

# **PROFESSIONALISIERUNG DER PFLEGE**

## **Die Sicht von Pflegenden in der Praxis**

**Eine qualitative Untersuchung zu Wahrnehmung und Einschätzung  
ausgewählter Professionalisierungsaspekte durch Pflegende in Wien.**

**Diplomarbeit**

**zur Erlangung des akademischen Grades**

**Magistra rerum socialium oeconomicarumque (Mag<sup>a</sup>. rer. soc. oec.)**

**Magistra der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften**

**an der**

**Human- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät**

**der Universität Wien**

**eingereicht von**

**Ingrid Spicker**

**Wien, Mai 2001**

# INHALT

<b>VORWORT</b> .....	<b>6</b>
<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>8</b>
<b>Einführung in die Thematik und Problemstellung</b> .....	<b>8</b>
<b>Ziel der Arbeit</b> .....	<b>12</b>
<b>Zentrale Forschungsfragen</b> .....	<b>12</b>
<b>Aufbau der Arbeit</b> .....	<b>13</b>

## THEORETISCHER TEIL

<b>1 Theoretische Ansätze zu Professionalisierung</b> .....	<b>16</b>
<b>1.1 Begriffliche Klärungen</b> .....	<b>16</b>
1.1.1 Zum Begriff <i>Professionalisierung</i> .....	16
1.1.2 Zu den Begriffen <i>Arbeit</i> und <i>Beruf</i> .....	18
1.1.3 Zum Begriff <i>Profession</i> .....	19
<b>1.2 Traditionelle Professionalisierungsansätze</b> .....	<b>21</b>
1.2.1 Professionalisierungsansätze auf der Makroebene .....	21
1.2.1.1 Merkmalsorientierte Ansätze.....	21
1.2.1.2 Prozessuale Ansätze .....	22
1.2.1.3 Machttheoretische Ansätze.....	24
1.2.1.4 Systemtheoretische Ansätze .....	25
1.2.2 Professionalisierungsansätze auf der Mikroebene.....	26
1.2.2.1 Kompetenzorientierte Ansätze .....	27
1.2.2.2 Subjektorientierte Ansätze.....	27
<b>1.3 Neuere Ansätze zu Professionalisierung der Pflege</b> .....	<b>28</b>
1.3.1 Feministische Ansätze .....	28
1.3.2 Professionalisierung unter der Perspektive von Akademisierung und Qualifizierung .....	31
1.3.3 Modernisierung oder Professionalisierung? .....	34
<b>2 Was heißt Pflege?</b> .....	<b>36</b>
<b>2.1 Historischer Abriss der Berufsentwicklung</b> .....	<b>36</b>
<b>2.2 Zum Begriff <i>Pflege</i></b> .....	<b>39</b>
<b>2.3 Berufliches Selbstverständnis</b> .....	<b>41</b>
<b>Exkurs: Zwei theoretische Konzepte der Pflege</b> .....	<b>44</b>
<b>2.4 Wandel der Anforderungen an die Pflege</b> .....	<b>48</b>

2.5	<b>Zum Wandel in der Pflegepraxis .....</b>	<b>51</b>
2.5.1	Drei Konzepte zur Umsetzung von Veränderungen.....	52
2.5.2	Drei idealtypische Rollen im Wandel.....	53
<b>3</b>	<b>Akademisierung und Professionalisierung der Pflege in Österreich.....</b>	<b>54</b>
3.1	<b>Wesentliche Entwicklungen.....</b>	<b>54</b>
3.2	<b>Zwei aktuelle Strategien im Professionalisierungsprozess .....</b>	<b>62</b>
3.2.1	Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) BGBl 1997/108 .....	62
3.2.1.1	Vorarbeiten zum neuen Berufsgesetz .....	62
3.2.1.2	Wichtigste Änderungen .....	63
3.2.1.3	Entwicklungschancen oder Grenzen für die Pflegepraxis? .....	67
3.2.2	Entwicklung einer Studienrichtung „Pflegerwissenschaft“ .....	69
3.2.2.1	Allgemeine Voraussetzungen .....	69
3.2.2.2	Einrichtung von pflegewissenschaftlichen Studienangeboten .....	70
3.3	<b>Gesellschaftliche und innerberufliche Barrieren .....</b>	<b>74</b>
3.4	<b>Mitgestaltung im Pflegeberuf .....</b>	<b>75</b>
<b>4</b>	<b>Das pflegerische Handlungsfeld Krankenhaus.....</b>	<b>78</b>
4.1	<b>Untersuchungsspezifischer Kontext – Arbeiten an einer Universitätsklinik... 84</b>	<b>84</b>
4.2	<b>Die Normalpflegestation .....</b>	<b>86</b>
4.3	<b>Die Intensivpflegestation.....</b>	<b>88</b>
<b>5</b>	<b>Das pflegerische Handlungsfeld Hauskrankenpflege.....</b>	<b>91</b>

## **UNTERSUCHUNGSTEIL**

<b>6</b>	<b>Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.....</b>	<b>96</b>
<b>7</b>	<b>Methodisches Vorgehen .....</b>	<b>97</b>
7.1	<b>Begründung der Methodenwahl .....</b>	<b>97</b>
7.2	<b>Auswahl der Untersuchungsgruppen .....</b>	<b>99</b>
7.3	<b>Zugang zu den InterviewpartnerInnen .....</b>	<b>100</b>
7.4	<b>Datenerhebung.....</b>	<b>101</b>
7.4.1	Das problemzentrierte Interview .....	101
7.4.2	Der Interviewleitfaden.....	102
7.5	<b>Datenauswertung.....</b>	<b>104</b>
7.5.1	Thematisches Kodieren .....	104

<b>8</b>	<b>Darstellung der Ergebnisse.....</b>	<b>106</b>
<b>8.1</b>	<b>Allgemeine statistische Angaben .....</b>	<b>106</b>
<b>8.2</b>	<b>Subjektive Vorstellungen zum Begriff „Professionalisierung“ .....</b>	<b>108</b>
<b>8.3</b>	<b>Wahrnehmung und Einschätzung der Professionalisierungsdiskussion.....</b>	<b>115</b>
8.3.1	Die BefürworterInnen.....	115
8.3.2	Die SkeptikerInnen .....	116
8.3.3	Die Überforderten.....	117
<b>8.4</b>	<b>Berufliches Selbstverständnis.....</b>	<b>118</b>
<b>8.5</b>	<b>Einschätzung des Berufsgesetzes durch die Pflegenden .....</b>	<b>120</b>
8.5.1	Das Gesetz als „rechtliche Absicherung“ .....	122
8.5.2	Das Gesetz als „Beschneidung der pflegerischen Tätigkeit“ .....	123
8.5.3	Das Gesetz als „Chance für Weiterentwicklung“ .....	124
<b>8.6</b>	<b>Wahrnehmung von Auswirkungen des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation auf die eigene Arbeit .....</b>	<b>126</b>
8.6.1	Allgemeine Problembereiche in der Umsetzung des Pflegeprozesses .....	126
8.6.2	Wahrnehmung spezifischer Problembereiche .....	128
8.6.2.1	Wissens- und Steuerungsdefizite.....	128
8.6.2.2	Mangelnde Identifikation .....	129
8.6.2.3	Unterschiedliche Interessen im Team .....	131
8.6.2.4	Die „Scheu vorm Niederschreiben“ .....	132
8.6.2.5	Vier Strategien des Umgangs mit Problemen.....	132
<b>8.7</b>	<b>Abgrenzung oder Zusammenarbeit – oder beides? .....</b>	<b>136</b>
8.7.1	Die „fließenden Grenzen“ .....	136
8.7.2	„Es artet derzeit eigentlich total in Konkurrenz aus“ .....	137
8.7.3	„Es reicht nicht, nur für die Pflege zu denken ...“ .....	138
8.7.4	„Jeder Beruf braucht irgendwie eine Abgrenzung“ .....	139
<b>8.8</b>	<b>Wahrnehmung von Einschränkungen der Eigenständigkeit .....</b>	<b>140</b>
8.8.1	Einschränkungen durch die Medizin .....	141
8.8.2	Einschränkungen durch Arbeitsorganisation und „Stationsbrauch“ .....	141
8.8.3	Einschränkungen durch fehlende politische Entscheidungen .....	143
<b>8.9</b>	<b>Der „mitverantwortliche Tätigkeitsbereich“ – ein geklärtes Verhältnis zwischen Pflege und Medizin? .....</b>	<b>144</b>
8.9.1	Einschätzung der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen .....	144
8.9.1.1	Die Bedeutung der „persönlichen Beziehung“ und des „Aushandelns“ ...	145
8.9.1.2	Die Bedeutung des beruflichen Selbstverständnisses.....	147
8.9.1.3	Die Bedeutung von Diskussion und Selbstbewusstsein .....	148
8.9.2	Zwei typische Problembereiche in der Zusammenarbeit .....	151
8.9.2.1	Die schriftliche ärztliche Anordnung .....	151
8.9.2.2	Die „Graubereiche“ .....	153
8.9.3	(Neues?) Konfliktpotenzial.....	155
<b>8.10</b>	<b>Wahrgenommene Unterstützung von Stations- und Pflegedienstleitung.....</b>	<b>158</b>
8.10.1	„... dass die eigenen Leute so einen Druck ausüben ..“ .....	158
8.10.2	Führungskräfte – die „feindliche Seite“ .....	159
8.10.3	„Echte Veränderung wird von oben gar nicht gewollt ..“ .....	159

<b>8.11 Fort- und Weiterbildung – ein autodidaktisches Unterfangen? .....</b>	<b>160</b>
8.11.1 Einschätzung der Fortbildungsmöglichkeiten .....	160
8.11.2 Zwei Strategien des Umgangs .....	163
<b>8.12 Wahrgenommene berufliche Perspektiven – drei Fallbeispiele .....</b>	<b>164</b>
<b>ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE .....</b>	<b>168</b>
<b>DISKUSSION .....</b>	<b>174</b>
<b>ANHANG .....</b>	<b>176</b>
<b>LITERATUR .....</b>	<b>179</b>

## VORWORT

Meine Motivation, mich mit der Thematik Professionalisierung des Pflegeberufs auseinanderzusetzen, wurzelt in meiner ehemaligen Berufstätigkeit als Gesundheits- und Krankenschwester. In vielen Gesprächen habe ich auch nach meiner beruflichen Tätigkeit mit KollegInnen die unterschiedlichsten Aspekte der Veränderungen des Berufsfelds und deren Auswirkungen auf die tägliche pflegerische Arbeit diskutiert. Seitdem gilt mein Interesse den Professionalisierungstendenzen im Beruf und im Besonderen der Frage, wie diese Diskussion in der Pflegepraxis wahrgenommen wird. Ein Gespräch mit Herrn Univ. Prof. Dr. R. Forster hat mich ermutigt, die subjektive Sichtweise der BerufsinhaberInnen zum Gegenstand einer qualitativen Untersuchung im Rahmen meiner Diplomarbeit zu machen.

Der Weg dieser Arbeit war längere Zeit gekennzeichnet durch allzu hoch gesteckte Ziele und mangelndes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, auf der anderen Seite beinhaltete er große Neugierde am qualitativen Forschungsvorgehen und nicht zuletzt die Erfahrung, dass eine derartige Arbeit vor allem einen reichhaltigen Lernprozess darstellt. Die Wahl des „persönlichen Themas“ stellte sich im Laufe der Arbeit als nicht ganz unkompliziert heraus. Im Rückblick auf meine eigenen beruflichen Erfahrungen gelang es nicht immer, kühlen Kopf zu bewahren. Ich musste mehrmals einen Schritt zurücktreten, um das Thema wieder aus der nötigen Distanz betrachten zu können.

Einige Menschen haben zum Zustandekommen dieser Arbeit besonders beigetragen. Mein Dank gilt allen voran meinen Eltern und meiner Schwester Judith, die mich durch finanzielle Zuschüsse und das Vertrauen in mich und meine Arbeit gefördert haben. FreundInnen waren mir durch ihre besondere Art der Unterstützung eine große Hilfe.

Ganz besonders danke in den Schwestern und Pflegern, die sich für die Interviews zur Verfügung gestellt haben. Durch ihre Bereitschaft, über sich und ihren Beruf zu sprechen, haben sie wesentlich zum Gelingen meines Vorhabens beigetragen.

Mein Dank gilt auch Herrn Univ. Prof. Dr. R. Forster für die immer motivierende und kritische Betreuung und für die Begutachtung dieser Arbeit sowie Frau Univ. Doz. Dr. I. Eisenbach-Stangl und den KollegInnen im DiplomandInnenkonversatorium für inhaltliche Anregungen, erhellende Diskussionen und gute Tipps.

Wien, Mai 2001

Ingrid Spicker

# **EINLEITUNG**

## **Einführung in die Thematik und Problemstellung**

Der Pflegeberuf ist gegenwärtig mit Entwicklungen konfrontiert, durch die eine grundsätzliche Neuorientierung des Berufs eingeleitet werden soll: die traditionelle Auffassung von Pflege als „Heilhilfsberuf“ weicht der Auffassung, dass Pflege als eigenständiger „professioneller“ Dienstleistungsberuf, der auf der Basis eigener wissenschaftlicher Konzepte und Instrumente handelt, anerkannt werden muss.

Fast alle Entwicklungen der letzten Jahre im Berufsfeld werden unter dem Stichwort „Professionalisierung der Pflege“ diskutiert. Ganz allgemein ist unter dem Begriff „Professionalisierung“ ein Prozess zu verstehen, in dessen Verlauf einzelne Berufe die gesellschaftliche Anerkennung als Profession zu erlangen suchen. Zunehmende Verwissenschaftlichung und das Streben nach Eigenständigkeit eines Berufs kennzeichnen diesen Prozess, der „(..) unter Einsatz spezifischer Strategien, wesentlich von den Angehörigen der jeweiligen Berufe selbst bzw. von deren Verbänden (..) vorangetrieben wird“ (Schmitt 1992, 147). Mit der Aufwertung eines Dienstleistungsberufs zur Profession gehen in der Regel längerfristig auch höheres Prestige, größerer Einfluss und überdurchschnittliches Einkommen einher. Für den Pflegeberuf könnte eine derartige Entwicklung vor allem auch eine Emanzipation von der Profession Medizin und eine gleichwertigere Position innerhalb des Gesundheits- und Versorgungssystems bedeuten.

Die problematischen Folgen einer Professionalisierung werden in der Diskussion meist weniger beachtet. Blane (1991; zit. nach Forster 2000, 64) nennt insbesondere: die Dominanz etablierter Professionen über andere Berufsgruppen und die damit verbundene Behinderung von Teamwork und Interdisziplinarität; die Machtdifferenz zu den KlientInnen, die einer effektiven Kommunikation und Kooperation im Wege steht; die interessengeleitete Einflussnahme auf die Gestaltung des gesamten Dienstleistungssektors, die zur systematischen Unterentwicklung von alternativen Problemlösungsansätzen führen kann.

Auch in der österreichischen Krankenpflege lässt sich seit einigen Jahren eine Entwicklung beobachten, die im Kontext von Professionalisierung gesehen werden muss. Bemühungen, Pflege als Wissenschaft zu institutionalisieren und dadurch eine theoretische Fundierung der Pflegepraxis zu ermöglichen, lassen sich in Österreich verstärkt seit Ende der 1980er Jahre identifizieren und wurzeln im Wandel der Anforderungen an die Pflege und in einem sich ändernden Berufsbild (vgl. dazu beispielsweise Seidl 1990, 1993; Berner/Zapotoczky 1992; Heller/Schaeffer/Seidl 1995; Steppe 2000b). Dennoch rangieren die Pflegeberufe bis heute „im unteren Bereich der Berufshierarchie, auch Status, Arbeitsbedingungen und Ausbildungsniveau der Pflegeberufe blieben weitgehend unverändert, was zu wachsender Unzufriedenheit, mangelnder Berufsattraktivität sowie kurzer Berufsverweildauer geführt hat“ (Moers 1994, 160).

Im internationalen Vergleich lässt sich für Österreich in Sachen Professionalisierung der Pflege ein Nachholbedarf feststellen: Ihre Anfänge wurden vor zirka 100 Jahren in den USA und vor zirka 50 Jahren in Großbritannien gelegt. Andere europäische Länder blicken auf 30 Jahre Erfahrung zurück, Deutschland etwa auf 10 Jahre (Moers 2000, 72). Als Gründe für die langsame Entwicklung hierzulande wurden und werden insbesondere „die Zersplitterung der Interessen, eine geringe Fähigkeit zur Solidarisierung, Divergenzen zwischen den verschiedenen Gruppen innerhalb der Pflege, ein Verhaftetbleiben am klassischen Bild der ‚mütterlichen Pflege‘, ein unterentwickeltes Frauenbewusstsein und die Abhängigkeit von der übermächtigen Medizin“ angeführt (Heller 1993, 62).

Zu Dynamik in der österreichischen Entwicklung haben in jüngster Zeit vor allem zwei Neuerungen geführt:

- die Einführung des *Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 1997*, das der Pflege erstmals einen autonomen Handlungsraum zugesteht; damit verbunden eine *Ausbildungsreform*, die durch neue Lehrinhalte in der Grundausbildung den veränderten Anforderungen an die Pflege Rechnung tragen soll
- die Einführung des „*Individuellen Diplomstudiums Pflegewissenschaft*“ im Wintersemester 1999/2000 an der Universität Wien, in dessen Rahmen theoretisches pflegerisches Wissen erarbeitet und weiterentwickelt werden soll

Die Frage, ob dies *Teilergebnisse* in einem Professionalisierungsprozess oder *Strategien* hin zu einer erst beginnenden Professionalisierung sind, soll hier nicht erörtert werden. Tatsache ist, dass die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen im Zuge dieser Um- und Neugestaltungen mit Anforderungen konfrontiert ist, die in der beruflichen Praxis ihre Wirkung entfalten bzw. dort umgesetzt werden sollen. So bietet beispielsweise das neue Berufsgesetz erweiterten Handlungs- und Selbstständigkeitsspielraum („Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich“) der auch erweiterte Verantwortungsübernahme der einzelnen Pflegekraft beinhaltet; die gesetzlichen Regelungen stellen die Pflegenden aber nun auch vor Aufgaben (z. B. Mitwirkung an der Pflegeforschung, Gesundheitsförderung, Beratungstätigkeiten u. a.), die sowohl hinsichtlich der erforderlichen Qualifikation als auch hinsichtlich der praktischen Durchführung neue Problembereiche entstehen lassen.

