Angeregt vom niedersächsischen Beispiel wagte der Vorstand von Hamburg und Schleswig-Holstein ein ähnliches Experiment: 1963 entstand auch in Bad Schwartau ein Agnes Karll-Krankenhaus, eine Einrichtung, die sich bis auf den heutigen Tag bewährt und wie in Hannover den Verband weit über die Stadtgrenzen hinaus bekannt gemacht hat.

In Hannover sollte dann Anfang der 60er Jahre das Agnes Karll-Krankenhaus durch ein größeres, moderneres ersetzt werden. 1969 wurde in Laatzen im Landkreis Hannover ein 250-Betten-Haus eröffnet. Sicher wäre auch dieses Unternehmen ein Erfolg geworden, wenn sich nicht gerade in dieser Zeit die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser insgesamt so rapide verschlechtert hätte. Das Haus in Laatzen konnte nicht gehalten werden, es wurde 1971 an den Landkreis verkauft. Jedoch erinnert der Name Agnes Karll-Krankenhaus noch heute an die am Fortschritt orientierte Initiative des Agnes Karll-Verbandes.

Das alte Krankenhaus am Lister Kirchweg in Hannover wurde als Lister Krankenhaus 1971 vom AKV wieder voll in Betrieb genommen und wird bis heute weitergeführt.

Der Bau verbandseigener Krankenhäuser war schon in den Nachkriegsjahren in den Reihen der Mitglieder umstritten; heute würden Neubauten durch den Verband nicht mehr in Erwägung gezogen. Andererseits wäre es leistungsfertig und unverständlich, ohne zwingenden Grund bewährte und anerkannte Einrichtungen aufzugeben.

In verschiedenen Landesgruppen wurden in den Nachkriegsjahren verbandseigene Pflegevorschulen und Krankenpflegeschulen eingerichtet. Ziel der Pflegevorschulen war die zeitliche Überbrückung für junge Mädchen von der Schulentlassung bis

zur Aufnahme in die Krankenpflegeschule, Vertiefung und Erweiterung der Allgemeinbildung durch eine schulische Ausbildung, verbunden mit einer praktischen Ausbildung als Vorbereitung auf die sozialen Berufe. Der Verband wollte verdeutlichen, daß Vorschülerinnen keine billigen Hausmädchen sind, sondern einer systematischen Ausbildung bedürfen.

Die verbandseigenen Krankenpflegeschulen vermittelten die theoretische Ausbildung und schlossen mit geeigneten Krankenhäusern Verträge für die praktische Ausbildung der Krankenpflegeschülerinnen ab. Eingeführt wurden zunächst Studientage, später das Blocksystem. Verwirklicht werden sollte das Ziel Agnes Karlls, die Theorie nicht zu vernachlässigen, die theoretische und praktische Ausbildung schulisch zu gestalten und aufeinander abzustimmen sowie die Gesundheitspflege in die Krankenpflegeausbildung einzubauen. So wurden Krankenpflegeschülerinnen erstmalig auch in Gemeindepflegestationen und in der Psychiatrie eingesetzt. Alle Schulen dieser Art sollten Wegbereiter sein für die Weiterentwicklung der Krankenpflege in Deutschland.

Der Weg der Mitte und die Mitgliedschaft im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV)

Gestellungsverträge, verbandseigene Altersheime, Krankenhäuser, Pflegevorschulen und Krankenpflegeschulen, Unterstützungsfonds – waren dies nicht sichere Anzeichen dafür, daß der Agnes Karll-Verband mehr und mehr den Charakter eines Mutterhausverbandes annahm? Der Schein trog. Nie wäre dies unter der Leitung der drei Präsidentinnen, Helene Blunck (1933–1953), Margarete Lengershausen (1953–1957) und Ruth Elster (1957–1973) möglich gewesen. Wohl hat die eine oder andere Landesgruppenleiterin eine Annäherung an das Mutterhaussystem befürwortet. Wozu aber weitere Mutterhäuser schaffen neben der Vielzahl der bereits bestehenden?

Es hat auch Vorschläge gegeben, den AKV zu einer Gewerkschaft zu machen. Wozu aber eine neue Gewerkschaft bilden, da es doch genügend bewährte gab? Fest stand auch, daß nicht jede neue Gewerkschaft Tarifpartner werden und an den Verhandlungstisch mit der Arbeitgeberseite kommen könnte.

Aus den Protokollen der Hauptvorstandssitzungen jener Jahre geht eindeutig hervor, daß die Verantwortlichen nach gründlicher Prüfung des Für und Wider sich wiederholt für den Weg der Mitte entschieden haben: einen nicht leichten, oft sehr beschwerlichen Kurs in der Mitte zwischen den Gewerkschaften einerseits und den Mutterhausverbänden andererseits. Offen nach beiden Seiten und ein Miteinander statt eines Gegeneinander, das war das Ziel.

Auch ohne selbst eine Gewerkschaft zu sein, setzte sich der Verband für die Verbesserung der wirtschaftlichen Belange des

Pflegepersonals ein, für eine bessere tarifliche Besoldung und eine verkürzte Arbeitszeit. Die Gestellungsverträge ermöglichten ein Aushandeln mit den Krankenhausträgern und den Gemeindepflegestationen. Eine sich ständig erweiternde Öffentlichkeitsarbeit klärte zuständige Behörden, Landes- und Bundesministerien und die Öffentlichkeit über die Vorstellungen und Forderungen des Verbandes auf.

Der Weg der Mitte ermöglichte, die verbandseigenen Einrichtungen rechtfertigen wieder die Mitgliedschaft im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband. Ohne die ideelle und vor allem auch materielle Förderung des DPWV hätte der Verband sich nicht zu dem entwickeln können, was er heute darstellt.

Forderung des Weltbundes der Krankenschwestern (ICN)¹ hinsichtlich der weiteren Zusammenarbeit mit deutschen Schwestern

Im Februar 1946 nahm der ICN bereits wieder Kontakte zu den deutschen Schwestern auf und sprach die Hoffnung auf eine erneute Zusammenarbeit aus. Zwei Jahre später nahm dieser Vorschlag konkrete Formen an. Die damalige Präsidentin des ICN, Gerda Höjer aus Schweden, kam nach Hannover und bot den deutschen Schwestern die weitere Mitarbeit im ICN an – allerdings unter einer Bedingung: die Satzungen des ICN schreiben vor, daß nicht einzelne Verbände der Länder, sondern nur nationale Schwesternorganisationen Mitglied werden können. Bei der großen Zahl der deutschen Verbände sei es erforderlich, auch in Deutschland eine solche überverbandliche Dachorganisation zu gründen.

Diese Forderung fand zwar nicht einhellige Zustimmung, doch entwickelten die Befürworter folgende Überlegung: In einem vom Krieg weitgehend zerstörten Land, wo auch Gesundheitswesen und Krankenpflege dringend einer Erneuerung bedurften, konnte es nur sinnvoll sein, wenn die Schwesterngruppen näher zusammenrückten und gemeinsam beraten und entscheiden würden, wie es weitergehen solle. Nicht nur der Anschluß an eine internationale Organisation machte die Gründung einer Dachorganisation wünschenswert: der Aufbau und die Weiterentwicklung der Krankenpflege im eigenen Lande machten sie geradezu notwendig.

Die Gründung der Deutschen Schwestergemeinschaft (DSG)

Nach dem Besuch der Präsidentin des ICN in Hannover wurde in den Verbänden die Gründung einer Dachorganisation lebhaft erörtert und teils befürwortet, teils abgelehnt. Daß es am 23. Juni 1948 zur Gründung der Deutschen Schwestergemeinschaft (DSG) in Hannover kam, ist vor allem das Verdienst von Elsbeth Heise (AKV) und Dr. Erna von Abendroth, Deutsches Rotes Kreuz (DRK). Trotz des Beschlusses und der satzungsmäßigen Verankerung, die Selbständigkeit der Mitgliedsverbände unter allen Umständen zu wahren, konnten wiederum die konfessionellen Mutterhausverbände sich nicht zu einem Anschluß an die DSG entschließen, obgleich in allen übrigen Ländern der Welt auch Diakonissen und Ordensschwestern – ungeachtet ihrer eigenen internationalen Verbindungen – den nationalen Schwesternverbänden und durch diese dem Weltbund der Krankenschwestern angeschlossen sind.

Um den konfessionell gebundenen Krankenschwestern dennoch die Möglichkeit eines Anschlusses zu geben, sah die DSG-Satzung eine Einzelmitgliedschaft vor.

Bei der Gründung der Deutschen Schwestergemeinschaft fanden sich zunächst folgende Verbände zusammen:

- Agnes Karll-Verband
- Bund freier Schwestern (innerhalb der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr)
- Verband Deutscher Mutterhäuser vom Roten Kreuz
- sowie einige Einzelmitglieder vom Kaiserswerther Verband Deutscher Diakonissen-Mutterhäuser und der Schwesternschaft des Evangelischen Diakonievereins in Berlin-Zehlendorf.

Die DSG erhielt die Rechtsform eines eingetragenen Vereins und wurde am 1.9.1948 in das Vereinsregister in Hannover eingetragen. Sie war parteipolitisch und konfessionell nicht gebunden.