In der Diskussion um Professionalisierung wird meist von „dem Krankenpflegeberuf“ und „der Pflege“ gesprochen. Dadurch entsteht der Eindruck, die Pflegenden des gesamten Berufsstandes treten als homogene Gruppe mit gleichen Arbeitsanforderungen und mit gleichen Interessen, nämlich die Pflege zu professionalisieren, auf. Tatsache hingegen ist, dass der Krankenpflegeberuf stark zersplittert ist, und in der Praxis kaum von einem einheitlichen Berufsverständnis und sich deckenden Interessen ausgegangen werden kann (vgl. beispielsweise Moers 2000; Bischoff 1997; Schneider 1996; Schober 1994).

Die berufliche Inhomogenität zeigt sich *horizontal* durch die unterschiedlichen Tätigkeitsfelder (Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege, Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Hauskrankenpflege) und die zunehmende Tendenz zur Spezialisierung (Intensiv-, Anästhesie-, Dialysepflege, OP-Pflege, Hygiene- und StomaexpertInnen u. a.); *vertikal* wird die Inhomogenität insbesondere durch die innerberufliche Hierarchie (Stations-, Klinik- und Pflegedienstleitungen) sichtbar. Mit der Differenzierung in akademisch und nicht-akademisch ausgebildete Pflegekräfte, und in diese Richtung zeigt die derzeitige Entwicklung, entsteht ein weiteres Risiko, das die ohnehin prekäre berufliche Einheit schwächen könnte (Moers 2000, 78).

Die Zersplitterung des Berufs, das uneinheitliche Berufsverständnis und die ungleichen Interessen sind Faktoren, die schwerwiegende Barrieren im Professionalisierungsprozess

darstellen können, da beruflich einheitliches Vorgehen und breite Akzeptanz der Professionalisierungsstrategien, vor allem in der Pflegepraxis, für den Erfolg essenziell sind. Wenn als Ausgangspunkt meiner Überlegungen die Pflegebasis als wichtiges Glied im Professionalisierungsprozess gesehen wird, dann sind die Bereitschaft *und* die Möglichkeiten der Pflegekräfte in der Praxis, diesen Prozess mitzugestalten, wesentliche Faktoren für ein Gelingen der Professionalisierung des gesamten Berufs. Wird eine derartige Entwicklung nicht anerkannt und mitgetragen, ist meiner Ansicht nach eine Professionalisierung des Berufsstandes zum Scheitern verurteilt. „Professionelle“ Pflege erfordert eben auch eine bestimmte Haltung der Pflegenden und ein danach ausgerichtetes Handeln. Erhöhtes Interesse an Selbstständigkeit, Verantwortung und Mitgestaltung, und die Erweiterung des beruflichen Aufgaben- und Selbstverständnisses sind unabdingbar im Professionalisierungsprozess.

Bei Durchsicht der Literatur zum Thema fällt auf, dass die subjektive Perspektive der Pflegenden, ihr „(mit)gestaltender“ Anteil am Professionalisierungsprozess, kaum thematisiert wird und Forschungsergebnisse zu diesem Aspekt fast vollständig fehlen. Vereinzelt finden sich in der Diskussion zwar Hinweise darauf, dass Professionalisierungsstrategien (z. B. Studium Pflegewissenschaft) auf „breite Akzeptanz“ treffen und das „Echo in der Berufsgruppe sehr gut“<sup>1</sup> ist; dass zwar „Ängste bei den Pflegepersonen“ bestünden, es aber gelte, „diese so rasch als möglich abzubauen“<sup>2</sup>. Belege, woraus auf das „positive Echo“ bzw. die „Ängste“ innerhalb der Berufsgruppe geschlossen wird, werden nicht genannt. Ebenso wenig werden konkrete strategische Möglichkeiten angeführt, wie etwaigen „Ängsten“ begegnet werden könnte. Damit stellt sich die Frage, inwieweit „Akzeptanz“ der eingeschlagenen Professionalisierungsstrategien und „Angst“ vor konkreten Veränderungen bei Pflegenden in der Praxis tatsächlich bestehen, und welche Bedeutung dies für eine Professionalisierung des Berufs haben kann.

---

<sup>1</sup> Univ.-Doz. Dr. E. Seidl, Abteilung Pflegeforschung Wien, am Symposium „Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich“ am 28. April 2000 in Wien

<sup>2</sup> Ch. Staudinger, Generaloberin, Wiener Krankenanstaltenverbund, am o. g. Symposium

## **Ziel der Arbeit**

Mein Anliegen mit dieser Arbeit ist, sowohl den gegenwärtigen österreichischen Weg der Professionalisierung im Pflegebereich aufzuzeigen, als auch das subjektive Erleben der BerufsinhaberInnen in der Praxis zu berücksichtigen. Ihre Wahrnehmung und Einschätzung der Veränderungen, sowohl betreffend des gesamten Berufsfeldes als auch hinsichtlich der konkreten neuen Anforderungen in der Pflegepraxis, soll in den Mittelpunkt gerückt werden. Diese subjektive Sichtweise ist wichtig, weil jene Perspektive miteingeschlossen wird, die letztlich das abstrakte Konstrukt „Professionalisierung“ in Handeln umsetzen soll.

Derartige Beschreibungen „aus Sicht der Praxis“ können überdies helfen, die berufliche Realität des Pflegebereichs weiter zu erhellen. Wenn Professionalisierung als prozesshaftes Geschehen angesehen wird, so stellt die vorliegende Arbeit eine Art Momentaufnahme dar. Sie scheint mir zum gegebenen Zeitpunkt besonders wichtig, um Professionalisierungspotenziale bzw. –barrieren innerhalb des Berufsfelds auszumachen und sie in adäquater Weise zu berücksichtigen. Ich hoffe, damit einen Beitrag zur laufenden Fachdiskussion zu leisten, der durch die Einbeziehung der Perspektive der Pflegenden in der Praxis auch eine differenziertere Betrachtung der derzeitigen Professionalisierungsstrategien ermöglichen soll.

## **Zentrale Forschungsfragen**

Aus dem oben beschriebenen Problemzusammenhang ergaben sich letztendlich jene Fragen, die mich zu einer systematischen Auseinandersetzung mit dem Thema motivierten. Mein Hauptinteresse richtet sich darauf, Informationen darüber zu erhalten, wie bestimmte Strategien im Professionalisierungsprozess auf Ebene der BerufsinhaberInnen erlebt werden und wie mit neu gestellten Anforderungen umgegangen wird. Dies möchte ich am Beispiel der Sichtweise von weiblichen und männlichen Pflegenden aus den Bereichen Normalpflege, Intensivpflege und Hauskrankenpflege untersuchen und darstellen.

Folgende Fragen sollen beantwortet werden:

- Wie wird die aktuelle Diskussion um Professionalisierung von Pflegenden in der Praxis wahrgenommen?
- Welche konkreten Veränderungen ergeben sich vor dem Hintergrund des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes im Praxisalltag und wie werden diese Veränderungen erlebt?
- Wie schätzen die Pflegenden die neuen Qualifikationsanforderungen ein und wie beurteilen sie in diesem Zusammenhang ihre eigene Qualifikation?
- Bestehen Unterschiede in der subjektiven Wahrnehmung in unterschiedlichen Arbeitsbereichen? Wenn ja, wie sehen diese Unterschiede aus?
- Lassen sich bei weiblichen und männlichen Pflegepersonen unterschiedliche Wahrnehmungsmuster feststellen? Wenn ja, worin unterscheiden sie sich?

Bei der Beantwortung dieser Fragen geht es mir nicht um eine Untersuchung zu Arbeitssituation und allgemeinen Belastungen von Pflegenden – diese gibt es bereits in großer Anzahl. Als Literaturempfehlungen seien exemplarisch die Arbeiten von Ostner/Beck-Gernsheim (1979), Kathan (1991), Seidl (1990; 1994) und Schrems (1994) genannt. Im Zentrum meines Interesses steht die Herausarbeitung der Problemlagen und Widersprüche, mit denen sich Pflegende im Speziellen durch die neuen Gesetzes- und Qualifikationsanforderungen konfrontiert sehen, der individuelle Umgang damit und die Balancierung von Widersprüchen. Dazu möchte ich ausgewählte „objektive“ Professionalisierungsaspekte in Beziehung zu „subjektiv“ erlebter Alltagswirklichkeit setzen.

### **Aufbau der Arbeit**

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen Teil und einen Untersuchungsteil. In Kapitel 1 des *Theorieteils* wird zunächst die berufssoziologische Bedeutung der Begrifflichkeiten erläutert. Die unterschiedlichen theoretischen Professionalisierungsansätze bieten Erklärungsmuster, warum Berufe bestrebt sind, als Professionen anerkannt zu

werden und zeigen auf, was genau eine Profession ausmacht. Neuere Ansätze rücken geschlechtsspezifische Aspekte in den Mittelpunkt bzw. fragen kritisch, ob der Pflegeberuf sich in einem Prozess der (Teil-)Akademisierung, der Professionalisierung oder der Modernisierung befindet, und in welche Richtung die Entwicklung gehen könnte.

Kapitel 2 beinhaltet einen historischen Abriss der Berufsentwicklung. Erst vor diesem Hintergrund werden die problematischen Bedingungen des Berufs und dessen Ringen um Professionalisierung verständlich. Zentral in diesem Zusammenhang ist die Beziehung zur medizinischen Profession. Weiters wird auf den schwierig zu fassenden Begriff „Pflege“ und das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden eingegangen. Der Wandel der Anforderungen an die berufliche Pflege, und die Konsequenzen, die sich daraus für die Pflegepraxis ergeben, beschließen diesen Teil.

In Kapitel 3 wird auf die aktuelle Professionalisierungsdiskussion in Österreich eingegangen. Wesentliche Entwicklungen der vergangenen 20 Jahre und gegenwärtige Strategien in diesem Prozess werden aufgezeigt. Ambivalente Strömungen innerhalb des Berufs und gesellschaftliche Barrieren widerspiegeln sich auch im Professionalisierungsprozess und gestalten ihn nicht problemlos. Möglichkeiten und Bereitschaft der Pflegenden zur Mitgestaltung sind für die Weiterentwicklung des Berufs relevant und sollen geortet werden.

Pflege hat verschiedene Zielsetzungen und findet in unterschiedlichen organisatorisch-institutionellen Zusammenhängen statt. Daraus ergeben sich unterschiedliche Bedingungen im Professionalisierungsprozess. Kapitel 4 und 5 widmen sich daher den Spezifika der Rahmenbedingungen der pflegerischen Tätigkeit im Krankenhaus (Intensivpflegestation, Normalpflegestation) und in der Hauskrankenpflege.

Kapitel 6 und 7 im *Untersuchungsteil* legen den Gegenstand der Untersuchung und das methodische Vorgehen dar. Kapitel 8 widmet sich speziell der Sichtweise von Pflegenden in der praktischen Tätigkeit. Unterschiedliche Aspekte von Professionalisierung und deren konkrete Ausformungen, wie sie im Theorieteil beschrieben werden, stellen die wesentliche Grundlage für die durchgeführte Untersuchung dar. Sie richtet ihren Fokus auf

die Schnittstelle zwischen „objektiven“ Professionalisierungsaspekten und deren Bedeutung und Auswirkungen für die betroffenen BerufsinhaberInnen. Ihre Wahrnehmung der Professionalisierungsdiskussion und Einschätzung der konkreten Veränderungen im Berufsfeld und im eigenen Arbeitsbereich stehen im Mittelpunkt.

In der abschließenden Zusammenfassung werden die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung dargestellt. Auf der Grundlage der theoretischen Bezüge werden die Ergebnisse einer Bewertung unterzogen und im Rahmen einer Diskussion mögliche Perspektiven für eine erfolgreiche Professionalisierung unter verstärkter Einbeziehung der Pflegepraxis formuliert.

# THEORETISCHER TEIL

## 1 Theoretische Ansätze zu Professionalisierung

Der Umstand, dass „die Krankenpflege“ den Begriff „Professionalisierung“ für sich beansprucht, kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich dahinter unterschiedliche Berufshaltungen und Definitionen verbergen. Hinzu kommen unterschiedliche Ansichten, für welche Berufsbereiche und Ebenen der Begriff verwendet werden sollte. Je nach Verständnis wird Professionalisierung entweder für die Entwicklung des gesamten Berufs, einzelner Berufspositionen oder für die individuelle Entwicklung der BerufsinhaberInnen verwendet.

Im alltagssprachlichen Verständnis meint „professionelles“ Handeln meist fachkundiges berufliches Arbeiten – etwas „professionell“ auszuführen ist normalerweise mit positiven Vorstellungen verbunden. Profession und Beruf werden dabei oft synonym verwendet. Davon zu unterscheiden ist der theoretische berufssoziologische Diskurs um Professionalisierung und die Merkmale und Entwicklung von Professionen. Arbeit, Beruf und Profession werden unter dieser Perspektive analytisch durch bestimmte Kriterien getrennt. Um die vielfältige Bedeutung von Professionalisierung in der Krankenpflege darstellen zu können, erscheint es mir wichtig, zunächst die grundlegenden Begriffsdefinitionen und daran anschließend die allgemeinen theoretischen Ansätze von Professionalisierung zu erläutern.

### 1.1 Begriffliche Klärungen

#### 1.1.1 Zum Begriff *Professionalisierung*

Die Anfänge des Professionalisierungskonzepts liegen in den angloamerikanischen Sozialwissenschaften der 1930er Jahre (Carr-Saunders/Wilson, 1933; Parsons, 1939; zit. nach Daheim 1992, 22). In den späten 1960er und frühen 1970er Jahren wurde das anglo-

amerikanische Analysemodell für Professionalisierung vor allem durch Hesse (1968), Hartmann (1972) und Daheim (1973) in die deutschsprachige Berufssoziologie eingeführt und weiterentwickelt.

Die Auseinandersetzung über Professionalisierung wurde dabei zunächst auf einer gesellschaftlichen Ebene geführt. Eine der zentralen Fragestellungen war, wie und auf welche Weise sich ein Beruf zu einer Profession entwickelt. Professionalisierung wurde allgemein als Prozess gesehen, der darauf abzielt,

„einer Gruppe Gewicht zu verleihen gegenüber der Öffentlichkeit; ein Gewicht, das zunächst die soziale Anerkennung, die Wertschätzung durch die Gesellschaft meint. Aber (...) das Bemühen zielt auch auf eine Verbesserung der ökonomischen Lage. Dieser Prozess setzt die nach außen aktive Gruppe voraus; er erfordert damit zugleich bzw. zuvor Aktivität im Innern. (...) Und in diesem Zusammenhang spielt es dann zusätzlich eine Rolle, wie stark das Zusammengehörigkeitsgefühl unter den Berufsangehörigen ist; wieweit es systematisch gepflegt wird, ob es ein spezielles Berufsethos gibt, wer über seine Einhaltung wacht, usw.“ (Hesse 1968, 152f).

Die „Aktivität“ der Berufsangehörigen nach innen, die Profilierung eines Berufes nach außen und wie erfolgreich ein Beruf bei diesen Bemühungen ist, sind für Hesse wichtige Gradmesser für Professionalisierung. In dieser Hinsicht lassen sich für die österreichische Gesundheits- und Krankenpflege vor allem ein geringes Solidarvermögen der Berufsangehörigen und Kontroversen in den eigenen Reihen (vgl. Kühne-Ponesch 1996), das Fehlen eines einflussreichen Berufsverbandes, fragmentierte Berufsvertretungen, sowie insgesamt ein geringer gewerkschaftlicher Organisationsgrad feststellen.

In neueren Professionalisierungsdefinitionen wird deutlich, dass Professionalisierung auch auf der Ebene der individuellen BerufsinhaberInnen thematisiert werden kann, und die traditionellen Ansätze damit ergänzt werden können. Roloff (1992) verwendet den Begriff für zwei miteinander verknüpfte Ebenen:

„Professionalisierung‘ meint einmal den historischen Prozess der Entstehung und Anerkennung eines Berufes als Profession bzw. als akademischen Expertenberuf sowohl von seinem Wissensstand und seinen Qualifikationsanforderungen her als auch von seiner sozialen Bedeutung. Zum andern ist ‚Professionalisierung‘ auch der Vorgang der Ausbildung und Sozialisierung einzelner Aspiranten für diesen Beruf.“ (ebd., 136)

In dieser Definition lassen sich zwei Ebenen erkennen, die auch für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sind. Berufe und Professionen lassen sich zum einen auf einer übergeordneten gesellschaftlichen Ebene („Makroebene“) beschreiben; dies umfasst

beispielsweise die historische Berufsentwicklung, den professionellen Wissensbestand, die Autonomie und das Niveau der berufspolitischen Institutionalisierung. Berufe und Professionen lassen sich aber auch auf der Ebene der BerufsinhaberInnen („Mikroebene“) beschreiben, besonders wenn es um Qualifizierung oder den individuellen Prozess der Sozialisation in eine Profession *hinein*, die Sozialisation *im* Beruf und das Erlernen der expliziten fachlichen Kompetenz und Verhaltensweisen geht, „die die Mitgliedschaft zur Profession über den richtigen Habitus erst vollständig machen“ (Roloff 1992, 138).

Professionen zeichnen sich durch spezielle Attribute aus, die sie von jenen Berufen abgrenzen, denen diese Merkmale nicht zugesprochen werden. In der folgenden Begriffsklärung werden die spezifischen Merkmale von „Professionen“ in Abgrenzung zu den Begriffen „Arbeit“ und „Beruf“ aufgezeigt.