Den damaligen politischen Verhältnissen entsprechend mußte der Zusammenschluß zunächst auf die britisch besetzte Zone beschränkt bleiben. Doch bereits 1949 konnte die Aufnahme der Mitglieder der zuvorgenannten Verbände in den amerikanisch und französisch besetzten Zonen erfolgen. Gleichzeitig schloß sich der 1903 gegründete Frankfurter Schwesternverband an, der mit zu den Begründern der DSG gerechnet wird. 1951 kam die Schwesternschaft der Arbeiterwohlfahrt hinzu, und später folgten der Berufsverband Freier Evangelischer Krankenschwestern, die Evangelische Schwesternschaft St. Markus, die Freie Schwesternschaft Baden-Württemberg, die Friedensauer Schwesternschaft, der Reichsbund Freier Schwestern und der Verband Freier Schwestern Baden-Württemberg.

Auf Vorschlag des DRK wurde eine Vertreterin des AKV, Elsbeth Heise, zur 1. Vorsitzenden der DSG gewählt. Sie hatte dieses Amt von 1948-1957 inne. Zu ihrer Nachfolgerin wurde Ruth Elster gewählt, die diesen Posten bis 1973 bekleidete.

Aufgaben

Die DSG stellte sich die Aufgabe, die Interessen ihrer Mitglieder im In- und Ausland zu vertreten:

- die Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung zu vertiefen und zu erweitern und sie den veränderten Verhältnissen, neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und den erhöhten Anforderungen an den Beruf anzugeleichen
- sich in qualitativer und quantitativer Hinsicht für eine optimale Pflege der Kranken und Hilfesuchenden einzusetzen
- die Gesundheitserziehung, die vorbeugende Gesundheitspflege und die Rehabilitation als Aufgaben der Krankenpflege stärker in der Aus- und Fortbildung zu berücksichtigen
- die systematische Fort- und Weiterbildung der Schwestern zu fördern, insbesondere die Weiterbildung für Spezialgebiete und Führungsaufgaben innerhalb des Krankenpflegeberufes
- die staatliche Anerkennung dieser Zusatzausbildungen anzustreben
- sich für die Anerkennung des Krankenpflegeberufes als eines eigenständigen Sozialberufes einzusetzen
- die Arbeits- und Lebensbedingungen der Schwestern zu verbessern: kürzere Arbeitszeit, bessere Wohnverhältnisse, Entlastung von berufsfremder Arbeit
- nationale und internationale Tagungen, Lehrgänge und Studienreisen durchzuführen
- Kontakte zu den öffentlichen Einrichtungen und zu anderen Berufsverbänden zu pflegen
- Stellungnahmen zu aktuellen Fragen des Berufes abzugeben
- durch Wort und Schrift aufklärend und beratend zu wirken und für den Beruf zu werben
- in anderen Organisationen und Institutionen mitzuarbeiten
- Verbindungen zu internationalen Organisationen und zu den Schwestern im Ausland anzustreben und zu pflegen
- einschlägige Fachliteratur ins Deutsche zu übersetzen
- aktiv im Weltbund der Krankenschwestern (ICN) mitzuarbeiten.

Durch die Mitgliedschaft im ICN und später dann auch in der Westeuropäischen Schwesternvereinigung innerhalb des ICN erwuchsen der DSG weitere Aufgaben. Es bestand ein reger Gedankenaustausch mit der Hauptgeschäftsstelle des ICN in London (später Genf) und mit den anderen ihm angeschlossenen nationalen Schwesternverbänden. Die Vorsitzende der DSG gehörte dem Rat der Ländervertreterinnen und später dem Board of Directors des ICN an und nahm an den alle zwei Jahre statt-

findenden Sitzungen des ICN teil. Alle Mitglieder der DSG hatten die Möglichkeit, an den alle vier Jahre stattfindenden Kongressen des ICN sowie an dessen internationalen Seminaren und Tagungen teilzunehmen. Es wurden Studienreisen für Gruppen und Einzelpersonen organisiert und ein befristeter Arbeitseinsatz im Ausland – anfangs vor allem in der Schweiz – mit den Vergünstigungen und nach den Richtlinien des ICN vermittelt. Auch bei der Auswanderung versuchte die DSG, den Mitgliedern den Weg zur Anerkennung ihrer Berufsausbildung im Ausland zu ebnen.

Erste Aktivitäten

Obwohl die Arbeit zunächst ehrenamtlich ausgeführt wurde – eine hauptamtliche Geschäftsführerin wurde erst 1953 eingestellt –, entwickelte die DSG von Anfang an eine rege Tätigkeit, so daß sie schnell bekannt und auch anerkannt wurde. Starke Beachtung fand die 1950 herausgegebene „Denkschrift zur Situation des Krankenpflegeberufes“ und die 1951 erschienene „Ergänzungsschrift über die Not in der Schwesternarbeit“. In diesen Schriften wurden nicht nur Mißstände geschildert, es wurden auch Vorschläge für notwendige Reformen gemacht. Erstmals wurden „Schlüsselzahlen für den Pflegedienst in Krankenhäusern“ veröffentlicht, die nach genauer Kenntnis der Verhältnisse von Mitgliedern der DSG errechnet worden waren. 1952 unterbreitete die DSG Vorschläge zur Änderung des Krankenpflegegesetzes. Empfehlungen wurden gegeben für die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen sowie für die Durchführungsbestimmungen zum Krankenpflegegesetz. Es entwickelte sich eine enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Ministerien auf Bundes- und Landesebene.

Das Deutsche Florence Nightingale-Komitee der DSG

Für ihre Mitglieder entwickelte die DSG neue Aktivitäten. Die Deutsche Schwesterngemeinschaft folgte den Anregungen der dem ICN angeschlossenen Internationalen Florence Nightingale-Stiftung und gründete 1953 ein Deutsches Florence Nightingale-Komitee. Ihm gehörten Vertreterinnen aller in der DSG zusammengeschlossenen Verbände an. Die Federführung wurde der DRK-Oberin Cläre Port übertragen.

Das Komitee machte es sich zur Aufgabe, den Schwestern die Persönlichkeit Florence Nightingales und das von ihr geschaffene bedeutsame Reformwerk für die Krankenpflege nahezubringen. Durch den Verkauf von Spruchkarten, Schriften und Bildern von Florence Nightingale wurde ein Stipendienfonds geschaffen. Um die deutsche Krankenschwester zu einer selbständigen Stellungnahme gegenüber ihren eigenen Berufsfragen

anzuregen, gab das Komitee jedes Jahr das Thema für eine pflegeskundliche Arbeit in Form eines Preisausschreibens bekannt. Die Preisträgerinnen erhielten aus dem Stipendienfonds die Mittel zur Durchführung einer Studienreise im In- oder Ausland. Folgende Themen wurden von 1954–1958 bearbeitet:

- Was hat Florence Nightingale für die Krankenpflege der Welt geleistet?
- Die Deutsche Krankenpflege im 20. Jahrhundert
- Das Krankenhaus der Zukunft zum Wohl des kranken Menschen aus der Sicht der Krankenschwester
- Das Unwandelbare und das Wandelbare in der Krankenpflege
- Krankenbeobachtung.

Besonders hervorzuheben ist die Entwicklung von Ausbildungsnachweisen für die Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen, ein wichtiger Beleg für die Krankenpflegeschülerinnen über ihre theoretische und praktische Ausbildung. Ein Nachweis, der aber auch die Ausbildungsstätten zwang, darüber nachzudenken, ob die von ihnen gewährte Ausbildung den erhöhten Anforderungen an den Beruf gerecht wurde.

Ferner wurden vom Komitee Pläne für den Einsatz der Schwestern in den verschiedenen Disziplinen des Krankenhauses und im öffentlichen Gesundheitsdienst erarbeitet. 1961 gab die DSG dann als Empfehlung für die dreijährige Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung Rahmenlehrpläne heraus, später auch für die Krankenpflegehilfeausbildung. Die Rahmenlehrpläne, die mehrfach überarbeitet wurden, haben wesentlich zur Weiterentwicklung der Krankenpflege beigetragen.

Das Deutsche Florence Nightingale-Komitee bestand bis 1973.

Gründung der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände (ADS)

Neben der DSG bestand eine Arbeitsgemeinschaft der Mutterhausverbände, zu der sich die konfessionellen Mutterhäuser und die Mutterhäuser des DRK zusammengefunden hatten. Als der Einfluß der DSG zunahm und nach Bekanntwerden der beiden Denkschriften regte diese Arbeitsgemeinschaft eine Zusammenarbeit mit der DSG an, ein Wunsch, dem sich die DSG nicht verschließen wollte. Es entstand ein neues Gremium: Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände.

Vier große Schwesterngruppen bildeten 1951 die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände (ADS):

- Mutterhausverbände und Schwesternschaften des Caritasverbandes
- Mutterhausverbände und Schwesternschaften der Inneren Mission
- Verband Deutscher Mutterhäuser vom Roten Kreuz
- Deutsche Schwesterngemeinschaft.

Es handelte sich, wie schon der Name sagt, um einen losen Zusammenschluß. Die Sitzungen fanden in unregelmäßigen Abständen statt.