### **1.1.2 Zu den Begriffen *Arbeit* und *Beruf***

Beck/Brater/Daheim (1980) verstehen unter „Arbeit“ ganz allgemein die Auseinandersetzung des Menschen mit seiner natürlichen und sozialen Umgebung zur Sicherung seiner Lebensbedürfnisse. Arbeit sehen sie dabei nicht als Sache des Einzelnen, sondern sie hängt auf vielfältige Weise mit der Arbeit anderer zusammen. In dieser weiten Begriffsfassung hat Arbeit immer einen gesellschaftlichen Aspekt. Es ist zu beachten, dass

„Arbeit nicht nur die materielle Herstellung von Gütern umfasst, sondern auch die Erfüllung gesellschaftlicher Funktionen und Dienstleistungen und auf die Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Ordnungen bzw. die Bewältigung gesellschaftlicher Prozesse ganz allgemein zielt“ (ebd., 23).

Von „Beruf“ spricht Sprondel (1972, 13) dann, wenn Arbeit sich als Organisationsform mit ausdifferenzierter Rollenstruktur konstituiert, d. h. wenn sich Formen der gesellschaftlichen Arbeitsteilung herausbilden und langfristige, spezialisierte Tätigkeiten entstehen. Hartmann (1972, 37ff) versteht den Begriff „Beruf“ als eine besondere Art von Arbeit. Berufe haben sich aus einer speziellen Kombination von Arbeitsverrichtungen entwickelt. In einem Prozess der „Verberuflichung“ kann aus Arbeit dann ein Beruf werden, wenn Wissen und Fertigkeiten sich systematisch ordnen lassen und eine stärkere gesellschaftli-

che Bedeutung vorliegt. Er unterstellt diesem Veränderungsprozess der „Verberuflichung“ eine gewisse Kontinuität, in Richtung von Arbeit zu Beruf und letztlich zu Profession.

### **1.1.3 Zum Begriff *Profession***

Die Versuche, Berufe von Professionen zu unterscheiden, sind von unterschiedlichen theoretischen Konzepten geleitet und es ist durchaus strittig, welche Berufe als Professionen gelten und welche nicht. Professionen werden im berufssoziologischen Verständnis meist als eine bestimmte Art von Berufen begriffen, die sich durch spezifische Merkmale von Berufen im herkömmlichen Sinne unterscheiden. Als klassische Professionen gelten in der Regel Mediziner, Juristen und Theologen.

In Deutschland stand das Wort „Profession“ ursprünglich für alle „Stände“ bzw. Berufe, erfuhr dann aber eine „Zuspitzung auf das Gewerbe, speziell das Handwerk“ (Hesse 1968, 82). Das mittelalterliche Handwerk gilt als erstes Beispiel für eine gelenkte und geplante Berufskonstruktion (ebd.). Handwerksberufe weisen in ihrem Berufsvollzug ein hohes Maß an Selbstgestaltung und –steuerung auf. Berufe in Industrie und Handel unterliegen hingegen einer hohen Fremdbestimmung. Mit dem Begriff „Professionalisierung“ soll demnach ein Prozess beschrieben werden, bei dem ein hohes Maß an Autonomie verwirklicht wird und an dem die Berufsangehörigen maßgeblich beteiligt sind.

Sprondel (1972) versteht Professionen als „solche Berufe, deren Aufgabe im Auslegen und Verwirklichen gesellschaftlicher Werte liegt. Zur Erfüllung dieser Funktionen sind sie mit einem hohen Maß an beruflicher Selbständigkeit ausgestattet, die sich auf spezifische professionelle Kompetenz berufen kann“ (ebd., 21).

Für Freidson (1979) liegt die besondere Stellung der Profession darin, dass ihr von gesellschaftlicher Seite „legitime Autonomie“ gewährt wird, sie also das Recht erhält, den Inhalt ihrer Arbeit zu definieren und ihre eigene Arbeit zu kontrollieren (ebd., 62). „Eine Profession erhält und behält ihre Stellung durch die Protektion einer Eliteschicht der Gesellschaft, die davon überzeugt wurde, dass die Arbeit der Profession einen speziellen

Wert hat. Ihre Stellung wird also durch den politischen und wirtschaftlichen Einfluss der sie protegierenden Elite gesichert.“ (ebd., 62f) Am Beispiel des Ärztstandes und der „paramedizinischen“<sup>3</sup> Berufsgruppen analysiert Freidson die dominante Stellung der MedizinerInnen im Gefüge medizinischer Arbeitsteilung und kommt zu dem Schluss, dass es insbesondere die Frage der *Autonomie* und der *Kontrolle* über die Ausbildung ist, die eine Profession von anderen Berufen unterscheidet (ebd., 68). Für Pflegeberufe konstatiert Freidson, dass sie, „(..) solange ihre Arbeit medizinischen Charakter hat, keine Berufsautonomie erlangen kann, ganz gleich wie klug und energisch ihre Sprecher auch sein mögen. Um die Autonomie einer Profession zu erreichen, muss der paramedizinische Beruf einen einigermaßen abgeschlossenen Arbeitsbereich beherrschen, der von der Medizin als Ganzem abgetrennt und ohne ständigen Kontakt zur Medizin oder Abhängigkeit von ihr ausgeübt werden kann“ (ebd., 59).

Für Schaeffer (1994, 105f) sind es drei Charakteristika, die Professionen auszeichnen:

- Sie erbringen *zentralwertbezogene Leistungen*, d. h. professionelles Handeln ist am Gemeinwohl orientiert und ist der Aufrechterhaltung relevanter Wertuniversalien (Gesundheit, Konsens, Moral, Wahrheit, Recht) verpflichtet.
- Sie besitzen *spezialisiertes Wissen*, das auf die Lösung gesellschaftlicher Probleme angewandt wird. Ihre Wissensbasis ist dabei sowohl in der Wissenschaft wie auch in der Alltagspraxis verankert. Erst diese „doppelte Wissensbasis“ ermöglicht den Zugang zum Verständnis der spezifischen Probleme ihrer Klientel.
- Sie besitzen *Autonomie* der Kontrolle über die eigene Tätigkeit, d. h. „wirkliche“ Professionen sind dadurch definiert, dass ihnen als Gruppe sowohl von den KlientInnen wie auch von den beschäftigenden Organisationen in der Festlegung und Ausführung ihrer Arbeit Autonomie zuerkannt wird.

Erst wenn alle Kriterien erfüllt sind, kann nach Schaeffer von einer gelungenen Professionalisierung gesprochen werden. Können nur einige der genannten Merkmale

---

<sup>3</sup> Der Ausdruck ‚paramedizinisch‘ bezieht sich auf Berufsgruppen, die hinsichtlich der Wissensinhalte und Ausbildung von Ärzten kontrolliert werden (z. B. die Krankenpflege). Da die Arbeit der ParamedizinerInnen häufig auf „Verordnung“ des Arztes ausgeführt und von ihm überwacht wird haben sie normalerweise eine untergeordnete Stellung, woraus auch das geringere Prestige in der Öffentlichkeit resultiert (Freidson 1979, 43).

verwirklicht werden, handelt es sich um eine sogenannte „Semi-Profession“. Diese halb-professionalisierten Berufe sind dadurch geprägt, „dass ihnen professionelle Autonomie fehlt oder diese nur vergleichsweise gering ausgebildet ist, und ebenso dadurch, dass ihre Wissensbasis und ihre Wertmaßstäbe fragwürdig sind“ (ebd., 108). Als typisches Beispiel für eine Semi-Profession gilt der Pflegeberuf.

Theoretisch betrachtet sind an Professionalisierungsprozesse eine Reihe von Voraussetzungen geknüpft. Erst mit dem Rückgriff auf die allgemeinen Professionalisierungsansätze wird verständlich, welche Bedeutung hinter diesen Prozessen steht, und warum viele Berufe bestrebt sind, von der Gesellschaft als sogenannte „Voll-Professionen“ anerkannt zu werden. Im Folgenden möchte ich die wesentlichen theoretischen Ansätze zu Profession und Professionalisierung genauer darstellen. Dabei werde ich sowohl auf Ansätze der „Makroebene“ als auch der „Mikroebene“ eingehen.

## **1.2 Traditionelle Professionalisierungsansätze**

### **1.2.1 Professionalisierungsansätze auf der Makroebene**

Professionalisierungsansätze der „Makroebene“ beziehen sich vor allem auf die gesellschaftlichen Dimensionen eines Berufs. Der Schwerpunkt liegt bei der Frage, wie es einer Berufsgruppe gelingen kann, sich zu einer Profession zu entwickeln.

#### **1.2.1.1 Merkmalsorientierte Ansätze**

Der merkmalsorientierte Professionsbegriff umfasst eine Reihe von Kriterien, die eine Profession ausmachen. Die Erfüllung dieser Kriterien deutet darauf hin, dass ein Beruf sich zur Profession entwickelt hat und schafft gleichzeitig den Rahmen, in dem sich das Verhalten aller professionellen Einzelpersonen abspielt.

Unter FachautorInnen herrscht weitgehende Übereinstimmung bei folgenden Professionsmerkmalen (Dewe 1986; zit. n. Kellnhauser 1994, 43f; Blane 1995, 222):

- *Spezialisiertes Wissen*, zu dem durch Forschung beigetragen wird und das an den Nachwuchs üblicherweise an Universitäten weitergegeben wird
- *Soziale Orientierung* durch ihren Beitrag zum Gemeinwohl
- *Handlungsautonomie* bei der Festlegung des Arbeitsinhaltes und der Ausführung ihrer Tätigkeit, und damit verbunden die Abwesenheit fachfremder Kontrolle
- *Handlungsmonopol* über den Arbeitsbereich, das vom Staat gesetzlich abgesichert ist und die Abgrenzung zu anderen Berufen definiert und sichert
- *Berufsethik*, die die innerprofessionellen Beziehungen und KlientInnenbeziehung reguliert
- *Selbstverwaltung*
- *Berufsprestige*

Die Professionsmerkmale dienen auch zur Beschreibung unterschiedlicher Teilbereiche der jeweiligen Profession. Inhalte und Gewichtung der Merkmale unterliegen dabei je nach AutorIn einer starken Variation. Die merkmalsorientierten Professionsansätze stellen als idealtypisches Konstrukt eine zentrale Orientierung dar, wenn von Professionen und Professionalisierung gesprochen wird. Auch der Pflegeberuf strebt danach, diese Professionsmerkmale zu erfüllen, um dadurch die Anerkennung als Profession zu erreichen.

#### 1.2.1.2 Prozessuale Ansätze

Hartmann (1972) hat vorgeschlagen, Professionen als Endpunkt eines Kontinuums anzusehen, auf dem die Begriffe „Arbeit“, „Beruf“ und „Profession“ die Fixpunkte sind. Nachdem es zur „Verberuflichung“ von Arbeit gekommen ist, stellt der Übergang von Beruf zu Profession die Professionalisierung dar. Zur näheren Bestimmung dieses Vorgangs zieht er die Dimensionen „Wissen“ und „Sozialorientierung“ heran.

Die *Dimension des Wissens* umfasst Fertigkeiten und Wissensgebiete, die sich soweit systematisieren, dass sich die Zusammenhänge des Wissens zur Theorie ausbilden: „Dieser Teil der Professionalisierung könnte dementsprechend mit dem Zeichen der ‚Verwissenschaftlichung‘ belegt werden“ (ebd. 41). Dabei ist nicht der wachsende Umfang von Ausbildung ausschlaggebend, sondern „der wachsende Anteil der Forschung, genauer: die wachsende Ausrichtung auf die Ergebnisse der Forschung. Diese Beteiligung der Forschung an der Systematisierung des Wissens läge im Bereich einzelner Arbeitsverrichtungen relativ niedrig, im Feld der Berufe merklich darüber und bei den Professionen ausgesprochen hoch“ (ebd., 45).

Die *Dimension der Sozialorientierung* meint die soziale Bedeutung, die den einzelnen Tätigkeiten beigemessen wird. Bei der Verrichtung von Arbeit bleibt es noch „bei einem relativ eingeschränkten Sozialbewusstsein“ (ebd., 41), im Prozess der „Verberuflichung“ entfaltet sich zunehmende soziale Orientierung, d. h. dass „sich die Mitglieder des Berufes nicht nur an individueller Bedürfnisbefriedigung orientieren, sondern sich ihrer Rolle in größeren Wirtschaftszusammenhängen (..) bewusst werden“ (ebd.). Professionen zeichnen nach diesem Verständnis durch eine hohe Sozialorientierung aus. Die Professionsmitglieder sind eingebunden in ein soziales Netzwerk (z. B. Berufsverband, KollegInnenschaft) und sind sich ihrer gesellschaftlichen Bedeutung bewusst. Im fortgeschrittenen Stadium der Professionalisierung kommt es „(..) sowohl zur Ausbildung einer sozialen Dienstgesinnung wie zu taktisch-organisatorischer Einflussnahme auf die Öffentlichkeit“ (ebd., 42).

Die Entwicklung beider Dimensionen verläuft nicht immer mit gleicher Intensität. Hartmann vermutet, „(..) dass bei der Verberuflichung die Systematisierung des Wissens besonders betont wird, während im Prozess der Professionalisierung relativ viel Gewicht auf der Vergesellschaftung liegt“ (ebd.). So kann zwar ein Beruf eine hohe Systematik der Wissensbestände aufweisen, erreicht aber in der Dimension der sozialen Orientierung nicht das Niveau einer Profession.

### 1.2.1.3 Machttheoretische Ansätze

In machttheoretischen Ansätzen wird Professionen unterstellt, dass es ihnen weniger um die Lösung gesellschaftlicher Probleme geht, sondern vielmehr um den Aufbau von Machtpotenzialen, um sich dadurch berufspolitischen Einfluss zu sichern. Nach Larson (1977) ist Professionalisierung ein „Mittelschicht-Projekt“ (ebd., zit. nach Daheim 1992, 23). Ausgangspunkt für eine Professionalisierung im Sinne eines „Mittelschicht-Projekts“ ist eine „höhere“ Ausbildung (z. B. Universität). Dadurch wird der Beruf gesellschaftlich aufgewertet und für die Berufsangehörigen ergeben sich eine Reihe von materiellen oder immateriellen Privilegien (Daheim 1992, 25).

Die Bezeichnung „Mittelschicht-Projekt“ verweist auch auf Schichtspezifika der ProfessionsanbieterInnen und -klientInnen. Rüschemeyer (1972) weist darauf hin, dass die Dienstleistungen der Professionen teuer sind und damit nur gewissen sozialen Schichten zugänglich sind. Obwohl Professionen meist dem Ideal anhängen, ihre Dienste allen Teilen der Bevölkerung anzubieten, so werden sie von KlientInnen oberer Schichten stärker in Anspruch genommen (ebd., 172). Dabei ist zu berücksichtigen, dass Professionsangehörige selbst der oberen Schicht angehören: „Vieles, das man für spezifische Eigenarten der Professionen gehalten hat, scheint viel eher dem subkulturellen Leben der Oberschicht und der oberen Mittelschicht zuzugehören.“ (ebd., 178) Demnach sind die gesellschaftlichen Werte der Mittelschicht auch die herausstechenden Merkmale einer Profession, und „die Vorteile, die mit dem Status einer anerkannten Profession verbunden sind, scheinen attraktiv genug, um alle Macht, alles Prestige und alle Mittel ideologischer Propaganda zu mobilisieren, um eine solche Position zu halten oder zu erwerben, sei sie nun ‚legitim‘ oder nicht“ (ebd.).

Im Sinne der machttheoretischen Ansätze ist der Prozess der Professionalisierung eine Strategie von Berufen, sich Kompetenzen und ein Monopol für spezielle Berufsvollzüge zu sichern. Die Betonung eines Berufsethos erfüllt danach lediglich die Funktion der Verschleierung von anderen Professionszielen.

#### 1.2.1.4 Systemtheoretische Ansätze

In den bisher beschriebenen Ansätzen zu Professionalisierung wird eine Profession als homogene Gruppe beschrieben, deren Angehörige scheinbar über die gleichen Werthaltungen, Berufsidentitäten und Rollenvorstellungen verfügen. Nach Bucher/Strauss (1972, 182) verstellt eine solche Sichtweise die unterschiedlichen Interessen und Ziele innerhalb einer Profession. Systemtheoretisch kann eine Profession als Gesamtsystem betrachtet werden, das aus einer Vielzahl verschiedener Teilsysteme besteht. Bucher/Strauss sprechen in ihrem Professionsmodell von „Segmenten“ innerhalb einer Profession. Sie führen das Entstehen dieser Segmente beispielsweise auf die Teilung einer Profession in verschiedene Spezialgebiete zurück. Die Trennung der Segmente kann auch zwischen PraktikerInnen und ForscherInnen verlaufen und so eine Profession spalten: „Innerhalb der einzelnen Segmente von Professionen können unterschiedliche Ansichten herrschen über die Art der Tätigkeit, die ausgeübt werden sollte, über die Organisation der Arbeit und über die Priorität der Aufgaben.“ (ebd., 185) Weitere Trennlinien können sich aus der Vielzahl der Methoden und Techniken und aus einer unterschiedlichen KlientInnen- und KollegInnenbeziehung ergeben. Unter diesen Bedingungen scheint eine gemeinsame Identität der Professionsangehörigen nur bedingt möglich, und das idealtypische Konstrukt von der Einheit einer Profession wird fragwürdig, wenn sich eine Profession in eine Vielzahl von Spezialgebieten unterteilt (Albert 1998, 44).

Stichweh (1992) betrachtet die Entwicklung von Professionen unter der Perspektive der Ausdifferenzierung von Funktionssystemen, die Subsysteme im gesellschaftlichen Gesamtsystem darstellen. In modernen Gesellschaften ist die funktionale Spezialisierung auf relevante Sachthemen zum wichtigsten Strukturbildungsprinzip geworden (ebd., 38). Jedes Funktionssystem (z. B. Gesundheitssystem) verfügt über funktionsspezifisches Wissen, dessen Handlungs- und Anwendungsprobleme durch einen bestimmten Typus beruflichen Handelns (professionelles Handeln) gelöst werden. Von Profession spricht Stichweh dann, „wenn eine Berufsgruppe in ihrem beruflichen Handeln die Anwendungsprobleme der für ein Funktionssystem konstitutiven Wissensbestände verwaltet und wenn sie dies in entweder monopolistischer oder dominanter – d. h. den

Einsatz der anderen in diesem Funktionsbereich tätigen Berufe steuernder oder dirigierender – Weise tut“ (ebd., 40).

Im Zusammenhang mit den Beziehungen der Funktionssysteme zu ihrer gesellschaftlichen Umwelt werden Mechanismen der „Rollendifferenzierung“ und „Inklusion“ wirksam. Rollendifferenzierung meint, dass in einem Funktionssystem spezialisierte Berufsrollen entstehen (z. B. MedizinerIn); Inklusion ist komplementär zur Rollendifferenzierung zu verstehen und meint die Partizipation von Gesellschaftsmitgliedern am Funktionssystem (z. B. PatientIn). Die Interaktion zwischen spezialisierten Berufsrollen und Komplementärrollen erzeugt ein spezifisches Verhältnis, in dem sich Inklusion als zentraler Teil des Systemgeschehens vollzieht (ebd., 42). Unter diesen Annahmen werden die Kategorien „Vermittlung“ und „Distanzüberbrückung“ zentral: Professionen sind immer mit Sachthematiken befasst, von denen ihre KlientInnen strukturell und/oder situativ durch erhebliche Distanz getrennt sind. „Aus diesem Grunde wäre es defizitär, beispielsweise nur in der Form eines technischen Vollzugs die Krankheit eines Patienten zu heilen, ohne zugleich auch den Körperbezug des jeweiligen Patienten in einer Sinnperspektive mit zu thematisieren, die auf einen bewussteren Umgang mit der Unterscheidung Gesundheit/Krankheit zielt.“ (ebd., 43)

### **1.2.2 Professionalisierungsansätze auf der Mikroebene**

Professionalisierungsansätze auf der „Mikroebene“ rücken die Ebene der BerufsinhaberInnen in den Vordergrund und erweitern die klassischen Konzepte von Professionalisierung. „Professionalisierung umfasst sowohl einen ganzen Beruf als auch den einzelnen Professionellen. Die berufliche Entwicklung zeigt sich dabei als ein historischer Prozess, der sich wiederum auf der Ebene des Subjekts in dessen individueller Berufslaufbahn spiegelt.“ (vgl. Terhart 1990; zit. nach Albert 1998, 46). In Anlehnung an Albert (1998) möchte ich auf kompetenzorientierte und subjektorientierte Ansätze näher eingehen.

### 1.2.2.1 Kompetenzorientierte Ansätze

Der Begriff „Handlungskompetenz“ im Zusammenhang mit Professionalisierung tauchte in den 1980er Jahren auf und deutet auf einen Perspektivenwechsel hin: von der Professionsdebatte auf einer gesellschaftlichen Ebene (Autonomie, Zugang zur Tätigkeit, Berufsverbände, gesetzliche Regelungen) hin zu den spezifischen Anforderungen und Handlungsvollzügen des Arbeitsfeldes (Kompetenzen, Berufseinstellungen und Haltungen). Handlungskompetenz beinhaltet „die während der Sozialisation und Ausbildung erworbene Fähigkeit, systematische Handlungsstrategien einzusetzen und die unterschiedlichen Anforderungen der beruflichen Arbeitssituation bewältigen zu können“ (ebd., 47).

Handlungskompetenzen sind vor allem Reflexionskompetenzen und beinhalten die Fähigkeit zur Selbstreflexion und zum komplexen Denken. Erst diese Fähigkeiten gewährleisten professionelles Handeln. Entscheidend ist, wie und auf welche Weise beispielsweise „wissenschaftliches, systematisches Wissen“ in der spezifischen Arbeitssituation umgesetzt wird. Professionelles Handeln ist in diesem Sinne ein komplexes Zusammenspiel von unterschiedlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten und bewährt sich erst im konkreten Berufsvollzug (ebd.).

### 1.2.2.2 Subjektorientierte Ansätze

Bollinger/Hohl (1981) nehmen in ihrer Analyse von Professionen eine „subjektnahe“ Perspektive ein. Es geht ihnen weniger um institutionelle Momente wie Autonomie oder interne Kontrolle, sondern stärker um die Person des Professionellen, sein Selbstverständnis, seine Interessen und seine Qualifikation. Im Unterschied zum Beruf weist die Tätigkeit des Professionellen Merkmale auf, die die Vernetzung des Subjekts mit seiner Arbeit besonders betonen (ebd., 445ff):

- Die professionelle Tätigkeit setzt neben bestimmten Fähigkeiten auch ein typisches Persönlichkeitsmuster voraus: Der Professionelle identifiziert sich eher mit seiner Tätigkeit und ist ihr verbundener als der Berufstätige.

- Während der Berufstätige die Freizeit als einen vom Arbeitsbereich getrennten Bereich definiert, ist beim Professionellen aufgrund seiner Identifikation und „Berufung“ eine solche Trennung nicht möglich.
- Während der Berufstätige versucht, im Privaten einen Gegenpol zur hierarchisch strukturierten Berufswelt aufzubauen, sind beim Professionellen die Beziehungen in beiden Bereichen ähnlich und weisen teilweise die gleichen Machtstrukturen auf.
- Während der Berufstätige in seinen Aufgaben partiell bleibt, ist die Professionstätigkeit eher ganzheitlich orientiert.
- Im Unterschied zum technisch-spezialisierten Wissen des Berufstätigen verfügt der Professionelle zusätzlich über ein tradiertes Erfahrungswissen.

Albert (1998) hält fest, dass diese Beschreibungen einer (Voll-)Profession tendenziell auch für die „Semi-Professionen“ zutreffen: „Die Mitglieder dieser Berufsgruppen üben ihre Tätigkeit mit ihrer ‚ganzen‘ Persönlichkeit aus und weisen als personenbezogene Dienstleistungen eine spezifische intrinsisch-motivierte Berufsauffassung auf. (..) Derartige Berufe haben in ihrer sozialen Funktion und ihrer Zentralwertbezogenheit nicht nur einen Wert für die Gesellschaft, sondern die Tätigkeit hat auch eine sinnstiftende Funktion für die Berufsinhaber selbst.“ (ebd., 49)

### **1.3 Neuere Ansätze zu Professionalisierung der Pflege**

#### **1.3.1 Feministische Ansätze**

In den letzten Jahren wurden Professionalisierungsprozesse vermehrt unter geschlechtsspezifischer Perspektive analysiert und einer Kritik unterzogen (vgl. beispielsweise Wetterer 1992; 1995; 2000). Dass die Rolle des (weiblichen) Geschlechts in den traditionellen Ansätzen zu Professionalisierung ausgeklammert blieb, liegt nach Wetterer (1992) an der prinzipiellen „Unsichtbarkeit“ von Frauen in dem von Männern dominierten Professions- und Wissenschaftsbereich. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, „dass die Analyse von Professionalisierungsprozessen (..) die strukturelle Funktion des Geschlechterverhältnisses an zentraler Stelle und in kritischer Absicht mitreflektiert, statt sie in androzentrischen Ab-

straktionen zum Verschwinden zu bringen, dass sie die Ausgrenzung von Frauen als konstitutiven Teil der Etablierung von Professionen begreift und deren immer noch zu konstatierende Marginalität (auch) als Folge von Professionalisierungsprozessen, kurz: dass sie das Verhältnis von Profession und Geschlecht in den Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses rückt“ (ebd., 7).

Eine geschlechtsspezifische Analyse von Professionalisierungsprozessen rückt folgende strukturelle Faktoren in den Vordergrund (ebd., 14):

- Aufgrund der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung und Doppelbelastung ergibt sich eine Überschneidung des Berufs- und Reproduktionsbereichs, in deren Folge Frauen einer strukturellen Benachteiligung unterworfen sind.
- Die hierarchischen Strukturen des Geschlechterverhältnisses reproduzieren direkt oder indirekt Ausgrenzung von Frauen und bewirken eine geschlechtsspezifische Aufteilung in Männer- und Frauenberufe.
- Geschlechterdifferenz wird insbesondere dort deutlich, wo es zu Asymmetrien und Widersprüchen zwischen „weiblichem Arbeitsvermögen“ einerseits und männlich geprägter Berufskultur andererseits kommt.

Die männlich orientierte Definitions- und Entscheidungsmacht in der Gesellschaft legt fest, welche Berufe für Männer und mit hohen Privilegien und Status ausgestattet sind. Obwohl Frauen heute formal der Zugang zu hochqualifizierten Berufsfeldern nicht mehr verwehrt ist, zeigt sich, dass sich Ausschließungsmechanismen in das Innere der Berufsfelder verlagert haben: Die „weiblichen“ Teilbereiche innerhalb hochqualifizierter Berufe und Professionen sind „(..) – wie durch einen gänzlich unbeabsichtigten Zufall – stets zugleich die statusniedrigen, diejenigen also, die mit vergleichsweise wenig(er) Prestige und Zugangschancen zu materiellen, sozialen und symbolischen Ressourcen ausgestattet sind“ (Wetterer 1995, 11f).

Diese Gefahr einer „professionsinternen Hierarchisierung“ besteht auch im Professionalisierungsprozess der Pflege. Schon heute zeigt sich eine „Hierarchisierung entlang der Trennlinie Geschlecht“ (ebd., 18) beispielsweise an dem Phänomen, dass Männer im „Frauenberuf“ Pflege in den Zusatzausbildungen (Anästhesie-, Intensivpflegeausbildung)

und in den mittleren Führungspositionen (Oberpfleger) deutlich überrepräsentiert sind (vgl. Heintz 1997, 77; Küpper 1996, 28).

Nach Rabe-Kleberg (1993) zielt die Professionalisierung im Pflegeberuf insbesondere auf die Umgestaltung jener Strukturmerkmale des Berufs, die ihn zum typischen Frauenberuf gemacht haben: Frauen wären qua Geschlecht für die Gefühls-/Beziehungsarbeit in der Pflege besonders geeignet. Individuelle Verweigerungen und kollektive Formen der Zurückweisung des Appells an das besondere „weibliche Arbeitsvermögen“ haben das Berufsbild mittlerweile geändert (ebd., 208f). Eine Folge dieses Widerstandes könnte sein, dass sich der Beruf strukturell so verändert, dass er für Männer interessant wird und horizontale und vertikale Segregationslinien im Beruf entstehen. Auf die Professionalisierungstendenzen im Pflegeberuf bezogen kann nicht davon ausgegangen werden, dass „(..) die Chancen von Männern und Frauen gleichverteilt sein werden – jedenfalls nicht ohne weiteres“ (ebd., 209).

Auch Heintz (1997) sieht in der strukturellen Umgestaltung des Pflegeberufs Auswirkungen auf den Geschlechtscharakter des Berufsbilds: Derzeit wird versucht, die Wissensvermittlung für den Aspekt der Gefühls-/Beziehungsarbeit im pflegerischen Handeln zu institutionalisieren (Sterbebegleitung, Konfliktbewältigung u. a.). Die Auswirkungen dieser Entwicklung sind widersprüchlich: „Die Umwandlung von ‚geschlechtlich-semiprofessionellem‘ Wissen in ‚wissenschaftlich-professionelles‘ führt einerseits zu einer Aufwertung des Berufs und macht ihn gleichzeitig auch für Männer zugänglicher. Indem die Formalisierung und damit ‚Entgeschlechtlichung‘ des ehemals ‚weiblichen‘ Wissens dem ‚anderen Geschlecht‘ die Vereinbarung von Geschlechts- und Berufsidentität erleichtert, stellt die ‚Professionalisierung‘ der Krankenpflege auch oder vielleicht gerade für Männer eine Chance zur Identifikation mit dem Beruf dar. Gleichzeitig, und das ist der gegenläufige Prozess, birgt die Abwendung vom naturwissenschaftlichen Modell der Ärzteschaft und die Betonung der sozialen Dimension von Krankheit bzw. Gesundheit die Gefahr einer Renaissance traditioneller Geschlechtsberufsrollen-Stereotypen in sich.“ (ebd., 79f)

Teubner (1992) legt dar, wie die Dominanz von Geschlecht über Qualifikation auf verschiedenen Ebenen der beruflichen Arbeit zum Tragen kommt: „Die Positionszuweisung der Geschlechter innerhalb eines hierarchischen Ordnungssystems erweist sich als Konstante gegenüber dem angeblichen Gleichmacher Qualifikation (..)“ (ebd., 46). Teubner kommt zu dem Schluss, dass sich das Grundmuster der Ungleichheit zwischen den Geschlechtern weiter durchsetzt – unabhängig von der Qualifikation und den Tätigkeitsinhalten der Frauen.

Vor dem skizzierten Hintergrund sind Professionalisierungsprozesse auch als Prozesse der sozialen Konstruktion von Geschlecht zu verstehen und müssen demnach unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten analysiert werden und gegebenenfalls neu bewertet werden: „Die Untersuchung der historischen Herausbildung von Professionen lehrt, soziale Prozesse als mit den daran Teilnehmenden veränderbar zu begreifen. Ein ‚Professionalisierungsprozess‘, an dem Frauen sich aktiv und mitgestaltend beteiligen, könnte ganz andere Aspekte der Berufs- und Habitusentwicklung zum Tragen bringen, und es würde ein ganz anderer Begriff davon geprägt. Es wäre eine Erneuerung von Vorgang und Begriff zugleich.“ (Rabe-Kleberg 1993, 142)

### **1.3.2 Professionalisierung unter der Perspektive von Akademisierung und Qualifizierung**

Zentrale Bedeutung in der Diskussion um Professionalisierung der Pflege haben die Begriffe „Akademisierung“ und „Qualifizierung“. In den verschiedensten Arbeiten zum Thema werden sie häufig nur unscharf getrennt und in einem bunten Durcheinander verwendet oder gegeneinander ausgetauscht. Tatsächlich stehen sich die Begriffe sehr nah, unterscheiden sich aber in bestimmten Aspekten.

„Akademisierung“ kann als Prozess der zunehmenden wissenschaftlichen Fundierung eines Berufes gesehen werden. Der höchste Grad an Akademisierung ist erreicht, wenn dieser als anerkannte Wissenschaftsdisziplin mit Lehre und Forschung an der Universität verankert ist und die berufliche Qualifizierung der Berufsangehörigen ebenfalls dort erfolgt

(Kriegl 1999, 7). Die wesentlichen Begründungen für eine Akademisierung der Pflege liegen in den veränderten Anforderungen an den Beruf. Akademisierung soll dazu beitragen, mit neuen pflegerischen Konzepten auf die epidemiologischen und demographischen Veränderungen zu reagieren (Schaeffer 1999, 143). Anstelle von „Akademisierung“ wird häufig auch der Begriff „Verwissenschaftlichung“ verwendet.

„Qualifizierung“ meint den Prozess der Aneignung von Qualifikation für den beruflichen Handlungsvollzug. Berufliche Handlungsfähigkeit bedarf einer fachspezifischen Wissensbasis und Kompetenzen aus dem methodischen, sozialen und personalen Bereich (Berger 2000, 36f). Der Begriff „Qualifizierung“ wird meist dann verwendet, wenn davon die Rede ist, das Bildungsniveau des Einzelnen und des gesamten Berufsstandes zu verbessern.

Schaeffer (1994) analysiert, auf bundesdeutsche Verhältnisse bezogen, den Stand der Professionalisierung in der Pflege unter dem Aspekt der Akademisierung. Akademisierung geht für sie nicht zwangsläufig mit einer „Verwissenschaftlichung“ der *gesamten* Pflege einher. Während die derzeitigen Bemühungen häufig nur Teilbereiche der Pflege (lehrende oder leitende Funktionen) erfassen, also eine „Teil-Akademisierung“ der Pflege bedeuten, meint Verwissenschaftlichung die Ausbildung einer eigenständigen, systematischen Wissensbasis für *alle* Berufsbereiche und die Verankerung von Pflegewissenschaft (und -forschung) an der Universität. Schaeffer konstatiert: „Eine Akademisierung, ohne zugleich eine Verwissenschaftlichung der Pflege im Auge zu haben, wird lediglich eine Anhebung des Ausbildungs- und Qualifikationsniveaus bewirken, aber keine wissenschaftliche Fundierung der Pflege und ebensowenig eine Ausbildung eigenen wissenschaftlichen Nachwuchses ermöglichen.“ (ebd., 115) (vgl. „Akademisierung der leitenden und lehrenden Funktionen“, S. 57)

Verwissenschaftlichung gilt allgemein als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung jeder Professionalisierung, hinzukommen müssen Zentralwertbezug, Ausbildung einer spezifischen Handlungsstruktur sowie Autonomie der Kontrolle über die eigene Tätigkeit (ebd., 123). Mit dem Merkmal „Akademisierung“ ist Professionalisierung nicht erfüllt, sondern kann sogar Auslöser für eine Reihe von Problemen sein, die darin bestehen, „(..) dass die neuen Professionals Schwierigkeiten haben, die angestrebte Rolle angemessen

auszufüllen, und nunmehr wird sichtbar, dass die formale Ausbildung gängiger Professionsattribute allein noch keine Garantie für Professionalität darstellt“ (ebd., 104). Nach Ansicht Schaeffer's sollte nicht nur nach den *formellen* sondern auch nach den *inhaltlichen* Kriterien von Professionalisierungsprozessen gefragt werden – was macht professionelle Pflegekompetenz aus und welche Konsequenzen ergeben sich daraus? Kritisch zu prüfen ist also, ob der Pflegeberuf das Potenzial und die Fähigkeit zu einer Profession besitzt, bzw. ob die Entwicklung zu einer Profession überhaupt sinnvoll ist (ebd.).

Zusammenfassend stellt Schaeffer (1994, 123ff) fest, dass Akademisierung nicht zwingend den Anfang eines Professionalisierungsprozesses darstellt. Der Pflege mangelt es an einem eigenständigen Wissen, an Autonomie und an einer klaren Definition ihrer Inhalte. Die derzeitige Akademisierung wirkt sich im Grunde genommen nur auf die Verbesserung der Ausbildungsstandards in einer bestimmten Gruppe der Pflegekräfte aus. „Unklar ist also bislang, ob die Pflege einzig einem partiellen Akademisierungsprozess unterliegt oder wirklich in einen Professionalisierungsprozess eingetreten ist. Letzterer kann nur einen Berufsstand als Ganzen erfassen (..).“ (ebd., 113)

Professionalisierung beinhaltet eine Veränderung und Ausweitung der pflegerischen Qualifikationen. Die Professionalisierungsdiskussion in der Pflege blieb daher unter dem Aspekt der pflegerischen Bildungsstrukturen nicht ohne Kritik. Für Löser (1995; zit. nach Albert 1998, 76f) ist die Debatte um Professionalisierung nur ein Mittel, um den zunehmenden Belastungen in diesem Berufsbereich auszuweichen. Sie würde vornehmlich mit dem Ziel geführt, den Status der Pflege in der Öffentlichkeit und innerhalb der eigenen Berufsgruppe zu heben. Viel wichtiger wäre es, die Professionalisierung unter einer Neuordnung der Bildungsstrukturen zu untersuchen. Die eingeleitete Akademisierung ist dahingehend kritisch zu untersuchen, ob sie tatsächlich die „qualifikatorischen Fehlbestände“ beseitigt.