Jede der vier Gruppen entsandte drei Delegierte zu den gemeinsamen Besprechungen. Das Deutsche Rote Kreuz war zum einen selbständig in der ADS vertreten, zum anderen nochmals durch die DSG, in der es jedoch auf einen Sitz für die ADS verzichtete. Das bedeutete, daß das Verhältnis der Vertreter der DSG zu den Vertretern der Mutterhausverbände 3 : 9 betrug. Welche Schwierigkeiten sich allein aus diesem Mißverhältnis ergaben, wird jeder verstehen, der die unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen der Mutterhaus- und der sogenannten freien Schwestern kennt. Hinzu kamen und kommen heute noch die voneinander abweichenden Auffassungen über das Berufsbild und Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Krankenpflegeberuf. Auch konnte damals keine Einigung erzielt werden über den Status der Krankenpflegeschulen und der Schülerinnen, über das Verhältnis der Stundenzahl für die theoretische und praktische Ausbildung, über die Koordinierung des theoretischen Unterrichts und der praktischen Unterweisung auf den Stationen des Krankenhauses, über die Erweiterung des Lehrplanes um Fächer wie z. B. Psychologie, Pädagogik, Gesundheitslehre.

Alle diese Fragen waren damals aktuell und wurden gemeinsam erörtert und auch mit den Regierungsstellen und anderen Gremien beraten.

Die ADS in ihrer damaligen Zusammensetzung wollte das Sprachrohr aller deutscher Schwestern sein. Da jedoch nach ihrer Geschäftsordnung keine für alle bindenden Beschlüsse gefaßt werden konnten, kam es nicht selten vor, daß bei Befragungen die 12 Delegierten nicht eine, sondern die unterschiedlichsten Auffassungen vortrugen. Dies führte nicht selten bei denen, die von der ADS eine eindeutige Empfehlung erwarteten, zur Verwirrung. Es blieb nicht aus, daß im Laufe der Zeit aus dem Miteinander ein Nebeneinander wurde.

1956 und 1957 – Jahre von einschneidender Bedeutung für die DSG

Die Zusammenarbeit der Verbände innerhalb der DSG war auch nicht immer einfach und erforderte von allen viel Geduld und Diplomatie. Galt es doch immer wieder, unüberbrückbar scheinende Gegensätze zu überwinden und zu einem gemeinsam getragenen Beschuß zu kommen.

Anders als bei der ADS wurden in der DSG Vorstand beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit gefaßt und galten dann auch für die Mitgliedsverbände als verbindlich. Das brachte die Vertreter des Deutschen Roten Kreuzes wiederholt in Schwierigkeiten, denn sie standen mit ihren Auffassungen den

konfessionellen Mutterhausverbänden näher als den „freien“ Schwestern. Es ist eine deutsche Besonderheit, daß Rote-Kreuz-Schwestern für sich das Mutterhaussystem gewählt haben, in anderen Ländern sind Rote-Kreuz-Schwestern nicht mutterhausgebunden.

1956 fanden Besprechungen statt zwischen dem Verband Deutscher Mutterhäuser vom Roten Kreuz und dem DSG-Vorstand über die künftigen Aufgaben der DSG. Das DRK wollte die Aufgaben der DSG auf die Interessenvertretung deutscher Schwestern im Ausland beschränkt sehen, die innerdeutschen Belange sollten nur von der ADS vertreten werden. Auch wurde eine Namensänderung für die DSG vorgeschlagen, da der Name irreführend sei und Außenstehende annehmen könnten, in der DSG seien alle Schwesternverbände vereinigt. Weiterhin wurde gefordert, innerhalb des Vorstandes der DSG sollten keine Mehrheitsbeschlüsse mehr gefaßt werden können, Beschlüsse müßten einstimmig gefaßt werden, andernfalls sollten Anträge als abgelehnt gelten.

Die Mitgliedsverbände der DSG konnten diesen Vorschlägen nicht zustimmen. Daraufhin schied Ende 1956 der Verband Deutscher Mutterhäuser vom Roten Kreuz aus der DSG aus. Seit 1957 waren damit nur noch die Verbände der freien Schwestern in der DSG vertreten.

In der folgenden Zeit fanden in den Mitgliedsverbänden und im Vorstand der DSG Beratungen statt, wie man in der Bundesrepublik Deutschland künftig die Belange der freien Krankenpflegepersonen intensiver als bisher gegenüber Ministerien und Behörden vertreten könne. Der einzige Weg wurde darin gesehen, die Interessenvertretung selbständig ohne Bindung an die ADS zu übernehmen. Schweren Herzens wurde im Herbst 1957 der Beschuß gefaßt, aus der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände auszuscheiden. Der ADS wurde zugleich mit dieser Entscheidung mitgeteilt, man sei zu einer weiteren Zusammenarbeit bereit, jedoch in anderer Form. Der Beschuß wurde öffentlich bekanntgegeben zusammen mit der Begründung, warum dieser Schritt notwendig geworden war. Die DSG hat diesen Beschuß selbst sehr bedauert, mußte ihn jedoch nie bereuen.

Sie konnte ihre Verbindungen vertiefen, Kontakte erweitern, ein Aufwärtstrend konnte verzeichnet werden. Die Arbeit im In- und Ausland wurde erfolgreich ausgedehnt.

Noch im Jahre 1957 wurde der DSG die nicht-gewerbsmäßige Stellenvermittlung ins Ausland von der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung in Nürnberg übertragen.

Der ICN wollte ein Buch herausgeben, in dem alle Spezialgebiete der Pflege dargestellt werden sollten. Jedes Mitgliedsland übernahm ein bestimmtes Thema; die DSG „Die gynäkologische Pflege“. Ein weiterer Beitrag für den ICN war ein um-

fassender Bericht über die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen der Krankenschwestern in Deutschland. Die Delegierten und die Vorsitzende der DSG nahmen regelmäßig an den Sitzungen des Verwaltungs- und Aufsichtsrates des ICN teil. Zu den alle vier Jahre stattfindenden Kongressen wurden Kongreßreisen organisiert.

Ein Höhepunkt in der Geschichte der DSG: der ICN-Kongreß 1965 in Frankfurt

Groß war die Freude der deutschen Delegation, als 1961 beim Kongreß des ICN in Melbourne auf Einladung der DSG Deutschland erneut als Kongreßland gewählt wurde. 1904 war Berlin, 1912 war Köln und 1965 wurde Frankfurt/Main Kongreßstadt.

6 000 Krankenschwestern und Krankenpfleger aus 64 Ländern kamen nach Frankfurt. Erstmals gab es vier Kongreßsprachen: Englisch, Deutsch, Französisch und Spanisch. Alle Unterlagen, Informationen und die Berichterstattung durch das täglich erscheinende Bulletin wurden in den vier Sprachen herausgegeben. Vorträge, Berichte und Diskussionen wurden simultan übersetzt.

Zu einem Empfang, verbunden mit einer Rheinfahrt, lud die DSG die Kongreßteilnehmer auf sieben Schiffe der Rheinflotte ein. Dieses Ereignis trug in großem Maße zu Kommunikation und Völkerverständigung bei. Noch heute erinnern sich die Teilnehmer aus aller Welt mit Begeisterung an dieses Erlebnis. Zur 2. Vizepräsidentin wurde die Vorsitzende der DSG, Ruth Elster, gewählt, die vorher vier Jahre dem Finanzkomitee angehörte und 1969 bei dem ICN-Kongreß in Montreal zur 3. Vizepräsidentin gewählt wurde.

Weitere Aufwärtsentwicklung – trotzdem 1971 ein Krisenjahr für die DSG

Der Bekanntheitsgrad der DSG im In- und Ausland steigerte sich nach diesem Kongreß noch. In den folgenden Jahren konnten bestehende Verbindungen ausgebaut, neue Beziehungen hergestellt werden.

Die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium, dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, der Bundesanstalt für Arbeit und anderen Behörden und Institutionen dehnte sich aus. Von der Deutschen Krankenhausgesellschaft wurde die DSG zur Mitarbeit in mehreren Ausschüssen und Unterausschüssen herangezogen. Gelegentliche Besprechungen und Beratungen fanden mit der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände statt.

Einen breiten Raum nahm die Öffentlichkeitsarbeit ein. Zu allen Fragen und Problemen des Krankenpflegeberufes wurde

Stellung genommen. Vor allem erschien eine Aufklärung der Öffentlichkeit über das Berufsbild der Krankenschwester und des Krankenpflegers notwendig, zumal die Zahl der Krankenpfleger im Wachsen begriffen war. Die DSG entwickelte sich immer mehr zum Sprachrohr der deutschen Krankenpflege.

Aber auch die Auslandsarbeit gewann an Bedeutung – und nicht nur durch die stärkere Mitwirkung im ICN. Die Vorsitzende der DSG wurde z. B. auch von der Weltgesundheitsorganisation in Genf als Expertin für die deutsche Krankenpflege in das Expertengremium der WHO berufen. Vor allem erforderten die Stellungnahmen und Vorschläge zu dem vom Europarat erarbeiteten „Europäischen Übereinkommen über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern“, über die auch in der Westeuropäischen Schwesterngemeinschaft innerhalb des ICN beraten wurde, einen hohen Zeitaufwand. Dasselbe galt für die freie Wahl des Arbeitsplatzes für Krankenpflegekräfte in den EG-Ländern. Die DSG sah sich in einer Mittlerrolle: dem Ausland gegenüber in der Weise, daß die Anforderungen an die Ausbildung nicht gar zu hoch geschraubt würden und daß die praktische Ausbildung im Verhältnis zur theoretischen nicht zu kurz kam. Den zuständigen deutschen Ministerien, Krankenhäusern als Träger von Krankenpflegeschulen und den Schwesternverbänden gegenüber riet sie, die Mindestanforderungen an die Ausbildung nicht zu gering anzusetzen, einen echten Schul- und Schülerstatus anzuerkennen und den Vorrang der praktischen Ausbildung nicht zu stark zu betonen.