### 1.3.3 Modernisierung oder Professionalisierung?

Professionalisierung ist *eine* der möglichen Strategien für die Pflege, sich neu zu positionieren. Eine alternativer Weg könnte eine Modernisierung des Berufsfeldes sein. In Anlehnung an Schaeffer (1995) greift Forster (2000, 62ff) diese idealtypische Unterscheidung auf und fragt, was Modernisierung bzw. Professionalisierung für die Pflege heißen kann.

Unter *Modernisierung* versteht man „einen Prozess der nachholenden Anpassung relativ rückständiger (..) einzelner Bereiche bzw. Teilsysteme einer Gesellschaft an dominante Entwicklungen oder Trends“ (Zapf 1991; zit. nach ebd., 62). Modernisierung meint dabei keine grundsätzlichen Neuerungen, also keinen Paradigmenwechsel, sondern folgt allgemeinen Entwicklungen, die mehr oder weniger vorgezeichnet sind und sich über kurz oder lang durchsetzen.

Für die Pflege könnte Modernisierung bedeuten (ebd., 63):

- Vermehrte Spezialisierung – vermutlich in den technikintensiven Bereichen
- Ausweitung und Anreicherung von Aufgabenfeldern durch verstärkte Übernahme von ehemals ärztlichen Aufgaben
- Normalisierung der Berufs- und Ausbildungsstrukturen im Sinne einer Einbindung in das reguläre Ausbildungssystem
- Generelle Anhebung der Qualifikation
- Akademisierung der Aus- und Weiterbildung für Spezialrollen (Ausbildung, Management)

Modernisierung der Pflege bedeutet in diesem Sinne vor allem eine „*vertikale*“ Modernisierung, die sich durch die Übernahme ehemals ärztlicher Aufgaben begründet. Daraus resultiert eine enge Orientierung an der Medizin und eine intensive, Zusammenarbeit mit der ÄrztInnenschaft. Die psychosozialen Bedürfnisse der PatientInnen sind zwar ebenfalls als Schwerpunkt pflegerischen Handelns definiert, werden aber immer noch als „natürliche“, nicht systematisch erlernbare Fähigkeit

betrachtet. Modernisierungsprozesse dieser Art werden von Seiten der MedizinerInnen in der Regel befürwortet und unterstützt (Witz 1994; zit. nach Forster 2000, 63).

Im Gegensatz zu Modernisierung wird sich *Professionalisierung*, als „echter“ Paradigmenwechsel, „*horizontal*“ begründen müssen: die Erweiterung des traditionellen Berufsbilds der Pflege über den ärztlich angeleiteten Bereich hinaus und die Miteinbeziehung von Aufgaben, die von der Medizin nicht lösbar sind (Moers 1994; Schaeffer 1995; zit. nach ebd., 66) (vgl. Kap. 2.4 „Wandel der Anforderungen an die Pflege“).

Dass Modernisierung und Professionalisierung in der Realität nicht immer klar voneinander abzugrenzen sind, wird bei Schaeffer (1999) deutlich: „Den alten, noch nicht bewältigten Modernisierungserfordernissen stellen sich (.) weitere und *qualitativ anders gelagerte* Innovationserfordernisse zur Seite. Letztere aber setzen eine bereits modernisierte und professionalisierte Pflege voraus, um sinnvoll aufgegriffen werden zu können“ (ebd., 142). Die Konsequenz dieses Dilemma ist ein „Reformstau“, dem begegnet werden kann durch „Unterstützung der Praxis bei der Bewältigung der alten und neuen Reformerfordernisse in der Pflege und Erarbeitung dazu erforderlicher wissenschaftlicher Grundlagen, Motivierung zu gezielter statt diffuser Innovation (..)“ (ebd.).

## **2 Was heißt Pflege?**

### **2.1 Historischer Abriss der Berufsentwicklung**

Die heutige Struktur des Pflegeberufs ist das Ergebnis einer spezifischen historischen Entwicklung. Um dies zu veranschaulichen, möchte ich in einem geschichtlichen Abriss einige zentrale Elemente der Berufskonstruktion herausgreifen (für ausführliche Betrachtungen: z. B. Seidl 1990; Bischoff 1997; Steppe 2000b).

Von Krankenpflege im heutigen Verständnis wird allgemein erst ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts gesprochen. Bis dahin übernahmen – neben den kirchlichen Orden – Lohnarbeiter und Lohnarbeiterinnen, vor allem aus den unteren sozialen Schichten, die Versorgung und „Wartung“ der Kranken.

Medizin und Pflege waren zunächst in vielen Bereichen eng miteinander verknüpft und gehörten in die Kompetenz des Arztes. Erst durch die wissenschaftlichen Fortschritte der Medizin zog sich der Arzt immer mehr vom Krankenbett zurück und delegierte den ganzen körperlichen, diffusen Teil der Heilkunde an Hilfspersonal. Parallel dazu wurde eine Arbeitsteilung zwischen wissenschaftlich-rationalem und handwerklich arbeitendem Teil der Heilkunde vollzogen: „(..) die ursprünglich umfassende Heilkunde wurde damit endgültig in einen ‚männlichen‘, sprich medizinischen und herrschenden, und einen ‚weiblichen‘, sprich pflegerischen und dienenden Teil aufgegliedert und strikt hierarchisch geordnet“ (Steppe 2000b, 78). Die Position der Krankenpflege innerhalb dieser Hierarchie war eindeutig (Seidl 1990, 62):

„Der Arzt, ausgestattet mit den Erkenntnissen der naturwissenschaftlichen Medizin, leistete vorwiegend den Anteil der Berufsarbeit, während der Krankenschwester die stille, hausarbeitsnahe Sorge für seine Patienten anvertraut wurde.“

Pflege wurde damit immer mehr mit der vornehmlichen Aufgabe der Frau, der Haus- und Familienarbeit, gleichgesetzt. Diese wurde stark mit emotionaler Arbeit in Verbindung gebracht, was wiederum die Heranziehung der Frau für die Krankenpflege bewirkte.

Die sozialen und politischen Veränderungen im 19. Jahrhundert führten zu verstärkter Nachfrage nach gut ausgebildetem Pflegepersonal und das gesellschaftliche Interesse an der Schaffung eines Berufs Pflege stieg. Eine grundlegende Neuorganisation der Krankenpflege war die Folge. Die Frauenrolle der bürgerlichen Gesellschaft (die Frau verkörperte Dienen, Opfertum, Emotionalität, Selbstlosigkeit und Gehorsam) bot die beste Gewähr, sich der Verfügungsgewalt der Ärzte unterzuordnen und den öffentlichen Versorgungsauftrag sicherzustellen (Steppe 2000b, 78). Alle angeblich den Frauen angeborenen Eigenschaften, das „weibliche Arbeitsvermögen“, wurden nunmehr gleichgesetzt mit den beruflichen Anforderungen an die ideale Pflege. Bis zu diesem Zeitpunkt waren in der Krankenpflege sowohl Männer, als auch Frauen tätig. Erst mit der Gewinnung der bürgerlichen Frauen für die Krankenpflege entwickelte sich der Pflegeberuf zu einem „Frauenberuf“ bzw. wurde zu einem solchen „gemacht“ (vgl. dazu Bischoff 1997).

Wenngleich in vielen Arbeiten zur Entwicklung der Krankenpflege die Einbringung der bürgerlichen Normen in die Pflege sowohl für Deutschland als auch für Österreich als gegeben angenommen wurde, kann dies für Österreich nicht uneingeschränkt gelten (vgl. Dorffner 1999; Bolognese-Leuchtenmüller 1997). Weiblich codierte Eigenschaften, wie sie aus der bürgerlichen Krankenpflege bekannt sind, wurden in Österreich als Voraussetzung für die berufliche Krankenpflege erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts gefordert.

Während in Deutschland die bürgerliche Frau als Pflegerin prädestiniert schien, war in Österreich die Ordensschwester Maßstab einer hingebungsvollen Pflege. Dies hängt damit zusammen, dass Österreich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eine besonders lange Tradition der geistlichen Pflege aufweist und „qualifizierte“ Pflege bis zum Ende des 19. Jahrhunderts praktisch nicht in den Händen weltlicher Personen lag (Bolognese-Leuchtenmüller 1997, 160). Als eine Hauptursache für die Rückständigkeit des weltlichen Pflegewesens in Österreich vor dem Ersten Weltkrieg nennt Bolognese-Leuchtenmüller die Tatsache, dass kaum Versuche unternommen wurden, die Ausbildung bzw. die soziale Situation des (mittlerweile vor allem weiblichen) Pflegepersonals zu verbessern. Unter den denkbar schlechten Arbeitsbedingungen war an die Gewinnung bürgerlicher Frauen für den Pflegedienst kaum zu denken (ebd., 161). Erst mit der „Verordnung des Ministers des

Innern vom 25. Juni 1914, betreffend die berufsmäßige Krankenpflege“ wurden in Österreich verbindliche Maßstäbe für die Ausbildung in der Krankenpflege festgeschrieben und der Grundstein für eine „professionelle“ Entwicklung gelegt (vgl. Dorffner 1999).

Im Gegensatz zu Deutschland war Krankenpflege in Österreich nicht ausschließlich von geschlechtsspezifischen, „bürgerlichen“ Zuschreibungen geleitet, sondern war vor allem auch eine Notwendigkeit im Spitalsbetrieb. Nicht zuletzt war sie Voraussetzung für die Entwicklung der Medizin, denn die Krankenschwester war die Helferin des Arztes, die ihm immer mehr Arbeit am Krankenbett abnahm, so dass sich der Arzt ganz der Forschung widmen konnte (ebd., 15). Indem das Pflegepersonal neben der eigentlichen Pflege immer mehr medizinische Hilfstätigkeiten im Auftrag des Arztes übernahm, entwickelte sich der Pflegeberuf zu einem medizinischen Hilfsberuf. Seidl (1990, 94) beschreibt diese Situation und die damit verbundene Problematik folgendermaßen:

„Hierin unterscheidet sich der ‚traditionelle‘ Hilfsberuf Krankenpflege von den neugeschaffenen. Für die Pflegepersonen führte das zu der Schwierigkeit, die delegierten Tätigkeiten mit den eigenen in Einklang zu bringen, potentiell lag darin im Keim bereits ein Rollenkonflikt. In den Anfängen dieser Entwicklung wurde dies von den Pflegepersonen nicht als Belastung erlebt, weil positive Elemente wie die Partizipation am Prestige des Arztes und an seiner Funktion des ‚Heilens‘ im Vordergrund standen. Die Unterstellung beider Bereiche unter die Autorität des Arztes war die einfachste Lösung zur Vermeidung dieser Konflikte. Jede einzelne Tätigkeit, selbst die kleinsten hauswirtschaftlichen Aufgaben konnten nun in seinem Auftrag erledigt werden.“

Nach dieser Skizzierung der Berufsentwicklung wird deutlich, dass Krankenpflege im Zuge der Neuorganisation im 19. Jahrhundert nicht als eigenständiger Beruf konzipiert war – vielmehr war sie explizit als ausführendes Organ den Ärzten unterstellt. Die Pflege blieb bis weit ins 20. Jahrhundert hinein ein medizinischer Hilfsberuf, der sich vor allem über die von Ärzten abgegebenen Tätigkeiten definierte. Bedingt durch die hierarchische Unterordnung und die Abhängigkeit von der Medizin gelang es nur schwer, ein eigenständiges Berufsbild zu entfalten. Nach Dorffner (1999, 234) erlebte die Krankenpflege in ihrer Entwicklung generell „eine Metamorphose von der barmherzigen Fürsorge für die Kranken und Leidenden über die mindere Tätigkeit, die mit Schmutz und Elend assoziiert wurde, hin zu einem Beruf, der sich nur über die ihr übergeordnete Medizin definieren konnte“.

Steppe (1994, 48; 2000b, 80) fasst jene Elemente zusammen, die das Grundgerüst des Berufs bildeten (bilden) und für die gegenwärtigen Professionalisierungsbestrebungen von Bedeutung sind:

- die bewusst gestaltete inhaltliche Diffusität und Unklarheit des pflegerischen Aufgabenbereichs, also die Zuständigkeit für alles und alle,
- die strikte Unterordnung in der Beziehung zur Medizin als unwissenschaftlicher „medizinischer Heilhilfsberuf“ mit fehlender Eigenständigkeit,
- die geschlechtsspezifische Ausrichtung fachlicher Anforderungen in Form einer Vermischung von persönlichen (angeblich weiblichen) und fachlichen Fähigkeiten,
- die Ausprägung geradezu berufsfeindlicher Elemente, also Pflege als Berufung und nicht als Beruf für den die Gesetze der Arbeitswelt gelten,
- die berufspolitische Zersplitterung, also die nicht ausgebildete Fähigkeit zu solidarischem Handeln.

Nach Steppe (2000b, 82) begann sich dieses berufliche Gerüst ab den 1960er Jahren langsam zu wandeln. Eigenschaften wie Selbstbewusstsein, Selbstbestimmung und Kritikfähigkeit dringen in den Pflegeberuf ein. Es beginnt eine Selbstreflexion innerhalb der Berufsgruppe, durch die ihre Positionierung und Abhängigkeit von der Medizin hinterfragt und vermehrt Eigenständigkeit angestrebt und eingefordert wird.

## **2.2 Zum Begriff *Pflege***

Beim Versuch zu bestimmen, was „Pflege“ ist und welche Aufgaben sie zu erfüllen hat, stößt man auf eines der Grundprobleme in der Diskussion um Professionalisierung: die fehlende Klarheit über die inhaltlichen Dimensionen des Begriffs „Pflege“. Eine Schwierigkeit Pflege klar zu definieren ergibt sich nach Bartholomeyczik (1998, 659) daraus, dass

1. Pflege nicht nur von beruflich Pflegenden erbracht wird (ca. 80% der Pflegebedürftigen werden in häuslicher Pflege von Laien, meist Frauen, gepflegt),

2. und sich die beruflichen Aufgaben ausgebildeter Pfleger nicht nur auf Pflege beziehen (sie beinhalten neben der eigenverantwortlich durchgeführten Pflege die Mitarbeit bei medizinischer Diagnostik und Therapie).

Die unklaren Aufgaben und Abgrenzungen gegenüber Laien und ärztlichen Aufgaben hängen eng mit dem Gegenstand Pflege zusammen. Keiner der verschiedenen Definitionsversuche ist bislang so klar, dass Fragen der Abgrenzung eindeutig zu entscheiden wären (ebd.).

Die Umorientierung im Sprachgebrauch der letzten Jahre, von „Krankenpflege“ zu „Gesundheits- und Krankenpflege“, deutet jedenfalls darauf hin, dass sich Pflege nicht mehr nur an Krankheit und ihrer Behandlung orientiert, sondern auch am gesundheitlichen Wohlbefinden der PatientInnen, an ihrem *Erleben* von Krankheit, sowie an ihren Einschränkungen und Ressourcen bei der Bewältigung des Alltags (Moers 1994, 159). Die pflegerische Perspektive ist also zunehmend auf die *Folgen von Gesundheitsdefiziten* und *nicht auf deren Ursachen* gerichtet. Diese Auffassung findet sich in der Rahmendefinition von Pflege, wie sie die American Nurses Association 1980 formuliert hat, wieder (zit. nach Bartholomeyczik 1999, 159):

„Pflege ist das Erkennen (diagnosis) und Behandeln (treatment) der menschlichen Reaktionen auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme.“

In der neueren Fachdiskussion wird vermehrt der Begriff „Pflege“ benutzt, der das komplexer werdende Aufgabenspektrum des Berufsfeldes ausdrückt, das sich längst nicht mehr „nur“ auf die „direkte Pflege am Bett“ bezieht. Dieses erweiterte Berufsbild der Pflege und ihre gesellschaftliche Funktion kommen in der Definition von Käppeli (1988; zit. nach Napiwotzky 1998, 25) zum Ausdruck:

„Die direkte Pflege befasst sich mit allen menschlichen Erfahrungen, Bedürfnissen und mit Lebensbereichen, welche mit Gesundheit, Krisensituationen, Krankheit, Behinderung und Sterben zu tun haben. Sie hilft Individuen und Gruppen, mit Krankheit, Krisen und Behinderung umzugehen und sie zu bewältigen. Pflege bemüht sich, Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Sie versucht, Krankheit und Behinderung vorzubeugen und zu deren Heilung beizutragen. Im erweiterten Sinne des Begriffes hilft Pflege einerseits der Bevölkerung, Einrichtungen des Gesundheitswesens adäquat zu nutzen. Andererseits ist es ihre Aufgabe, das Gesundheitswesen so zu beeinflussen, dass seine Einrichtungen den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht werden. Sie tut dies im Bewusstsein, dass Gesundheit eine vitale Ressource für das Wohlergehen des einzelnen Menschen und für die gesamte Gesellschaft darstellt. Pflege verfolgt diese Ziele im Bewusstsein der Bedeutung vorhandener Wertsysteme.“

Eine Ableitung pflegerischer Tätigkeit aus medizinischen Kategorien (z. B. Krankheitsbildern) wird von den Pflegenden zunehmend abgelehnt, pflegerische Kategorien (z. B. Grundbedürfnisse) werden dem entgegengesetzt. Dass Pflege nicht mehr automatisch aus der Medizin abzuleiten ist, sondern einen eigenständigen Wissens- und Handlungsbereich beansprucht, drückt sich in der Auffassung von Bischoff (1997, 174f) aus:

„Das spezifische Wissen und der spezielle Handlungsbereich der Pflege ergeben sich aus der Betreuung der Grundbedürfnisse der Patienten und aus der Interaktion zwischen Patient und Pflegekraft, woraus sich ein ganzheitlich orientierter Pflegebegriff ableiten lässt. Pflege ist damit mehr als ärztliche Assistenz, Pflege betreut Menschen in verschiedenen Lebenssituationen, und zwar unabhängig von ihrer Krankheit, ihrer Diagnose, ihrem Alter und ihrem Gesundheitszustand. Betreuung, Beratung, Begleitung – das ist der eigenständige Bereich der Pflege.“

Derzeit versucht die Pflege, eine „Balance zu finden zwischen fachlicher Autonomie und Abhängigkeit, zwischen Kooperation und Abgrenzung sowie zwischen der Aufrechterhaltung emotionaler Zuwendung als berufsimmanentem Anspruch und rationaler Distanz als professionellem Merkmal“ (Steppe 1994, 43). Gleichzeitig dazu werden Professionalisierungsstrategien diskutiert, die darauf ausgerichtet sind, „den erreichten Stand der Professionalisierung durch einen Vergleich mit den Merkmalen der allgemein anerkannten, ‚vollausgebildeten‘ Professionen (insbesondere Ärzteschaft und Juristen) zu bestimmen und daraus die weiteren Professionalisierungsschritte abzuleiten“ (Merten & Olk, 1999; zit. nach Forster 2000, 64). Wie gut dieser „Balanceakt“ gelingt, wird davon abhängen, wie erfolgreich die Pflege ihren spezifischen Beitrag im gesundheitlichen Versorgungssystem formulieren und ihre inhaltliche „Eigenart“ in Abgrenzung zu anderen Handlungsbereichen im Gesundheits- und Sozialwesen definieren kann.

### **2.3 Berufliches Selbstverständnis**

Im Zusammenhang mit einem eigenständigen und erweiterten Aufgabenbereich der Pflege spielt das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden eine wichtige Rolle. Widersprüchliche Anforderungen an die Pflege haben das berufliche Selbstverständnis geprägt und kommen auf besondere Weise zum Tragen: Einerseits sollen sich Pflegenden an den Bedürfnissen der PatientInnen orientieren, andererseits stellen Medizin und Betrieb

Anforderungen, die sich nur schwer mit einer PatientInnenorientierten Pflege vereinbaren lassen. Auch innerhalb der Berufsgruppe gibt es sehr unterschiedliche Auffassungen von Pflege und Handlungsmaximen. Ich möchte die Analyse von Bischoff (1997, 182ff) aufgreifen, die zwei idealtypische Richtungen von Selbstverständnis innerhalb einer PatientInnenorientierten Pflege aufzeigt: die traditionell-unberufliche und die professionelle Richtung.

Die **traditionell-unberufliche Richtung** vereint jene Ansätze, die an die Traditionen des 19. Jahrhunderts anschließen: Pflege wird als „Dienst“ und „Liebestätigkeit“ definiert, ist individualistisch und unpolitisch ausgerichtet, es wird keine klare Trennung von Beruflichem und Persönlichem vorgenommen, quasi-familiale Beziehungen zwischen PatientIn und Pflegekraft und Charaktertugenden wie „Liebe“ werden als Voraussetzungen der Pflege angesehen. Besonders anschaulich kommt diese Richtung im Pflegeverständnis von Juchli zum Ausdruck (Juchli 1983; Zitate entnommen: Bischoff 1997, 183f):

„Der Mensch ... kann, sich selbst verändernd, an der Veränderung anderer (..) mitwirken.“

„Pflege ist Dienst an der Erhaltung, Entfaltung und Erfüllung der personalen Ganzheit ...“

„Echte Pflege kann nur leisten, der zu einem echten Liebenden geworden ist.“

„(..) eine Aufgabe, die mehr mit dem Herzen als mit dem Verstand wahrgenommen wird. Sie setzt mehr Einfühlung und Liebe als Wissen und Können voraus – auch Mut!“

Ausgehend von diesem individualisierten Pflegeverständnis ist die einzelne Pflegeperson Ansatzpunkt für Veränderungen im Beruf. Inhumane PatientInnenversorgung wird dabei nicht als strukturell verursacht sondern als individuelles Problem angesehen. Die Bedingungen, unter denen Pflege stattfindet, werden genauso ausgeblendet, wie die Interessen, von denen der Beruf bestimmt wird (z. B. von der Medizin). Daraus folgt, dass sich *nur* die/der Einzelne verändern muss, um inhumane Bedingungen zu ändern (ebd., 185): Appelle zur Einstellungsänderung und „Arbeit an sich selbst“, bestenfalls qualifikatorische Aspekte, werden zur Lösung der Probleme in der Pflege herangezogen und ersetzen Strukturveränderungen (ebd., 186). Nach Bischoff wird der traditionell-unberufliche Ansatz zwar nur von wenigen vertreten, stößt aber doch auf eine gewisse Resonanz innerhalb der Pflege, da „sich noch viele traditionelle Elemente im Selbstverständnis der Pflege finden“ (ebd., 183).

Demgegenüber steht die **professionelle Richtung** der Pflege für einen Prozess der Verwissenschaftlichung des gesamten Berufs. Theorie, Forschung und Qualifizierung haben einen hohen Stellenwert. Ausgehend von PatientInnenorientierten Pflegekonzepten und dem Pflegeprozess-Modell begreift dieser Ansatz Pflege „als einen ganzheitlich orientierten Problemlösungs- und Beziehungsprozess“ (ebd., 201f). Im Vordergrund stehen Pflegequalität, Qualitätskontrolle, Effizienz und Effektivität, Planung aufgrund von Pflege-theorien und die dazu notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Der Aspekt der Qualifikation gewinnt an Bedeutung. Die Anbindung der pflegerischen Ausbildung an das reguläre Ausbildungssystem und die Durchlässigkeit in den tertiären Bildungsbereich sind zentrale Forderungen, die mit der Akademisierung des Berufes angestrebt werden. Damit einher geht eine Eigenständigkeitsbewegung, die sich insbesondere in der Abgrenzung zur Medizin äußert (ebd., 203).

In der professionellen Richtung besteht ein starkes Interesse an der Professionalisierung des gesamten Berufsstandes, nicht nur an der Weiterentwicklung der einzelnen Pflegekraft. Die Voraussetzung für „gute Pflege“ wird nicht allein in der individuellen Persönlichkeitsentwicklung gesehen, sondern vor allem in strukturellen, organisatorischen und qualifikatorischen Veränderungen auf allen Ebenen: Gesellschaftliche und politische Bedingungen, unter denen Pflege stattfindet, werden ebenso berücksichtigt, wie die konkreten Arbeitsbedingungen (ebd., 202).

Eine Schwäche der professionellen Richtung liegt für Bischoff im fehlenden „Fokus“ – noch ist nicht klar, was professionelle Pflege ist, und was sie deutlich gegenüber anderen Berufen abgrenzt. Auch ist PatientInnenorientierte Pflege nicht nur über den „Problemlösungsaspekt“ (Pflegeprozess, Pflege-theorien und Forschung) zu erreichen: Die Bedeutung von Gefühls- und Beziehungsarbeit muss deutlicher herausgearbeitet und als Qualifikation anerkannt werden (ebd., 213). Gefühlsarbeit ist aber eine Arbeitsdimension, die immer in Verschränkung mit anderen Pflegehandlungen geschieht und dadurch einer quantitativen Erfassung nur schwer zugänglich ist. Da diese „Nicht-Sichtbarkeit“ von Beziehungsarbeit auch „Nicht-Anerkennung“ zur Folge hat, muss es Ziel einer sich professionalisierenden Pflege sein, den Problemlösungs- und den Beziehungsaspekt pflegerischen Handelns zu integrieren und so eine ganzheitliche Pflege zu sichern.

## **Exkurs: Zwei theoretische Konzepte der Pflege**

Es gibt theoretische Konzepte der Pflege, die sich bereits seit längerer Zeit in der Praxis bewähren müssen. Zwei zentrale Konzepte, die *PatientInnenorientierte Pflege* und der *Pflegeprozess*, werden im Folgenden dargestellt.

### ***PatientInnenorientierte Pflege***

Forderungen nach PatientInnenorientierung werden seit einigen Jahren von verschiedenen Seiten laut und gründen in Erfahrungen der „Zerstückelung“ in der PatientInnenversorgung. Für die Pflege resultiert daraus das Bedürfnis, die Betreuung der PatientInnen in einen ganzheitlichen Zusammenhang zu stellen, und weg von der an Medizin und Betrieb orientierten *Funktionspflege*<sup>4</sup> zu kommen. Arbeitsorganisatorisch drückt sich diese Umorientierung im Pflegeprinzip der *Gruppenpflege*<sup>5</sup> aus (Bischoff 1997, 175ff).

Im Mittelpunkt der PatientInnenorientierten Pflege stehen Begriffe wie „Ganzheitlichkeit“, „Individualität“ und „Selbstverantwortung“. Für die Pflegenden bedeutet dies, dass sie sowohl die physischen als auch die psychischen und sozialen Pflegebedürfnisse der PatientInnen berücksichtigen müssen. Ausgehend vom einzelnen Menschen und seinen individuellen Bedürfnissen, wird die Patientin/der Patient dabei als mündiger Mensch gesehen, der selbstverantwortlich und aktiv am Gesundheitsprozess teilnimmt. Ziel ist es, die Abhängigkeit der Patientin/des Patienten soweit wie möglich zu verringern, indem ihre/seine Fähigkeiten und Ressourcen in die Pflege miteinbezogen werden und von der Pflegekraft „Hilfe zur Selbsthilfe“ geleistet wird. Pflegeperson und Patient/in bekommen in diesem Modell eine neue Rolle zugewiesen: die Pflegekraft als Helferin und Beraterin in Bezug auf Eigenständigkeit der Patientin/des Patienten, die Patientin/der Patient als aktiv an diesem Prozess Beteiligte/r (ebd., 176).

---

<sup>4</sup> Funktionspflege bedeutet, dass ein/e Pflegende/r bestimmte Aufgaben bei *allen* PatientInnen einer Einheit durchführt (z. B. die Verbandwechsel bei allen PatientInnen, etc.) (vgl. Taubert 1992, 24).

<sup>5</sup> Gruppenpflege bedeutet, dass Pflegenden für die gesamte Pflege weniger PatientInnen (einer Gruppe) verantwortlich sind. Obwohl sie ursprünglich als „Gegenmodell“ zur Funktionspflege konzipiert war, wird häufig auch in der Gruppenpflege funktionell gepflegt; eine Ausnahme bilden die Intensivstationen (vgl. Taubert 1992, 24).

Ein Hauptziel der PatientInnenorientierten Pflege ist die Verbesserung der Pflegequalität und gleichzeitig – durch die Fokussierung auf die Tätigkeit mit den PatientInnen – die Hoffnung auf eine höhere Berufszufriedenheit der Pflegekräfte (ebd., 176). Eine Orientierung an diesem Modell soll letztlich auch zu mehr pflegerischer Autonomie führen: „Durch die Ausrichtung der PatientInnenorientierten Pflege an den individuellen Pflegebedürfnissen reklamiert die Pflege ein eigenständiges Arbeitsgebiet für sich, dessen Schwerpunkt die Grundpflege<sup>6</sup> ist. Nicht mehr die medizinerorientierte Behandlungspflege<sup>7</sup> oder die Arztassistenz stehen im Vordergrund, sondern die umfassende und geplante Pflege eines Menschen.“ (ebd., 177) Daraus ergibt sich eine Verschiebung in der pflegerischen Tätigkeit, „indem der einstmals zweitrangige, uninteressante, vor Jahren als ‚Grundpflege‘ an Hilfskräfte abgegebene Bereich nun zum Dreh- und Angelpunkt eines eigenständigen pflegerischen Berufsverständnisses (..) wird“ (Steppe 2000a, 87).

PatientInnenorientierte Pflege zu verwirklichen bedeutet, dass arbeitsorganisatorische und strukturelle Veränderungen im Berufsfeld vorgenommen werden müssen: „Obwohl qualifikatorische Veränderungen (..) richtig und notwendig sind, sollte sich die Pflege vor der pädagogischen Illusion hüten, durch Erziehung und Ausbildung allein, ohne gleichzeitige Strukturveränderungen, zum Ziel zu kommen.“ (Bischoff 1997, 213)

---

<sup>6</sup> „Als Grundpflege werden diejenigen Tätigkeiten bezeichnet, die der Befriedigung der physiologischen, seelisch-geistigen und sozialen Grundbedürfnisse eines Kranken dienen. Hierzu gehören z. B. das Betten und Lagern eines Patienten, Unterstützung bei Körperpflege und Ausscheidungen, Krankenbeobachtung und vorbeugende Maßnahmen gegen zusätzliche Schädigungen, die Verabreichung der Nahrung sowie emotionale Unterstützung und Ermutigung. Sie werden als ein relativ eigenständiger Entscheidungsbereich von Pflegepersonen angesehen.“ (Robert Bosch Stiftung 1992, 61) – Grundpflege kann autonom verrichtet werden, hat aber den Nachteil mangelnden Prestiges (vgl. Heintz 1997, 105).

<sup>7</sup> „Mit dem Begriff Behandlungspflege werden diejenigen Tätigkeiten von Pflegepersonen bezeichnet, die immer auf einer spezifischen ärztlichen Anordnung im Rahmen ärztlicher Diagnostik und Therapie beruhen, z. B. das Ausführen von Injektionen, Verabreichen von Medikamenten, Wundversorgungen, Vornahme von Funktionsprüfungen.“ (Juchli 1983; zit. nach Robert Bosch Stiftung 1992, 61) – Behandlungspflege verschafft Prestige, ist aber weisungsabhängig (vgl. Heintz 1997, 105).

## *Der Pflegeprozess*

Als Methode der PatientInnenorientierten Pflege beginnt sich das in den USA entwickelte *Pflegeprozess-Modell* zu etablieren. Als Gegenstück zum funktionsorientierten, traditionell unreflektierten Handeln in der Pflege soll es als „Rahmen“ eine individuell geplante und durchgeführte Pflege unterstützen. Der Pflegeprozess wird immer wieder als zentraler Bestandteil zur Entwicklung von Pflegequalität zitiert und gilt als wichtiges Instrument zur Professionalisierung der Pflege (vgl. Seidl 1994, 176; Brobst u. a. 1997).

Pflege wird in diesem Modell nicht mehr als Aneinanderreihung unzusammenhängender Einzeltätigkeiten sondern als Prozess aufeinander bezogener Schritte betrachtet:

- Im ersten Schritt werden die *Pflegebedürfnisse des Patienten/der Patientin erhoben (Pflegeanamnese)* und eine *Pflegediagnose* erstellt.
- Im zweiten Schritt wird auf Basis der gestellten Pflegediagnose ein *Pflegeplan* mit abgestuften *Pflegezielen* erstellt und *Pflegemaßnahmen* werden festgelegt.
- Im dritten Schritt werden die im Pflegeplan festgesetzten *Maßnahmen durchgeführt*.
- Im vierten Schritt wird der Erfolg der Pflege anhand der formulierten Pflegeziele *kontrolliert*. (vgl. Bischoff 1997; Brobst u. a. 1997)

Die inhaltliche Ausgestaltung des Pflegeprozesses, also das „Wie“ der Pflege, wird durch die verschiedenen *Pflegetheorien* übernommen (Bischoff 1997, 179).

In der Durchführung der Pflegemaßnahmen orientieren sich die Pflegenden an *Pflegestandards*, das sind „allgemein gültige und akzeptierte Normen, die den Aufgabebereich und die Qualität der Pflege definieren. Pflegestandards legen themen- oder tätigkeitsbezogen fest, was die Pflegepersonen in einer konkreten Situation generell leisten wollen/sollen und wie die Leistung auszusehen hat“ (Stösser 1994; zit. nach Hinghofer-Szalkay 1998, 235).

Alle Phasen des Pflegeprozesses werden in einer *Pflegedokumentation* schriftlich festgehalten, um eine umfassende und strukturierte Information für alle zu bieten. Folgende *Ziele* sollen außerdem damit erreicht werden (Fuchs 1998, 285):

- *Ganzheitliche Betrachtungsweise* der PatientInnen durch Integration der Teildokumentationen aller Beteiligten
- *Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit*
- Einhaltung der *rechtlichen Vorschriften*
- *Beweismöglichkeiten* bei forensischen Fragestellungen
- Gesicherte *kontinuierliche Behandlung*
- Grundlage für eine Verrechnungsmethode
- Aufwertung der Arbeitsleistung durch Sichtbarmachen der pflegerischen Tätigkeiten
- Personalbedarfsberechnung

Das Arbeiten nach dem Pflegeprozess ist noch nicht überall selbstverständlicher Teil der Pflegepraxis (Bartholomeyczik 1997, 10). Hindernisse in der Umsetzung haben vor allem mit jener Tradition zu tun, in der Pflege bedeutet, zuzupacken und ausschließlich körperlich zu arbeiten: „Über die Zeit hinweg hat sich durch den ständigen Personalmangel das Agieren als Pflegearbeit so verselbständigt, dass Schreibtischarbeit oder gar Reflektieren häufig als eine Art Gegensatz von Pflege gewertet wird. Strukturiert, geplant und gezielt vorzugehen heißt jedoch, das Handeln mit theoretischem Überlegen zu beginnen.“ (ebd.)

Wesentliche Voraussetzungen für die erfolgreiche Anwendung des Pflegeprozesses sind für Seidl (1994, 177) eine patientInnenorientierte Arbeitsorganisation und eine ausreichende Anzahl systematisch und gut geschulter Pflegepersonen bzw. –teams. Nach einer Untersuchung von Needham (1990; zit. nach Seidl 1994, 179) hat der Pflegeprozess positive Auswirkungen auf die Pflege, auf die Selbstständigkeit und Zufriedenheit des Pflegepersonals und auf die Beziehung zu den PatientInnen; als unbefriedigend werden häufig die Art der Einführung des Pflegeprozesses, die schlechte Vorbereitung der Pflegenden und infolgedessen eine mechanistische Anwendung der Methode erlebt.