Die DSG war auf dem Höhepunkt ihrer Aktivitäten. Und sie befand sich andererseits in einer neuerlichen Krise, ausgelöst durch das Ausscheiden des Bundes freier Schwestern im Jahre 1971, der die gewerkschaftlichen Ziele der ÖTV in der DSG nicht genügend berücksichtig sah und der Erhöhung der Mitgliedsbeiträge nicht zustimmen konnte. Die Krise wurde jedoch überwunden, neue Wege wurden gesucht und gefunden.

Vorschläge zur Fusion der Mitgliedsverbände der DSG und zur Umstrukturierung des nationalen Dachverbandes

Da nach dem Ausscheiden des Bundes freier Schwestern in der DSG weitgehend eine einheitliche Auffassung zu allen Fragen und Problemen des Krankenpflegeberufes vorherrschte, ergab sich die Frage, warum bei gleicher Zweckbestimmung und Zielsetzung überhaupt noch die einzelnen Verbände aufrechterhalten bleiben sollten. Hinzu kam, daß viele deutsche Krankenschwestern und Krankenpfleger kein Verständnis für die Vielzahl der Verbände hatten und nach einem mitgliedsstarken, einheitlichen nationalen Verband fragten. Im Vorstand der DSG und in den Mitgliedsverbänden wurden die Vor- und Nachteile

eines Zusammenschlusses der Mitgliedsverbände und eine Umstrukturierung der DSG erörtert.

Gleichzeitig wurden Gespräche mit der ADS geführt und der Vorschlag unterbreitet, ähnlich wie die freien Wohlfahrtsverbände eine Liga (Bündnis) in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins mit einem alle zwei Jahre rotierenden Vorsitz der Mitgliedsverbände zu schaffen. Der Vorschlag kam jedoch nicht zum Tragen, und es blieb bei den zwei Dachverbänden ADS und DSG.

Ein Zusammenschluß der Mitgliedsverbände der DSG ihrerseits stieß auf Schwierigkeiten, denn das deutsche Vereinsrecht kennt keine „Fusion“, d. h., alle Verbände hätten sich auflösen müssen. Das hätte zu neuen Problemen geführt. Da nicht alle Mitgliedsverbände der DSG als gemeinnützig anerkannt waren, hatte die DSG ihrerseits die Gemeinnützigkeit nicht erhalten können. Die Folge wäre gewesen, daß bei der Auflösung der als gemeinnützig anerkannten Verbände deren Vermögen nicht an die DSG gefallen wäre. Davon wäre vor allem der Agnes Karll-Verband betroffen gewesen, u. a. durch seinen Besitz an Krankenhäusern, Altenheimen, Krankenpflege- und Pflegevorschulen, seine beiden Fortbildungsschulen und den Verlag sowie seinem sonstigen Vermögen. Alles wäre nach der Satzung des AKV an den Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband auf Landes- und Bundesebene gefallen. Auf dieses Vermögen konnte die DSG jedoch nicht verzichten, wollte sie ihre künftige Arbeit als neuer Dachverband nicht gefährden. Schließlich wurde von den Mitgliedsverbänden der DSG folgende Lösung gefunden und akzeptiert:

- Der Agnes Karll-Verband bleibt mit allen seinen Einrichtungen vereinsrechtlich bestehen
- Die Struktur jedoch wird den neuen Verhältnissen angepaßt
- Der Name wird in Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) geändert, um nach außen und innen den Wandel und den Aufbau zu einem neuen, nationalen Verband deutlich zu machen
- Die übrigen Mitgliedsverbände der DSG lösen sich auf, soweit sie dazu bereit sind, und die bisherigen Mitglieder dieser Verbände werden Mitglied in dem neuen Verband DBfK
- Nach Auflösung wird auch die DSG in den neuen Verband übergeleitet, der als nationaler Verband ihre nationalen und internationalen Aufgaben übernimmt.

Der Strukturwandel sollte bewirken:

- einen zentral geführten Verband, der nicht mehr ein Verband von Vereinen sein sollte, sondern dem die Mitglieder direkt angehören
- Gliederung in regionale Zweigverbände, die nicht die Rechtsform eines eingetragenen Vereins haben
- Schaffung von Ortsgruppen zur Intensivierung der Arbeit

- Einrichtung von Fachgruppen und Arbeitskreisen mit je einem federführenden Vorsitzenden

- Trennung von Vorsitz und Geschäftsführung sowohl beim Gesamtverband als auch in den Regionalverbänden

- Einstellung von Referenten für Bildung, Jugend, Internationale Beziehungen und Öffentlichkeitsarbeit zur Vertiefung der Arbeit und Aufgabenteilung

- außer Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern und Krankenpflegern auch Krankenpflegehelferinnen und -helfern sowie Altenpflegerinnen und -pflegern und Schülern dieser Gruppen die Mitgliedschaft zu ermöglichen

- Ablehnung einer korporativen Mitgliedschaft von Verbänden.

Es wurde eine entsprechende Satzung und eine Geschäftsordnung ausgearbeitet, die diesen Gesichtspunkten Rechnung trugen, und ein Terminplan für die Abwicklung der Umstrukturierung erstellt.

Das Ringen um die Neuordnung dehnte sich über zwei Jahre aus. Nicht alle Vorschläge und Ziele konnten verwirklicht werden.

Neubeginn als Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK)

Am 1.7.1973 war es dann soweit, der DBfK konnte seine Arbeit aufnehmen. Was war inzwischen geschehen und erreicht?

1. Die Delegierten und der Hauptvorstand des Agnes Karll-Verein hatten im Januar 1973 mit Wirkung zum 1.7.1973 eine für den Bundesverband und die Landesgruppen verbindliche Satzungsänderung beschlossen. Die Namensänderung und die Trennung von Vorsitz und Geschäftsführung wurde mit Stimmenmehrheit angenommen. Dagegen wurde die Änderung der Rechtsform der Landesgruppen abgelehnt. Die Regionalverbände bleiben auch künftig eingetragene Vereine, in deren Satzungen allerdings einige Beschränkungen und Auflagen eingebaut worden waren. Durch diese Beibehaltung der Selbständigkeit der Regionalverbände als eingetragene Vereine wurde ein nicht unwesentlicher Teil der Reorganisation hinfällig. Dazu trug ebenfalls bei, daß der zuvor aus Rationalisierungsgründen beschlossene zentrale Beitragseinzug durch den Bundesverband nach zweijährigem Versuch wegen organisatorischer Umstellungsschwierigkeiten wieder rückgängig gemacht wurde.
2. Der mit dem AKV in enger Bindung stehende Berufsverband der Krankenpflegehelferinnen und -helfer hatte sich aufgelöst und ging in dem DBfK auf.
3. Der dem AKV korporativ angeschlossene Fachverband Deutscher Krankenpfleger (FDK), dem der Status einer Landesgruppe zugebilligt worden war, nahm Abstand von seiner Auflösung. Obgleich in letzter Zeit immer mehr Krankenpfleger in den Landesgruppen des AKV direkt Mitglied geworden waren und obgleich die Satzung des DBfK den Krankenpflegern in allen Verbandsorganen Sitz und Stimme zusicherten, glaubte der FDK, die Belange der Krankenpfleger besser selbstständig vertreten zu können.
4. Alle Vorstandsmitglieder des AKV auf Bundes- und Landesgruppenebene erklärten sich zum Rücktritt bereit, damit beim DBfK neue Vorstände gewählt werden konnten.
Die Präsidentin des AKV und drei der ältesten Landesgruppenleiterinnen schieden aus der Arbeit ganz aus, die meist jüngeren Landesgruppenleiterinnen wurden zu Geschäftsführerinnen der Regionalverbände ernannt.
5. Anfang Juli 1973 fanden in allen Landesgruppen des AKV die Mitgliederversammlungen mit den durchzuführenden Satzungsänderungen und der Überleitung in den DBfK statt.

6. Sofort im Anschluß an die noch vom AKV durchgeführten Mitgliederversammlungen fanden die vorher schon einberufenen ersten Mitgliederversammlungen der Regionalverbände des DBfK statt, zu denen alle diejenigen Mitglieder der zur Fusion bereiten Verbände und diejenigen Einzelpfleger der DSG eingeladen worden waren, die gemeinsam den DBfK aufzubauen wollten.

Gewählt wurden in diesen ersten Mitgliederversammlungen die Delegierten und Vorstandsmitglieder der Regionalverbände.