## **2.4 Wandel der Anforderungen an die Pflege**

Der Wandel in den Anforderungen an die berufliche Pflege hat unterschiedliche Ursachen. Sowohl Veränderungen auf Seiten der PatientInnen/KlientInnen, als auch gesundheitspolitische und gesellschaftliche Entwicklungen haben zu veränderten Aufgabenfeldern geführt. Es sind vor allem nachstehende Faktoren zu nennen:

### ***Wandel des Krankheitsspektrums und der demographischen Entwicklung***

Durch die Veränderung der Altersstruktur hin zu hochbetagten Menschen und die Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen ergeben sich Aufgabenstellungen für die Pflege, die sich von der bislang praktizierten pflegerischen Arbeit unterscheiden: Der oft ungewisse Verlauf chronischer Krankheiten erfordert spezifische Versorgungskonzepte, wobei es auch um einen Perspektivenwechsel von kurzen Episoden akuter Erkrankung hin zu langfristigen Verläufen gehen wird. Auf die Pflege kommen damit Aufgaben zu, „die allesamt nicht auf kausale Krankheitsbeseitigung, sondern auf die Bewältigung des Lebens mit Krankheit, den Alltag, Stabilisierung und Aufrechterhaltung der Autonomie des Patienten (..) sowie auf die Sicherung und Förderung seiner vorhandenen Gesundheitsressourcen zielen“ (Moers 1994, 165). Höheren Stellenwert als bisher werden daher haben: Prävention, Gesundheitserhaltung und- förderung, wissensvermittelnde und sozialisierende Aufgaben, aktivierende und rehabilitative Maßnahmen zur Wiedergewinnung und Erhaltung einer autonomen Lebensführung, neue Organisationsaufgaben im Sinne einer integrierten Versorgung, kommunikative Aspekte u. a. (ebd., 165f).

### ***Ausbau des ambulanten Sektors der Krankenversorgung***

Die gesundheitspolitische Entscheidung, vermehrt Krankenversorgung vom stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern, führt ebenfalls zu neuen Aufgaben für die Pflege. Neben der Betreuung chronisch kranker und alter Menschen wird es darum gehen, auch schwerstkranke PatientInnen zu Hause zu pflegen. Es entstehen Pflegesituationen mit

hohem Betreuungs- und Versorgungsbedarf, die mit PatientInnen, Angehörigen und mit anderen Gesundheitsberufen abgestimmt und integriert werden müssen (ebd., 166). Dabei werden Betreuungsformen im Vordergrund stehen, die aktivierende, beratende und gesundheitsfördernde Unterstützung bieten.

### ***Technisierung der Medizin***

Veränderungen durch die technischen Entwicklungen in der Medizin sind für die Pflege auf qualitativer und quantitativer Ebene deutlich erkennbar (Moers 1994, 160f). Durch den Anstieg der Zahl der PatientInnen im Krankenhaus bei gleichzeitiger Verkürzung der Verweildauer müssen immer mehr PatientInnen in kürzerer Zeit betreut werden. Dies führt zu einer Intensivierung der pflegerischen Arbeit und einem Ansteigen des administrativen Aufwands, der häufig zu Lasten der Grundpflege geht. In qualitativer Hinsicht führt der Einsatz komplizierter technischer Geräte in der Betreuung zu „interaktiven Veränderungen“ (ebd., 162) – der Umgang mit PatientInnen in Ausnahmesituationen, wie dies insbesondere in der Intensivpflege zutrifft, stellt Anforderungen an die Pflegepersonen, die neben „Maschinenarbeit“ auch Informationsarbeit, Kommunikationsarbeit, Gefühlsarbeit und Arbeit für das Wohlbefinden der PatientInnen umfassen (Strauss u. a. 1985; zit. nach ebd., 163).

### ***Kostenprobleme im Gesundheitswesen***

Der Pflegeberuf bleibt auch von der Diskussion um steigende Kosten im Gesundheitssystem nicht unberührt. Einsparungsversuche können eine bedarfsorientierte Personalentwicklung behindern und zwingen die Pflege in Verteilungskämpfe um die begrenzten Ressourcen (ebd., 167f). Daraus ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen Qualitätsanspruch und ökonomischen Ressourcen, das die Pflege „zum kreativen Umgang mit strukturellem Mangel“ zwingt und „die Entwicklung von bedarfsgerechten Leistungsprofilen und entsprechenden Schwerpunktsetzungen“ fordert (Steppe 2000a, 87). Da sich Pflege nicht mit allgemeinen Produktivitätsmaßstäben messen lässt (ihre

Leistungen sind nicht auf Vorrat zu produzieren und können nicht gelagert werden, ihr Arbeitsgegenstand ist der Mensch), sind Einsparungsbemühungen, quasi in der „Natur der Sache“ liegend, limitiert (ebd.).

### ***Zunehmende PatientInnenautonomie und gewandelte PatientInnenbedürfnisse***

Die kritische Einstellung der Gesellschaft zum Gesundheitssystem und zur Medizin nimmt zu. Daraus resultiert, dass PatientInnen deutlicher als bisher Ansprüche und Erwartungen artikulieren und ihr Recht, umfassend informiert und beraten zu werden, einfordern. Dieser gesellschaftlichen Entwicklung haben sich auch Pflegende zu stellen und für den Umgang mit aktiven und kritischen PatientInnen eine neue Gesprächskultur und Beratungskompetenz zu entwickeln (Robert Bosch Stiftung 1992, 66).

Angesichts der veränderten Anforderungen an die Pflege wird deutlich, dass sich die alten Vorstellungen einer rein handwerklich-technischen Pflege überholt haben. Die Veränderungen bringen einen neuen, *qualitativ anderen Bedarf* an Pflege mit sich und lassen Aufgabenbereiche für die Pflege als eigenständige Tätigkeit entstehen, die kaum mehr etwas mit einer aus der Medizin abgeleiteten Pflege zu tun haben. Will die Pflege als Dienstleistungsberuf die neuen Aufgabenfelder für sich reklamieren und als „Expertin für die Erfüllung des Pflegebedarfs“ gelten, ist eine grundlegende Neupositionierung innerhalb des Gesundheitssystems erforderlich.

In Fachkreisen herrscht die einhellige Ansicht, dass die Pflege in ihrer jetzigen Ausprägung für diese Aufgaben nicht entsprechend gerüstet ist und der Druck zur Veränderung wächst. Die neuen Herausforderungen stoßen „auf eine Praxis, die darauf nicht hinreichend vorbereitet ist“ (Schaeffer 1999, 142). Es fehlt in sehr vielen Bereichen an Qualifikationen, Rahmenbedingungen und Grundlagen, um adäquat reagieren zu können: „Die Konsequenz dieses Dilemmas wird zunehmend spürbar: In fast allen Bereichen der Pflege zeichnet sich derzeit eine Innovationsüberflutung ab, die die Gefahr in sich birgt, dass der langjährig gewachsene Reformstau in unkontrollierte Bahnen gerät

und sich zu den Zielen der Akademisierung *gegenläufige* Tendenzen ausbreiten. Dem entgegenzusteuern, ist eine der zentralen Herausforderungen für die Akademisierung der Pflege.“ (ebd.) Die oft beklagte Überlastung von Pflegenden, die insbesondere in unzumutbaren Arbeitsbedingungen und mangelhafter Ausbildung begründet ist, wird sich durch die neuen Anforderungen noch weiter verschärfen (Schaeffer 1992; zit. nach Moers 1994, 165). Diesem „Überforderungspotenzial“ muss durch „neue Konzepte pflegerischer Arbeit und deren institutionelle Absicherung“ begegnet werden (ebd.).

Eine Erweiterung des Aufgabenspektrums der Pflege, wie es beispielsweise das GuKG 1997 zum Teil festlegt, ist keineswegs eine marginale Änderung und zwingt zum Umbruch von Routinen, zum „Umdenken“ sowohl innerberuflich als auch gesellschaftlich. Insbesondere die Entwicklung eines neuen Selbst- und Aufgabenverständnisses wird als dringlicher Teilschritt gesehen (ebd., 169).

## **2.5 Zum Wandel in der Pflegepraxis**

Gesellschaftlicher Wandel und der daraus resultierende Wandel in den Anforderungen *an* die Pflege als Dienstleistung erfordert einen Wandel *in* der Berufsgruppe. Weiß man, wie dieser Wandel herbeiführt, gestaltet und gesteuert werden kann, wird man sehr viel leichter damit umgehen und Innovationen produktiv nützen können.

Wandel in einer Berufsgruppe passiert nicht „einfach von selbst“ und birgt immer auch Konfliktpotenzial. Prozesse der Veränderung stoßen insbesondere dann auf Widerstand und mangelnde Akzeptanz, wenn der Eindruck entsteht, Veränderungen werden aufgezwungen: „Es ist riskant, wenn man versucht, Veränderungen mit Gewalt herbeiführen zu wollen, d. h. wenn von oben nach unten Druck ausgeübt wird.“ (Salvage 1995, 30) Ob Akzeptanz der Innovationen erzeugt werden kann hängt wesentlich davon ab, ob Pflegende den Fortschritt des Wandels mitbestimmen können und inwiefern sie das „Instrumentarium“ (z. B. Wissen, Können, Ressourcen) zur Verfügung haben, das sie brauchen, um ihre eigene Situation zu verändern.

Salvage (1995, 32ff) beschäftigt sich mit der Frage, wie Wandel eingeführt werden kann und welche Rolle der einzelnen Pflegekraft dabei zukommen kann. Sie stellt *drei Konzepte zur Umsetzung von Veränderungen* und *drei idealtypische Rollen im Wandel* vor, die im Folgenden kurz umrissen werden sollen.

### **2.5.1 Drei Konzepte zur Umsetzung von Veränderungen**

#### ***„Zwangskonzept“***

Bei diesem Ansatz wird von oben nach unten gearbeitet, d. h. jemand, der die Macht dazu hat, gibt anderen die Anweisung, Dinge anders zu machen. Es wird davon ausgegangen, dass Befehlen von oben gehorcht wird und sich die/der Einzelne nicht widersetzt. Meist geht damit auch eine gewisse Drohung einher (z. B. die Gefahr des Arbeitsplatzverlustes oder eine andere Form der Strafe), wenn der/die MitarbeiterIn nicht pariert. Das Zwangskonzept ist in hierarchischen und bürokratischen Organisationen weitverbreitet. Es scheint bei den BefehlsempfängerInnen Initiative und Kreativität zu hemmen (ebd., 32).

#### ***„Konzept der empirischen Vernunft“***

Hier wird ebenso von oben nach unten und autoritär vorgegangen. Information und Belehrung geht tendenziell in eine Richtung: von denen, die Wissen und Entscheidungsbezugnis besitzen, zu jenen, denen all das fehlt. Angenommen wird, dass sich Menschen durch vernünftige Argumente leiten lassen und so handeln, dass alle den größten Nutzen davon haben. Bei diesem Konzept besteht die Gefahr, dass MitarbeiterInnen manipuliert werden (ebd., 33).

#### ***„Konzept der normativen Umerziehung“***

Dieser Ansatz unterscheidet sich von den beiden anderen dadurch, dass sich Wandel hier von unten nach oben vollzieht. Es wird davon ausgegangen, dass Menschen in alle sie betreffenden Aspekte der Veränderungen miteinbezogen werden müssen, weil sie nur jene Veränderungen akzeptieren und in die Praxis übernehmen, die zu ihren Wert- und Zielvorstellungen passen. Weil die Gruppe empfindet, dass sie über Verlauf und Resultate der

Veränderungen mitentscheidet, wird sie den Wandel eher akzeptieren und auch mittragen und so zu einer dauerhaften Verbesserung der Praxis beitragen (ebd.).

### **2.5.2 Drei idealtypische Rollen im Wandel**

#### ***„Change generators“***

sind jene, die den Wandel herbeiführen, indem sie Ideen zu den notwendigen Veränderungen liefern. Sie sammeln Argumente, machen Druck und bringen die Entwicklung häufig mit Begeisterung und Enthusiasmus weiter (ebd.).

#### ***„Change implementors“***

wird jene Gruppe genannt, die hilft, den Wandel zu verwirklichen. Manchmal werden diese HelferInnen auch aus anderen Organisationen geholt (z. B. BeraterInnen), um die Arbeit zu erleichtern (ebd.).

#### ***„Change adopters“***

sind schließlich jene Leute, die Veränderungen zwar nicht auslösen, sie aber in ihrer täglichen Arbeit akzeptieren und neue Ideen integrieren (ebd.).

Salvage kommt zu dem Schluss, dass bestimmte Strategien die erfolgreiche Umsetzung von Wandel wahrscheinlicher machen. Es kommt aber stark darauf an, welche Veränderungen vorgeschlagen werden, ob sie tatsächlich Verbesserungen für die Pflegepraxis bringen, wie man sie durchführt und welche persönlichen Überzeugungen und Vorstellungen die daran Beteiligten einbringen. Bei Widerstand muss hinterfragt werden, ob die Relevanz der Veränderungen eingesehen wird, ob sich die Pflegenden von dem Prozess ausgeschlossen fühlen, oder ob sie einfach die Konsequenzen fürchten (ebd., 35).

### **3 Akademisierung und Professionalisierung der Pflege in Österreich**

Als ein wesentlicher Indikator für die Einschätzung von Professionalisierungstendenzen wird eine zunehmende wissenschaftliche Fundierung, eine Akademisierung der pflegerischen Aus- und Weiterbildung angesehen. Im folgenden Kapitel werden bisherige Akademisierungsschritte in Österreich vor dem Hintergrund der Aus- und Weiterbildungsstrukturen dargestellt. Ohne im Einzelnen auf die vielfältigen Schritte und Initiativen im Akademisierungs- und Professionalisierungsprozess eingehen zu können, soll ein kursorischer Überblick über die innovativen Kräfte und die wichtigsten Etappen gegeben werden. Es sollte transparent werden, wo Professionalisierung der Pflege in Österreich angesiedelt und „organisiert“ ist.

Zwei aktuelle Entwicklungen im Professionalisierungsprozess werden gesondert dargestellt, da sie zentrale Neuerungen in der österreichischen Pflegelandschaft darstellen: das *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 1997* und die Etablierung des „*Individuellen Diplomstudiums Pflegewissenschaft*“ im Herbst 1999 an der Universität Wien.

#### **3.1 Wesentliche Entwicklungen**

##### **Die Ausgangsbedingungen – Anfänge und Hindernisse**

Bereits im 19. Jahrhundert zeigten sich in Österreich Bestrebungen, eine umfassende Form der Ausbildung in der Krankenpflege zu institutionalisieren. Diese Bemühungen scheiterten an den finanziellen Rahmenbedingungen, an der Behäbigkeit des Verwaltungsapparates und letztlich auch am Desinteresse des Pflegepersonals selbst (Dorffner 1999, 230). Nach Ansicht Dorffner's machte die Pflege den ersten „Professionalisierungsschub“ zu Beginn des 20. Jahrhunderts durch. Eine Zäsur stellt dabei die „Verordnung des Ministers des Innern vom 25. Juni 1914, betreffend die berufsmäßige Krankenpflege“ dar – mit dieser rechtlichen Rahmenbedingung wurden erstmals einheitliche und verbindliche Maßstäbe für die Ausbildung gesetzlich verankert. Damit wurde die Basis für die

Formalisierung des berufsrelevanten Wissens und die Grundlage zu einer Professionalisierung gelegt (ebd., 7).

Die erste Krankenpflegeschule wurde 1882 am Rudolfinerhaus in Wien gegründet, es dauerte jedoch noch mehr als dreißig Jahre, bis es zur Errichtung weiterer Schulen (1913 am Allgemeinen Krankenhaus Wien) kam. Als berufspolitische Gründe für die Stagnation in dieser Phase führt Seidl (1995, 14) die mangelnde Unterstützung durch die ÄrztInnen-schaft und das fehlende Interesse der Ordensschwestern (sie führten die meisten österreichischen Krankenhäuser) an der Entwicklung eines weltlichen Pflegeberufs an. In den folgenden Jahrzehnten verhinderten insbesondere die politischen und wirtschaftlichen Einflüsse eine kontinuierliche Berufsentwicklung in Österreich. „Ineffiziente Strategien“ zur Behebung des „Schwesternmangels“ in den 1970er Jahren waren in weiterer Folge verantwortlich für die verspätete Berufsentwicklung (vgl. Seidl 1995; Dorffner 1999).

All diese Faktoren trugen dazu bei, dass Akademisierungs- und Professionalisierungstendenzen in der österreichischen Pflege im europäischen Vergleich relativ spät einsetzten. Seit den späten 1970er Jahren lassen sich für Österreich Bestrebungen identifizieren, die Akademisierung des Pflegeberufs zu fördern (Seidl 1995, 31). Die wesentlichen Schritte dieser anhaltenden Entwicklung auf verschiedenen Ebenen werden im Folgenden dargestellt.

### **Erste Initiativen des Österreichischen Krankenpflegeverbandes**

Bereits im Jahre 1979 enthielten die Grundsätze des Berufsverbandes Bestimmungen betreffend Forschung in der Pflege (Kriegl 1999, 8). Der Österreichische Krankenpflegeverband setzt sich dafür ein, dass

- diplomiertes Pflegepersonal bei der Erforschung nachteiliger Auswirkungen der Umwelt auf den Menschen mitwirkt;
- Forschung auf alle Gebiete der Krankenpflege ausgedehnt wird;
- Ergebnisse der Forschung in der Pflege angewandt werden;

- für Forschungsaufgaben diplomierte Krankenpflegepersonen mit entsprechender finanzieller Unterstützung herangebildet werden;
- Ausbildungsprogramme auf Hochschulebene geschaffen werden (ebd.).

In Anbetracht der damaligen Rahmenbedingungen (z. B. das völlige Fehlen akademisch gebildeter Pflegepersonen für die Lehre u. a.) können diese Grundsatzpositionen des Berufsverbandes durchaus als weitsichtig bezeichnet werden. Dass es dennoch viele Jahre dauerte, bis sich Pflegeforschung in Österreich zu etablieren begann, kann auch darauf zurückgeführt werden, dass der Österreichische Krankenpflegeverband, dem als ein freiwilliger Berufsverband etwa ein Drittel aller diplomierten Krankenpflegepersonen angehören, einen relativ schwachen Rückhalt aus der Berufsgruppe hat. Dies ist sicher nicht vorteilhaft für die Vertretung einer Berufsgruppe nach außen und schwächt Legitimität und Durchsetzungsfähigkeit des Verbandes.