7. Am 1.7.1973 fand die Mitgliederversammlung der Deutschen Schwesterngemeinschaft statt, auf der die Auflösung der DSG und die Überleitung in den DBfK beschlossen wurden.
8. Von den Mitgliedsverbänden der DSG waren zur Auflösung und dem Aufgehen im DBfK bereit
 - der 1903 gegründete und vorwiegend in den Frankfurter Universitätskliniken und im Krankenhaus Frankfurt-Höchst tätige Frankfurter Schwesternverband
 - die 1956 gegründete Evangelische Schwesternschaft St. Markus, Sitz Frankfurt/Main, die auch Mitglied der Vereinigung evangelischer freiberuflicher Schwesternverbände und damit Glied des Diakonischen Werkes war
 - ein Teil der Einzelpfleger schloß sich ebenfalls dem DBfK an.
9. Die Freie Schwesternschaft Baden-Württemberg und die Friedensauer Schwesternschaft hatten um eine Verlängerung der Bedenkzeit betr. Auflösung gebeten. Für diese beiden Gruppen wurde deshalb in der Satzung des DBfK eine auf zwei Jahre befristete korporative Mitgliedschaft vorgesehen. Nach Ablauf dieser Frist sollte keine korporative Mitgliedschaft von Verbänden mehr möglich sein, nur noch eine Einzelpfleger-Mitgliedschaft von Personen. Diese Bestimmung wurde allerdings später wieder aufgehoben.
10. Nicht bereit zur Aufgabe ihrer Selbständigkeit waren aus unterschiedlichen Gründen die Mitgliedsverbände der DSG:
 - Lucy-Romberg-Schwesternschaft der Arbeiterwohlfahrt (AWO)
 - Reichsbund Freier Schwestern.
11. Für den Gesamtverband des DBfK mußte eine satzungsmäßige Übergangslösung für die Bildung des Gesamtvorstandes geschaffen werden, da er noch nicht durch eine Delegiertenversammlung gewählt werden konnte. Die ersten Mitglieder des Gesamtvorstandes wurden noch von ihren Verbänden benannt, ihre Amtszeit wurde bis zum 31.12.1974 begrenzt.
Allen Verbänden, die zur Auflösung und Mitarbeit im DBfK bereit waren, war ein Sitz im Gesamtvorstand sat-

zungsgemäß zugebilligt worden. Ebenfalls schrieb die Satzung vor, daß dem Gesamtvorstand ein Vertreter der Krankenschwestern, der Krankenpfleger, der Kinderkrankenschwestern und der Krankenpflegehelferinnen und -helfer angehören muß. Dies galt auch für die Vorstände der Regionalverbände.

Die Mitglieder des Übergangsgesamtvorstandes wählten aus ihrer Mitte den Vorsitzenden und seine beiden Stellvertreter. Zur ersten ehrenamtlichen Vorsitzenden des DBfK wurde Änne Schneider vom Stadtkrankenhaus in Worms gewählt. Ihr folgte von 1974–1976 Dorothea Eberhardt von den Städtischen Krankenanstalten in Heilbronn, von 1976–1978 Elly Kaufmann von den Universitätskliniken Frankfurt, von 1978–1982 Hillswiet Torp vom Elisabeth-Krankenhaus in Hamburg, ab April 1982 Detlef Hohlin vom Stadtkrankenhaus in Offenbach. Damit hat erstmals ein Krankenpfleger den Vorsitz inne.

Aufbau des DBfK

Gesamtverband

Der DBfK arbeitet in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins. Er setzt sich aus sieben Regionalverbänden und den korporativ angeschlossenen Verbänden zusammen. Er gliedert sich in Sektionen, die in allen Vorständen vertreten sein sollten:

- Krankenschwestern und -pfleger
- Kinderkrankenschwestern und -pfleger
- Krankenpflegehelferinnen und -helfer
- Altenpflegerinnen und -pfleger
- Schülerinnen und Schüler dieser Berufsgruppen.

Der DBfK ist konfessionell und parteipolitisch ungebunden. Der korporative Anschluß von Verbänden ist seit 1975 wieder möglich. Zur Zeit sind ihm angeschlossen:

- Freie Schwesternschaft Baden-Württemberg e. V.
- Friedensauer Schwesternschaft.

Der DBfK ist Mitglied

- im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, Gesamtverband
- im Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (International Council of Nurses - ICN)
- in der Europäischen Krankenpflegevereinigung (European Nursing Group - ENG)
- in der Europäischen Krankenpflegeschülervereinigung (European Nursing Students Group – ENSG)
- im Ständigen Ausschuß der Krankenschwestern/Krankenpfleger der EG (Standing Committee of Nurses of the EC).

Regionalverbände

Die Regionalverbände haben ebenfalls die Rechtsform eines eingetragenen Vereins. Sie stimmen ihre Arbeitspläne untereinander ab und koordinieren sie mit den Arbeitsplänen des Gesamtverbandes.

Die Regionalverbände sind Mitglied in den Landesverbänden des DPWV.

Fachgruppen

Die Spezialisierung in den Krankenpflegeberufen hat die Bildung von Fachgruppen innerhalb des DBfK erforderlich gemacht, z. B. für die Tätigkeitsbereiche

- | | |
|------------------|----------------------|
| - Altenpflege | - Krebskrankenpflege |
| - Endoskopie | - Operationsdienst |
| - Gemeindepflege | - Psychiatrie. |

Verbandsorgane

1. Delegiertenversammlung (DV)

Die Delegiertenversammlung ist das oberste Verbandsorgan. Die Delegierten wählen den Gesamtvorstand und entscheiden gemeinsam mit ihm über Aufgaben, Ziele und Aktivitäten des Verbandes.

2. Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung eines Regionalverbandes wählt die Delegierten und den Regionalvorstand, der aus sieben Personen besteht. Sie wirkt mit bei der Zielsetzung der Verbandspolitik.

3. Gesamtvorstand

Der Gesamtvorstand arbeitet ehrenamtlich. Er erarbeitet Richtlinien für die Verbandspolitik, setzt Schwerpunkte für die Verbandsarbeit und vertritt die Interessen des Verbandes auf Bundesebene und im Ausland.

4. Regionalvorstand

Auch der Regionalvorstand ist ehrenamtlich tätig. Er vertritt die Interessen der Mitglieder und des Verbandes auf regionaler Ebene.

Einmal jährlich findet eine Zusammenkunft aller Mitglieder der Regionalvorstände mit dem Gesamtvorstand und den Geschäftsführern und Leitern der Einrichtungen des DBfK statt.

Die Geschäftsführung des Verbandes

Die Geschäftsführung des Gesamtverbandes und der Regionalverbände wird von Geschäftsführern wahrgenommen, die von den Vorständen hauptamtlich bestellt werden. Sie gehören mit beratender Stimme, jedoch ohne Stimmrecht den Vorständen an.

In den regionalen Geschäftsstellen werden die Aufgaben der Verbandsarbeit auf regionaler Ebene wahrgenommen. Der Hauptgeschäftsstelle obliegt die Interessenvertretung des Verbandes auf nationaler und internationaler Ebene.

Konferenzen aller Geschäftsführer finden mindestens viermal jährlich statt.

Referate

Bisher bestehen die Referate Internationale Beziehungen, Jugend und Öffentlichkeitsarbeit, deren Aufgaben von Mitarbeitern der Hauptgeschäftsstelle und des Verlages übernommen werden.

Einrichtungen des Gesamtverbandes

Auf Bundesebene bestehen die Einrichtungen

1. Verlag und Verbandszeitschrift „Krankenpflege“
2. die Bildungsinstitute
 - Krankenpflegehochschule Agnes Karll, Frankfurt
 - Bildungszentrum Essen (BZE)

1. Verlag und Verbandszeitschrift „Krankenpflege“

Schon bald nach Gründung der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (BO) erkannte Agnes Karll die Notwendigkeit, die Kontakte von der Verbandszentrale zu den Mitgliedern und der Mitglieder untereinander erweitern zu müssen. 1905 gab sie das erste Mitteilungsblatt von vier Seiten heraus, im Januar 1906 erschien dann die eigene Zeitschrift der BO „Unterm Lazaruskreuz“. Der Verband hatte das Lazaruskreuz, das aus der Zeit der Kreuzzüge stammt, als Symbol übernommen. Alles, was die Mitglieder interessieren konnte und sollte, wurde nun in dieser Zeitschrift weitergegeben: Fachartikel, Aufrufe zur Teilnahme an Tagungen und Fortbildungskursen sowie zur Mitarbeit bei der Erstellung von Statistikbögen zwecks Ermittlung der Arbeits- und Lebensbedingungen der Schwestern, vor allem wurden aber auch verbands- und berufspolitische Nachrichten sowie nationale und internationale Tagungsberichte und Stellenangebote bekanntgegeben.

Die von Agnes Karll herausgegebene und bis zu ihrem Tode auch von ihr redigierte Zeitschrift ist zu einem wertvollen zeitgeschichtlichen Dokument geworden.

Im Juni 1933 wurde die BO von dem damaligen Regime gezwungen, die Herausgabe der eigenen Zeitschrift einzustellen. Nach dem 2. Weltkrieg schrieb Oberin Helene Blunck im August 1945 einen ersten Rundbrief an die ehemaligen BO-Schwestern, der als Start für das Wiedererscheinen der eigenen Zeitschrift betrachtet werden kann. Bis 1947 hielt Helene Blunck den Kontakt zu den Mitgliedern der unter dem Namen Agnes Karll-Verband wieder aufgelebten BO durch Rundschreiben und Besuche aufrecht. Für die erneute Herausgabe einer Verbandszeitschrift wurde jedoch die Lizenz einer der Besatzungsmächte benötigt, die in Berlin nicht zu erreichen war.

Elsbeth Heise erhielt sie dann nach langen Verhandlungen 1947 in Hannover. Nicht der Verband, sie selbst wurde zusammen mit einer anderen Schwester Lizenzträger und war damit verantwortlich für die Herausgabe der Zeitschrift und deren Inhalt.

Im November 1947 erschien Nr. 1, Jahrgang 1 der neuen Zeitschrift „Die Agnes Karll-Schwester“. Ab 1948 wurde die Schriftleitung von Margarete Lungenhausen übernommen, die sie bis 1960 innehatte.

Das äußere Bild der Zeitschrift hat sich im Laufe der Zeit mehrfach geändert, ebenso der Name. Von 1967 an lautete er „Die Agnes Karll-Schwester – Der Krankenpfleger“, von 1972 an „Krankenpflege“.

Als 1960 die Zentrale des Bundesverbandes des AKV nach Frankfurt/Main verlegt wurde, wurde die Zeitschrift von einem verbandseigenen Verlag herausgegeben, der in den folgenden Jahren auch Schriften und Broschüren veröffentlicht. Diese sollen kontinuierlich zur Verbesserung der Krankenpflege beitragen.

Die Zeitschrift „Krankenpflege“ konzentriert sich heute auf die Veröffentlichung von Beiträgen mit gesundheitspolitischer und medizinisch-pflegerischer Thematik. Sie dient der Erörterung von Erfahrungen und Erkenntnissen aus dem beruflichen Alltag und der Information und Diskussion berufs- und verbandspolitischer Angelegenheiten. Die Darlegung kontroverser Ansichten soll zur kritischen Meinungsbildung beitragen. Buchbesprechungen geben Anregung zu gezielter fachlicher und beruflicher Weiterbildung.

Das allmählich gewachsene Selbstbewußtsein und Selbstverständnis des Krankenpflegepersonals spiegelt sich in den letzten Jahren zunehmend auch in der inhaltlichen Gestaltung der Zeitschrift wider. Die bis in die 60er Jahre vorwiegend von Ärzten verfaßten medizinischen Artikel werden immer zahlreicher durch medizinisch-pflegerische und berufspolitische Beiträge der eigenen Berufsgruppen und deren Schüler abgelöst.

2. Die Bildungsinstitute Krankenpflegehochschule Agnes Karll und Bildungszentrum Essen (BZE)

Die Krankenpflegehochschule Agnes Karll in Frankfurt wie auch das Bildungszentrum Essen (BZE) sehen ihre Hauptaufgaben in

- der Verbesserung der Pflegequalität
- der Vorbereitung auf Führungsaufgaben
- der Vorbereitung auf pädagogische Aufgaben
- der fachlichen Weiterbildung in Spezialgebieten
- der Motivierung zur Krankenpflegeforschung und ihrer Intensivierung
- der Stärkung des Selbstverständnisses der Berufsangehörigen
- der Weckung des Interesses an berufspolitischen Fragen
- dem Abbau der Berufsunzufriedenheit.

Krankenpflegehochschule Agnes Karll

Die Krankenpflegehochschule Agnes Karll wurde 1953 vom Agnes Karll-Verband in Berlin gegründet. In dem verbands-eigenen Haus wurden eine Vorschule und eine Fortbildungsschule eingerichtet und mit einem vierwöchigen Lehrgang für Unterrichtsschwestern eröffnet. Von Januar 1954 an wurden Kurzlehrgänge und Lehrgänge von dreimonatiger Dauer durchgeführt. Im Herbst 1954 begann der erste gemeinsame Jahreslehrgang für Unterrichts- und leitende Schwestern. Wegen der starken Nachfrage konnten bald die Kurzkurse aus Raumangel nicht fortgeführt werden.

1960 wurde die Agnes Karll-Schule von Berlin nach Frankfurt verlegt und nahm 1961 hier ihr Lehrprogramm auf. 1962 fand sie nach einer Interimszeit Aufnahme im Wilhelm-Polligkeit-Institut des DPWV.

Da eine Verbindung mit der Universität Frankfurt angestrebt wurde, erhielt das unter dem Namen „Oberinnenschule“ – das später in Krankenpflegehochschule Agnes Karll umbenannt wurde – geführte Weiterbildungsinstitut vorübergehend neben einer fachlich-pflegerischen auch eine wissenschaftliche Leitung. Eine engere Bindung an die Universität konnte jedoch bisher nur de facto verwirklicht werden, es wurden Dozenten der Universität für den Unterricht gewonnen. (1985 wurde sie jedoch auch de jure Wirklichkeit.)

Die Krankenpflegehochschule Agnes Karll führt seit Oktober 1961 folgende Lehrgänge durch:

- Leitung des Pflegedienstes einer Station – Dauer drei Monate
- Unterrichtstätigkeit an Krankenpflegeschulen – Dauer ein Jahr, seit 1981 zwei Jahre
- Leitung des Pflegedienstes eines Krankenhauses – Dauer ein Jahr, seit 1981 zwei Jahre.

1978 wurden einjährige Vollzeit- und zweijährige berufsbegleitende Weiterbildungslehrgänge zur/zum Krankenschwester/Krankenpfleger für Gemeindekrankenpflege eingerichtet.

1965 wurde die Krankenpflegehochschule Agnes Karll als Fortbildungsinstitut vom Hessischen Sozialminister staatlich anerkannt. Sie führt den Untertitel „Staatlich anerkanntes Fort- und Weiterbildungsinstitut für Krankenpflege.“

Der Besuch der Lehrgänge steht allen Berufsangehörigen unabhängig von ihrer Verbandszugehörigkeit offen.

Das Bildungszentrum Essen (BZE)

Es stellte sich bald heraus, daß bei der starken Nachfrage nach Fort- und Weiterbildung im Pflegeberuf die Kapazität der Krankenpflegehochschule Agnes Karll in Frankfurt nicht ausreichte. In Essen mußte nach Schließung der Krankenpflegeschule der Landesgruppe Nordrhein-Westfalen des AKV das verbands-eigene Haus einer neuen Bestimmung zugeführt werden und

wurde dem Bundesverband übertragen. 1972 beschlossen der Hauptvorstand und die Delegierten des Agnes Karll-Verbandes, das Haus in Essen als ein zweites zentrales Fortbildungsinstitut des Verbandes zu nutzen.

Der erforderliche Um- und Erweiterungsbau war 1974 beendet. Das „Bildungszentrum Essen“ (BZE) wurde am 29. Mai 1974 vom DBfK seiner Bestimmung, Stätte der fachlichen und menschlichen Begegnung zu sein, übergeben.

Das Kursangebot ist vielseitig. Auch hier ist die Teilnahme nicht an die Mitgliedschaft im DBfK gebunden.

Durchgeführt werden

- Lehrgänge zur Vorbereitung der Teilnehmer für die Leitung des Pflegedienstes einer Station oder Gruppe/Funktionsseinheit mit Aufbaukursen, getrennt für die allgemeine Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Psychiatrie, den Operationsdienst und die Altenpflege
- Berufspädagogische Fachseminare zur Anleitung von Schülern der pflegerischen Berufe in der Berufspraxis
- Seminare Sonder-/Heilpädagogik für Pflegepersonal in Einrichtungen für Behinderte
- Pflege-Fachseminare
- Berufsbegleitende Weiterbildungen für den Operationsdienst
- Berufsbegleitende Weiterbildungen in der Psychiatrie
- Kurzkurse und Informationsseminare mit breitgefächter Thematik
- Schülerseminare
- Internationale Begegnungen
- Arbeitsgespräche zu aktuellen Berufsproblemen.

Ziele, Aktivitäten und Leistungen des DBfK

Die Ziele der BO, des AKV und der DSG wurden vom DBfK übernommen, nur wurden sie neu formuliert. Auch die Aktivitäten werden fortgesetzt, neue kamen hinzu. Anfangs mussten große Schwierigkeiten überwunden werden, die sich aus der neuen Struktur und Arbeitsweise ergaben. Personelle und finanzielle Probleme galt es vorrangig zu lösen, erst danach konnten neue Ideen aufgegriffen und die Verbandsarbeit ausgedehnt werden.

Zu den Zielen des DBfK gehören unter anderem:

- Profilierung des Krankenpflegeberufes als eigenständiger Beruf
- Weiterentwicklung der Krankenpflege in Theorie und Praxis
- Aktualisierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen
- Durchsetzung der staatlichen Anerkennung von Weiterbildungslehrgängen
- Erweiterung der Fachgruppenarbeit
- Intensivierung der Forschung in der Krankenpflege
- Einrichtung einer Krankenpflegekammer
- Verstärkte Mitsprache bei allen berufspolitischen Entscheidungen
- Durchsetzung der gesetzmäßigen Anerkennung der Berufsausübung
- Mitbestimmung bei der Krankenpflegegesetzgebung
- Stärkung des Selbstverständnisses der Berufsangehörigen.

An Aktivitäten und Leistungen werden angeboten:

- Interessenvertretung der Mitglieder im In- und Ausland
- Beratung in allen beruflichen Fragen
- Berufliche Rechtsschutzversicherung für die Mitglieder
- Berufshaftpflichtversicherung für die Mitglieder
- Information durch den Nachrichtendienst und durch die monatlich erscheinende Verbandszeitschrift „Krankenpflege“
- Fort- und Weiterbildungslehrgänge, Fortbildungsveranstaltungen und Seminare zur Weiterentwicklung der Krankenpflege in allen Fachbereichen sowie zur persönlichen und beruflichen Förderung der Berufsangehörigen
- Dokumentation Krankenpflege
- Vermittlung von Einsätzen für die zeitweilige Berufsausübung der Mitglieder im Ausland
- Durchführung von Studienreisen im In- und Ausland
- Beteiligung an internationalen Kongressen und Tagungen auf Grund der Mitgliedschaft im International Council of Nurses
- Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Organisationen, Berufsverbänden und Behörden

- Werbung und Öffentlichkeitsarbeit für die Krankenpflegeberufe
- Veröffentlichung von Fachliteratur
- Übersetzung einschlägiger Fachliteratur ins Deutsche.

Über die angestrebten Ziele und Aktivitäten gibt am besten das „Aktionsprogramm des DBfK der 80er Jahre“ Auskunft.

Aktionsprogramm des DBfK der 80er Jahre

Ein wesentlicher Teil des Programms des Deutschen Berufsverbandes für Krankenpflege (DBfK) für die 80er Jahre soll dazu dienen, seinen Mitgliedern die Bedeutung der praktischen Krankenpflege wieder näherzubringen. Die Rückbesinnung auf die praktische Krankenpflege als Kernstück der eigentlichen Berufstätigkeit kann allein echte Zufriedenheit im Beruf bringen. Krankenpflege bedeutet:

- die körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Bedürfnisse der anvertrauten Menschen zu erkennen und zu beurteilen
- unter Einbeziehung dieses Wissens individuelle und umfassende Pflege zu planen und zu gewährleisten
- pflegerische und therapeutische Handlungen des eigenen Verantwortungsbereiches korrekt auszuführen
- bei der Wiedereingliederung des Kraniken und Behinderten in seinen Lebensraum entscheidend mitzuwirken
- Gesunde und Kranke zu motivieren und anzuleiten, ihre Gesundheit zu erhalten oder wiederzuerlangen
- individuelle Begleitung, Betreuung, Beratung und Versorgung von kranken, behinderten und alten Menschen zu verwirklichen
- mit Menschen aller Altersstufen das Problem des Lebensendes zu erleben und ihnen bei einem würdigen Sterben beizustehen
- für eine positive Zusammenarbeit in der Gruppe verschiedenartiger Gesundheitsberufe zum Wohl des Betreuten zu sorgen
- für eine positive Zusammenarbeit mit den Angehörigen bzw. Bezugspersonen zum Wohle des Patienten zu sorgen.

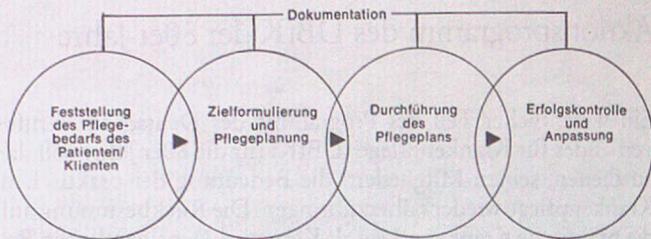
Krankenpflege kann als Dienstleistung am Menschen nur als Ganzes gesehen werden. Das Ausmaß der Pflegeleistungen und die dazu notwendigen Qualifikationen der Pflegekräfte werden allein durch die Pflegebedürftigkeit des Menschen bestimmt. Krankenpflege in diesem Sinne sollte immer geplante und gezielte Pflege sein.

Krankenpflegeprozeß

Geplante und gezielte Krankenpflege wird durch den Krankenpflegeprozeß verwirklicht. Dieser beinhaltet folgende Schritte (siehe graphische Darstellung)

Feststellung des Pflegebedarfs bedeutet:

„Die Ermittlung der Gesundheitsbedürfnisse des Patienten, der Familie oder der Gemeinschaft und die gezielte Auswahl der Bedürfnisse, die am wirksamsten durch pflegerische Betreuung befriedigt werden können.“



Zielformulierung und Pflegeplanung bedeutet:

„Die Pflegekraft legt in Zusammenarbeit mit anderen Angehörigen des Gesundheitsdienstes und den zu Betreuenden das Pflegeziel und den Plan für die Pflegeleistung fest.“

Durchführung des Pflegeplanes bedeutet:

„Der Patient erhält nach Plan und Bedürftigkeit allgemeine oder spezielle Krankenpflege.“

Erfolgskontrolle und Anpassung bedeutet:

„Der Erfolg der Pflegemaßnahmen wird kontrolliert. Die Ergebnisse werden ausgewertet und Pflegemaßnahmen danach angepaßt und ggf. verbessert.“

Dokumentation bedeutet:

„Die Ergebnisse jedes einzelnen Schrittes werden schriftlich fixiert. Nur durch ausreichende Dokumentation werden gezieltes Vorgehen, Kontrolle und Auswertung ermöglicht.“

In dieser Art durchgeführt, wird die Pflegetätigkeit zu einem dynamischen Prozeß, der eine ständige Anpassung und Verbesserung erfährt und so dem Patienten optimale Versorgung garantiert und der Pflegekraft zu einem höheren Maß an Berufszufriedenheit verhilft.

Er erachtet hierfür dezentrale, innerbetriebliche und zentrale, an seinen Institutionen durchgeführte Maßnahmen als notwendig. Der DBfK macht sich zur Aufgabe, durch verstärkte Schulung und Aufklärung seiner Mitglieder für die Notwendigkeit einer so geplanten und organisierten Pflege Verständnis zu wecken.

Krankenpflegeforschung

Um die Krankenpflege ständig der Entwicklung anzupassen und wenn nötig zu verbessern, muß auch in der Krankenpflege durch die eigene Berufsgruppe Forschung betrieben werden.

Der DBfK wird sich einsetzen für die Förderung, Unterstützung und Durchführung solcher Forschungsprojekte, die das Wissen in der Krankenpflege erweitern und zur Verbesserung von Krankenpflegepraxis und Krankenpflegemanagement beitragen.

gen, insbesondere im Hinblick auf die Betreuungsleistungen nach den Vorstellungen des Krankenpflegeprozesses.

Der DBfK wird auch an den eigenen Institutionen Krankenpflegeforschung fördern und durchführen.

Ausbildung

Die Ausbildung in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege, der Altenpflege und der Krankenpflegehilfe muß ständig den wechselnden Anforderungen angepaßt und verbessert werden.

Der DBfK wird dafür Sorge tragen, daß

- bestehende Ausbildungsprogramme ständig überarbeitet, neu überdacht und korrigiert werden
- für ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Theorie und Praxis gesorgt wird
- Rahmenbedingungen für die Ausbildung den Bedürfnissen der Schüler angepaßt sind
- den Schülern die Möglichkeit gegeben wird, Krankenpflege in richtiger Art zu lernen, zu erfahren und einzuüben, so daß berufliches Selbstverständnis gefördert wird.

Fortbildung

Für alle Krankenpflegekräfte sollte Fortbildung zur Pflicht werden. Der DBfK fordert, daß

- jeder Mitarbeiter das Recht auf Fortbildung erhält, um die Pflege ständig den neuesten pflegerischen Erkenntnissen anzupassen
- bei regelmäßiger gezielter Fortbildung des einzelnen eine tarifliche Anhebung die Folge ist.
- Daraus ergibt sich, daß
- ein Bildungsurlaub für alle gefordert werden muß
- die Fortbildungsangebote des DBfK zentral und dezentral zur Verfügung gestellt werden
- die Fortbildungsangebote des DBfK ständig den neuesten pflegerischen Erkenntnissen angepaßt werden müssen.

Weiterbildung

Weiterbildung dient der fachspezifischen Qualifikation des einzelnen. Wo die Grundausbildung nicht mehr ausreicht und eine Vertiefung von Spezialkenntnissen notwendig wird, sollen entsprechende Weiterbildungsgänge durch den DBfK entwickelt werden, ohne die Aufsplittung in einzelne pflegerische Fachbereiche unnötig zu verstärken. Weiterbildungsgänge sollen weiterhin an den eigenen Instituten erprobt, durchgeführt und neue Modelle entwickelt werden.

Der DBfK setzt sich dafür ein, daß

- Teilnehmer der Weiterbildungsgänge weiterhin eine angemessene staatliche Förderung erhalten
- Weiterbildungsgänge staatlich anerkannt werden
- Weiterbildungsgänge in den einzelnen Bundesländern einheitlich geregelt werden.

Arbeitsbedingungen

Der DBfK fordert humane Arbeitsbedingungen für alle in der Pflege Tätigen. Dazu muß folgendes gewährleistet werden:

- Der Personalstand muß ständig an die Erfordernisse der modernen Patientenversorgung und der Betreuung der Bevölkerung in der Gemeinde angepaßt werden.
- Die Arbeitszeiteinteilung muß für Patienten und Mitarbeiter tragbar sein.
- Sollte es zu einer Verkürzung der Arbeitszeit kommen, muß die Zumutbarkeit für den Patienten sowie die Arbeitsverteilung und Arbeitsbelastung für den einzelnen berücksichtigt werden.

Vergütung

Gemessen an der in der Pflege getragenen Verantwortung hält der DBfK die Vergütung für ausgebildete Mitarbeiter in der Krankenpflege und Altenpflege grundsätzlich für zu gering und fordert eine generelle Erhöhung. Darüber hinaus setzt er sich für eine der zu erbringenden Leistung entsprechende Eingruppierung innerhalb des Tarifgefüges ein.

Mitgliedervertreitung

Der DBfK wird auch weiterhin die Meinung seiner Mitglieder aufgreifen und Meinungsbildung betreiben. Er wird den Willen seiner Mitglieder regionalen und überregionalen Gremien gegenüber vertreten und zu allen relevanten Themen der Gesundheitspolitik Stellungnahmen abgeben.

Der DBfK wird danach streben, seine Mitwirkung bei allen die Krankenpflege betreffenden Entscheidungen in gesundheitspolitischen Gremien und entsprechenden Institutionen auszuweiten und mehr Mitspracherecht zu erlangen. Um den gezielten fachlichen Interessen seiner Mitglieder besser gerecht werden zu können, bietet der DBfK ihnen verstärkt die Möglichkeit, sich in Fachgruppen innerhalb des Verbandes zusammenzuschließen.

In ihrer beruflichen Tätigkeit will der DBfK seinen Mitgliedern durch fachgerechte juristische Beratung und Information mehr Rechtssicherheit bieten. Dazu werden auch Arbeitsrechtsschutz

und Berufshaftpflicht den ständig wechselnden Bedingungen angepaßt.

Öffentlichkeitsarbeit

Der DBfK wird sich verstärkt für notwendige Information der Öffentlichkeit über den Krankenpflegeberuf einsetzen und gleichzeitig mehr Nachwuchswerbung betreiben.

Kontakte zu allen Berufsorganisationen in der Krankenpflege und zu anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen sollen weiterhin gepflegt und ausgebaut werden.

Der DBfK macht es sich auch in Zukunft zur Aufgabe, Veröffentlichungen zu aktuellen Themen herauszugeben, Literatur zur Krankenpflege und Gesundheitsvorsorge zu veröffentlichen und entsprechende Fachliteratur zu übersetzen.

Die internationalen Verbindungen des DBfK auf europäischer und außereuropäischer Ebene müssen verstärkt genutzt und weiter ausgebaut werden.

Gesundheitsvorsorge

Gesundheitserziehungs- und -beratungsprogramme mitzustalten und durchzuführen, muß in die Aufgabengebiete der nächsten Dekade miteinbezogen werden. Entsprechende Trends müssen erkannt und neueste Erkenntnisse auf diesem Gebiet den Fort- und Weiterbildungsangeboten der verbands-eigenen Institute integriert werden.

Mit dem vorliegenden Programm will der DBfK dafür Sorge tragen, daß das berufliche Selbstverständnis aller Pflegekräfte gefördert und das Selbstbewußtsein im Verantwortungsbereich der Krankenpflege gestützt wird.

Ausblick

Die Krankenpflege in ihrer ganzen Breite mit zu prägen und mit zu formen ist die Verpflichtung und Verantwortung des DBfK für die Zukunft. Dazu braucht er auch weiterhin Persönlichkeiten, die wichtige Entwicklungen auslösen und entscheidende Leistungen vollbringen, Menschen, die auf dem Boden der Realitäten bleiben und erkennen, was von dem vielen Erstrebenswerten machbar ist, was dagegen nur Utopie bleiben kann. Erforderlich ist Reformfreudigkeit, aber ebenso Traditionsbewußtsein. Die Mitglieder des Verbandes erwarten eine lebendige, zielbewußte und besonnene Berufspolitik. Ein föderativ aufgebauter Verband wie der DBfK mit seinen stark ausgebauten regionalen Selbstverwaltungen hat Vorteile. Die Chancen der demokratischen Mitwirkung sind vielfach, örtliche und regionale Initiativen können in großem Umfang wirksam werden.

Aber es gibt wie überall auch Nachteile: Starke regionale Selbstverwaltungen können ein Sich-auseinander-Entwickeln begünstigen. Ist dieser Nachteil jedoch erkannt, kann er auch vermieden werden, indem das gesamtverbandliche Bewußtsein weiterhin stark genug gefördert wird – in den Regionalverbänden ebenso wie im Gesamtverband. Wie in jeder starken Interessenvertretung können kurz-, mittel- und langfristige Schwerpunktprogramme nur gemeinsam erstellt und die Arbeit konsequent koordiniert werden. Nur dann liegt eine überzeugende Durchsetzungskraft trotz aller Schwierigkeiten im Bereich des Möglichen.

Die Struktur dieses nationalen Verbandes, der konfessionell und parteipolitisch nicht gebunden ist, ermöglicht allen Berufsangehörigen die Mitgliedschaft als Einzelperson oder als Gruppe, auch denen, die schon einem anderen Verband angehören. Keiner sollte abseits stehen, jeder hat das Recht der Mitsprache. Aber der Sinn für die Überlegenheit der Gemeinschaft vor dem einzelnen – der Einzelperson oder der einzelnen Gruppe – und die Bereitschaft, sich von der Gemeinschaft tragen zu lassen, ohne sich selbst aufzugeben, und in der Gemeinschaft auch selbst mitzutragen und an dieser Aufgabe zu wachsen, das Vertrauen zu stärken in die unerlässliche Zusammenarbeit und in die verbindende Kraft gemeinsamer Interessen – dieser Sinn muß gestärkt und weiterentwickelt werden.

Es bleibt zu wünschen, daß der DBfK auch künftige Generationen miteinander verbinden wird und daß die gemeinsame Arbeit aller in den nächsten Jahrzehnten den Kranken- und Kinderkrankenschwestern, den Krankenpflegern, Krankenpflegehelferinnen und -helfern sowie den Altenpflegerinnen und -pflegern die Chance gibt, in der Krankenpflege ihre berufliche Erfüllung zu finden und zu erhalten.

Aktualisierung – Stand November 1988

Bei der 18. Delegiertenversammlung des DBfK am 13./14.5.1988 wurde eine neue Satzung beschlossen. Gleichzeitig wurden die Satzung modernisiert, ein einheitlicher Rahmen für die Satzungen aller Regionalverbände geschaffen und die Verbandsbezeichnungen „Bundesverband“ und „Landesverbände“ eingeführt.

Die Satzungsänderungen ermöglichen eine engere Verzahnung zwischen Bundesverband und Landesverbänden. Auf Bundesebene wurde ein Beirat neu geschaffen, der die demokratische Zusammenarbeit aller Beteiligten weiter intensivieren soll. Zu den auf Seite 43 genannten Fachgruppen kam die Fachgruppe „Anästhesie und Intensivpflege“ (A + I) hinzu. Sie konstituierte sich 1986. Die Fachgruppe „Gemeindekranenkpflege“ wurde in Fachgruppe „Ambulante Krankenpflege“ umbenannt.

Die seit 1978 bestehende „Sektion Schüler“ fand 1988 den neuen Namen „subcutan“. Den gleichen Titel führt auch das Informationsblatt dieser Schülergruppe.

Die einzelnen Fachgruppen im DBfK treffen sich in Zentralen Arbeitsgruppen ca. viermal jährlich. Jede Fachgruppe hat einen Koordinator (Vorstandsmitglieder, Geschäftsführer, Dozenten der Krankenpflegehochschule Agnes Karll und des Bildungszentrums Essen).

Außer in den Fachgruppen treffen sich Mitglieder des DBfK, die an bestimmten Themenschwerpunkten innerhalb der Krankenpflege interessiert sind oder die im Auftrag des Vorstandes bestimmte Arbeitsaufträge übernommen haben, in Arbeitsgruppen. Die Koordination wird überwiegend von hauptamtlichen Mitarbeitern des DBfK wahrgenommen. Es bestehen folgende Arbeitsgruppen:

- AIDS
- Berufsbild
- EDV / Informatik
- Friedensarbeit
- Krankenpflegeforschung
- Tarifpolitik.

Von all diesen Fachgruppen und Arbeitsgruppen geht eine Vielzahl von Impulsen aus, die der Krankenpflege als Berufsgruppe und dem einzelnen Berufsangehörigen, aber auch darüber hinaus der Gesellschaft zugute kommen.

Veröffentlichungen des DBfK

UB Osnabrück

700



4665 - 165 9

Broschüre „DBfK Entwicklung – Zielsetzungen – Aktivitäten 1903 – 1983“

Arbeitsbuch „Anleitung zur Pflegeplanung und Pflegedokumentation“ (Renate Reimann)

Berufsbild Krankenpflege, erarbeitet vom DBfK

Fachzeitschrift KRANKENPFLEGE

Broschüre „Agnes Karll – ihr Leben und Wirken“

Broschüre „Krankenbeobachtung“

Broschüre „Die Entwicklung des Krankenhauswesens in der Geschichte“

Hessischer Lernzielkatalog Krankenpflege

Hessischer Lernzielkatalog Kinderkrankenpflege

Broschüre „Grundregeln der Krankenpflege“ (ICN)

Einführung in den Weltbund der Krankenschwestern und -pfleger (ICN)

Broschüre „ICN – Aufbau, Ziele, Arbeitsprogramm“

Grundsatzklärung des ICN

Gelübde (Florence Nightingale)

Gelöbnis (Gwenyth E. Woodberry)

Berufsethik der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN)

Studienhefte

- „Strukturmodell des Unterrichts“
- „Krankenhausbetriebslehre“
- „Praktischer Einsatz von Krankenpflegeschülern in der Gemeinde“
- „Sterbebegleitung in der Familie“
- „Gesundheit – Krankheit, was können wir tun? Bewegung und Bewegungslernen“
- „Gestaltung schriftlicher Arbeiten“
- „Mündliche Prüfungen“
- „Probleme von Pflegepersonal bei der Betreuung todkranker Kinder“

Sonderdrucke AIDS 1987 / AIDS 1988