### **„Aktivistinnen“ der ersten Stunde**

Als „Aktivistin“ und innovative Kraft der ersten Stunde kann Frau Univ. Doz. Dr. E. Seidl gelten. Sie war im Jahre 1978 eine der ersten Pflegepersonen mit akademischem Abschluss (Psychologie, Soziologie). Neben ihrer leitenden und lehrenden Tätigkeit am Krankenhaus Rudolfinerhaus trug Seidl mit ihren MitarbeiterInnen durch die Initiierung und Veranstaltung von Fachtagungen, durch zahlreiche Publikationen, durch die Herstellung internationaler Kontakte und die Kooperation mit in- und ausländischen WissenschaftlerInnen und nicht zuletzt durch ihren Enthusiasmus und ihre „Überzeugungsarbeit“ auf verschiedensten Ebenen wesentlich zur beginnenden Akademisierung der Pflege in Österreich bei.

Mittlerweile hat sich der Kreis „wissenschaftlich Tätiger“ im Bereich Pflegewissenschaft und -forschung erweitert. Es sind meist Pflegepersonen mit akademischer Ausbildung, die teils in der Forschung, teils in der Lehre oder in beidem tätig sind. Institutionen, in denen sie arbeiten, sind beispielsweise die Abteilung Pflegeforschung des Institutes für Pflege- und Gesundheitssystemforschung (ca. 25 Pflegepersonen), das Ludwig-Boltzmann Institut

für Medizin- und Gesundheitssoziologie sowie das Institut für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (Schrems 2000, 94).

Die Zahl der StudienabsolventInnen, die eine berufliche Grundqualifikation im Bereich der Pflege haben, wird für Österreich auf ca. 250-300 geschätzt (Walter; zit. nach Schrems 2000, 94): „Wie viele davon im Pflegebereich tätig sind oder dort ihr Wissen einsetzen, ist schwer zu sagen. Meine Erfahrung ist, dass ein Teil in der Pflege bleibt, ein anderer Teil in irgendeiner Weise in die Pflege zurückkommt (...). Aber es wird auch sicher solche geben, die von der Pflege genug haben und jetzt als Akademikerinnen irgend etwas anderes machen. Einige bekennen sich auch erst jetzt – da es ‚gesellschaftsfähig‘ geworden ist – dazu, dass sie diplomierte Pflegepersonen sind.“

### **Öffentlichkeitsarbeit, Symposien, Projekte**

Seit Mitte der 1980er Jahre finden in unregelmäßiger Folge Symposien und Veranstaltungsreihen mit dem Schwerpunkt „Pflegewissenschaft“ im weiteren Sinne statt (Kriegl 1999, 12). Bereits 1985 wurde in Österreich ein Kongress zu „Pflegeforschung für eine bessere Krankenpflege“ abgehalten. Mit dem Symposium „Pflegeberuf und Universität“ im Jahre 1988, veranstaltet vom Verein der Wiener PflegedienstleiterInnen, wurde erstmals die inhaltliche Notwendigkeit einer universitären Weiterbildung in der Pflege öffentlich thematisiert und anerkannt (Heller 1993, 66). Weitere nennenswerte Veranstaltungen zu wissenschaftlichen Themen waren 1991 das Symposium „Pflegeberuf – Entwicklung und Perspektiven“, 1995 die Tagung „Pflegeforschung: Einblicke – Ausblicke“, 1997 der „3. Internationale Kongress zur Geschichte der Pflege“, 1999 der 4. Kongress zum Thema „Pflegewissenschaft“, 2000 das Symposium „Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich“ und die 1. Sommerakademie „Pflegearbeit – eine wissenschaftliche Herausforderung“ (vgl. Schrems 2000, 91).

Im Jahre 1996 wurde die „Grazer Gesellschaft der PflegeakademikerInnen“ gegründet. Mitglieder des Vereins sind neben akademisch ausgebildeten Pflegepersonen Berufsange-

hörige, die nicht studiert haben, und Personen, die am Pflegeberuf an sich interessiert sind. Wesentliche Ziele des Vereins sind (Kuss 1997, 10):

- Interessenvertretung für Berufsangehörige
- Herstellung und Förderung nationaler und internationaler Kontakte
- Förderung der höheren Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege
- Interesse an Fort- und Weiterbildung durch entsprechende Angebote wecken
- Öffentlichkeitsarbeit
- Pflegewissenschaft und –forschung an der Karl-Franzens-Universität Graz etablieren

Diese Aktivitäten auf den verschiedensten Ebenen hatten (und haben) durch ihre Impulsgabung sicherlich bewusstseinspolitische und meinungsbildende Bedeutung bei Entscheidungsträgern im Gesundheitswesens aber auch bei den Berufsangehörigen selbst.

### **Akademisierung der leitenden und lehrenden Funktionen**

Seit dem Jahre 1969 bietet die Akademie für höhere Fortbildung in der Pflege in Mödling Sonderausbildungen für diplomierte Pflegepersonen an, wobei die Ausbildungsprogramme für Lehr- und Führungskräfte in der Pflege den Schwerpunkt bilden (Kriegl 1995, 81).

1973 wurde „Pflegeforschung“ erstmals als Unterrichtsgegenstand in den Lehrplan der Sonderausbildungen für leitendes und lehrendes Krankenpflegepersonal aufgenommen. Pflegeforschung wurde zunächst von einer Soziologin gelehrt, später von „entsprechend qualifizierten“ Lehrpersonen aus dem Pflegebereich. Von 1973 bis 1994 wurde das Unterrichtsfach „Pflegeforschung“ von 10 auf 90 Stunden erweitert (ebd., 89). Ausbildungsziele im Unterrichtsfach „Pflegeforschung“ sind (ebd., 90):

- Forschung als eine wesentliche Aufgabe des Berufes zu forcieren,
- das Bedürfnis zu wecken, Probleme der Pflege und berufliche Fragen unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten zu bearbeiten,
- zum Verstehen und Interpretieren von Forschungsarbeiten zu befähigen,

- Mitarbeit an einem Forschungsprojekt und Abfassen einer schriftlichen Abschlussarbeit, um mit den einzelnen Schritten des Forschungsprozesses vertraut zu werden.

1981 erhielt die Akademie für höhere Fortbildung in der Pflege die Zusage, die Sonderausbildungen für leitendes und lehrendes Krankenpflegepersonal als „Universitätslehrgänge für leitendes und für lehrendes Krankenpflegepersonal“ zu führen. Mit diesem vorerst zweisemestrigen Universitätslehrgang wurde in Österreich erstmals für die Weiterbildung des diplomierten Pflegepersonals eine Brücke zur universitären Bildung geschlagen. Seit dem Studienjahr 1984/85 werden diese Universitätslehrgänge in erweiterter Form als viersemestrige Lehrgänge angeboten. In den folgenden Jahren wurden derartige Universitätslehrgänge auch an den Universitäten Salzburg, Innsbruck, Linz und Graz eingerichtet und lösten die herkömmlichen Sonderausbildungen zur Gänze ab (Kriegl 1999, 9f).

Mitte der 1990er Jahre folgten weitere Universitätslehrgänge, die von der Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen der Stadt Wien in Kooperation mit der Human- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät (vormals Grund- und Integrativwissenschaftliche Fakultät) der Universität Wien durchgeführt werden (ebd., 10).

Die Bedeutung dieser Hochschullehrgänge sieht Kriegl (1995, 82) darin, dass

- erstmals eine eindeutige Zuordnung der Ausbildungslehrgänge im allgemeinen Bildungssystem erfolgte, welche für den Ausbildungssektor der Gesundheits- und Krankenpflege sonst nicht gegeben ist,
- ein erster Schritt getan ist, „Pflege“ im universitären Bereich zu etablieren,
- die Chance gegeben ist, „Pflegerwissenschaft“ im universitären Bereich weiterzuentwickeln.

Kritische Stimmen zu dieser Entwicklung, nämlich nur Teilfunktionen der Pflege (leitender und lehrender Bereich) zu akademisieren und nicht gleichzeitig die Ausbildung einer eigenständigen Wissensbasis voranzutreiben, verweisen darauf, dass eine „eigenartige Semi-Akademisierung“ (Heller 1995, 195) geschaffen wurde – denn letztlich werden nur sehr isoliert Ausbildungs- und Qualifikationsniveau einzelner Funktionen an-

gehoben: „Faktisch wird damit der zweite Schritt vor dem ersten getan: Zunächst wird die Ausbildung in Teilbereichen akademisiert, in der Hoffnung, dann auch den eigentlich ersten vollziehen und Pflegewissenschaften schaffen zu können.“ (ebd.)

Nach Schrems (2000) haben Universitätslehrgänge für lehrende und leitende Pflegekräfte vor allem berufspraktischen Gehalt und weniger Bedeutung für die Entwicklung pflegewissenschaftlicher Grundlagen: „Ziel dieser (.) Lehrgänge ist es nicht, die TeilnehmerInnen für eine wissenschaftliche Berufskarriere auszubilden, sondern sie für die Anforderungen des beruflichen Alltages in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens auf Basis theoretisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse zu qualifizieren.“ (ebd., 92) Eine wissenschaftlich fundierte Spezialisierung auf Leitung und Lehre kann aber nicht ohne die gleichzeitige Generierung von pflegewissenschaftlichem Grundlagenwissen erfolgen, das Erkenntnisse für Pflegepraxis, Pflegepädagogik und Pflegemanagement zur Verfügung stellen muss.

### **Akademisierung in der beruflichen Erstausbildung**

Anfang der 1980er Jahre begannen einzelne Krankenpflegesschulen kleine Forschungsprojekte zu pflegerischen Fragestellungen in den Unterricht zu integrieren und teilweise auch zu publizieren (Seidl 1993, 88). Als Vorreiter gelten die Krankenpflegesschulen am Rudolfinerhaus in Wien und am Krankenhaus Schwarzach in Salzburg (Kriegl 1999, 10).

Ab Ende der 1980er Jahre gab es (auch im Zusammenhang mit den Vorfällen am Krankenhaus Lainz) Initiativen, die Erstausbildung auf ein allgemeinbildendes und fachspezifisch höheres Niveau auszuweiten. Das Bildungsniveau des gesamten Berufsstandes sollte verbessert und die Durchlässigkeit in den tertiären Bildungsbereich gewährleistet werden: Diskutiert wurden das Modell einer Berufsbildenden Höheren Schule, die mit Matura, dem Diplom in Gesundheits- und Krankenpflege sowie mit der Berufsberechtigung abschließt, und das Modell eines Kollegs für jene, die bereits eine Matura vorweisen können bzw. den Vorbereitungslehrgang besucht haben. Das BHS-Modell wurde nie umgesetzt, das Kollegmodell, das als Schulversuch in Krems begonnen hatte, wurde nach kurzer Zeit gestoppt

(Maier-Wagrandl 1995, 92). Letztlich scheiterten die Versuche an den Finanziers mit der Argumentation: „1. Eine bessere Ausbildung könnte mit Gehaltsforderungen verbunden sein. 2. Der Mangel an Pflegepersonen kann dadurch nicht behoben werden.“ (acut 1992/1; zit. nach Schrems 1994, 25)

Mit dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) 1997 wurde erstmals das Unterrichtsfach „Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung“ in den Lehrplan aufgenommen. Dieser Unterricht kann nach Seidl (2000, 112) nur von Lehrenden, die an der Universität ausgebildet worden sind, geleistet werden. Derzeit ist noch nicht geklärt, ob das „Individuelle Diplomstudium Pflegewissenschaft“ auch für die Ausübung von Lehr- und Leitungsaufgaben anerkannt wird (ebd.).

### **Institutionalisierung von Pflegeforschung**

1992 wurde an der Johannes Kepler Universität Linz das erste Universitätsinstitut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung errichtet (Leiter: Univ. Prof. Dr. H. Stiegler). Das Institut besteht aus drei inhaltlich, finanziell und organisatorisch unabhängigen Abteilungen an drei unterschiedlichen Orten: der Abteilung für Gesundheitssystemforschung in Linz, der Abteilung für Geriatrie und Curriculumforschung in Krems und der Abteilung für Pflegeforschung in Wien.

Mit der Gründung des Instituts gelang es in Österreich erstmals, Pflegeforschung an einer Universität anzusiedeln. Auf die langjährigen und vielfältigen Initiativen und Projekte im Vorfeld der Gründung des Instituts kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Nach Seidl (1993, 88) lag aber die besondere Schwierigkeit darin, dass diese Vorarbeiten „von einer ganz kleinen Gruppe durchgeführt und fast immer neben der vollen Berufsarbeit geleistet werden mussten“. Die materiellen und finanziellen Ausgangsbedingungen der Abteilung für Pflegeforschung waren denkbar schlecht, da entgegen sonstiger Gepflogenheiten die notwendigen Mittel nicht vom Ministerium gestellt wurden, sondern über Drittmittel aufgebracht werden mussten (Heller 1993, 62).

Die Zielsetzungen der Abteilung für Pflegeforschung in Wien, unter der Leitung von Frau Univ. Doz. Dr. E. Seidl, sind schwerpunktmäßig (ebd., 66):

- Entwicklung und Förderung des Wissenschaftsbereiches „Pflege“ im gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Kontext
- praxisrelevante Forschung in den Berufsfeldern des extra- und intramuralen Bereichs zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung
- Beiträge zur Verbesserung des fachlichen Berufsniveaus der Pflege
- Förderung der Professionalisierung der Pflegeberufe in Österreich

### **3.2 Zwei aktuelle Strategien im Professionalisierungsprozess**

Im folgenden Kapitel werden die wesentlichen Grundzüge des neuen Berufsgesetzes und ihre möglichen Auswirkungen für die Pflegepraxis dargestellt. Weiters soll die Entwicklung einer Studienrichtung „Pflegerwissenschaft“ in Österreich nachgezeichnet und ihre Beiträge zur Weiterentwicklung im Berufsfeld erörtert werden.

#### **3.2.1 Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) BGBl 1997/108**

Das 1997 in Kraft getretene GuKG löste das in weiten Zügen aus dem Jahre 1961 (Novellierung 1973) stammende Krankenpflegegesetz ab. Berufsbilder und Tätigkeitsbereiche der einzelnen Berufe waren im Krankenpflegegesetz nur sehr allgemein umschrieben, führten häufig zu Auslegungsproblemen und wurden den aktuellen Anforderungen nicht mehr gerecht (Weiss-Faßbinder/Lust 2000, 15).

##### **3.2.1.1 Vorarbeiten zum neuen Berufsgesetz**

Erste Vorbereitungen leistete ab 1993 der *Arbeitskreis „Eigenständigkeit der Krankenpflege“*, an dem VertreterInnen

- des leitenden Krankenpflegepersonals aus ganz Österreich

- des Österreichischen Gewerkschaftsbundes
- des Österreichischen Krankenpflegeverbandes
- der Österreichischen Ärztekammer
- der ARGE der Pflegedienstleitungen Österreichs
- und des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz

beteiligt waren (ebd., 15).

Das vom Arbeitskreis erstellte *Positionspapier zur Gesundheits- und Krankenpflege* enthielt Forderungen hinsichtlich Berufsbild, Tätigkeitsbereich und neuer Berufsbezeichnung. Es diente als Grundlage für einen Gesetzesentwurf, der im Oktober 1994 dem allgemeinen Begutachtungsverfahren zugeleitet wurde. Die Ergebnisse des Begutachtungsverfahrens wurden in den Gesetzesentwurf eingearbeitet und am 10. Juli 1997 wurde das Gesetz vom Nationalrat beschlossen (ebd., 16).

### 3.2.1.2 Wichtigste Änderungen

Auf folgende Inhalte des GuKG wird nachstehend eingegangen (Weiss-Faßbinder/Lust 2000, 17):

- Schaffung eines eigenständigen Gesetzes für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe
- Festlegung von Berufsrechten und Berufspflichten
- Neuformulierung der Berufsbilder
- Änderung der Berufsbezeichnungen
- Detaillierte Umschreibung der Tätigkeitsbereiche
- Regelungen über Fort- und Weiterbildungen

#### ***Schaffung eines eigenständigen Gesetzes für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe***

Bis zum Jahr 1992 waren die Ausbildung und das Berufsrecht von 22 Gesundheitsberufen im Krankenpflegegesetz geregelt. Nach und nach wurden diverse Gesundheitsberufe aus-

gegliedert. Das GuKG regelt nunmehr nur die pflegerischen Berufe im engen Sinn und umfasst den „Gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege“ (vormals: Krankenpflegefachdienst) und die „Pflegehilfe“ (ebd., 15).

### ***Festlegung von Berufsrechten und Berufspflichten***

Erstmals wurden explizit *Berufspflichten* für die Gesundheits- und Krankenpflege formuliert. Zu den allgemeinen Berufspflichten zählt u. a. die *Pflegedokumentation*, die „der Professionalisierung Rechnung tragen soll“ und für Maßnahmen der Pflegequalitätssicherung als unverzichtbar gilt (ebd., 29). Gemäß § 5 Abs2 GuKG hat die Dokumentation insbesondere den Pflegeprozess zu enthalten. Weiters haben die gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege gemäß § 4 Abs 1 GuKG ihren Beruf unter *Einhaltung der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen* auszuüben.

### ***Neuformulierung der Berufsbilder***

Gemäß § 11 Abs 1 GuKG ist der „Gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege“ der *pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten*. Die gesetzliche Verankerung von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im Berufsbild der Pflege ergibt sich aus der gesundheitspolitischen Tendenz, diesen Bereichen den gleichen Stellenwert wie dem kurativen Bereich zukommen zu lassen. Die Pflege hat dabei, vor allem in der primären Gesundheitsversorgung, eine wichtige Rolle einzunehmen (ebd.).

### ***Änderung der Berufsbezeichnungen***

In der neuen Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenschwester/bzw. –pfleger“ wird dem Aspekt der Gesundheitsförderung –und vorsorge Rechnung getragen. Da der Aufgabenbereich der Pflege neben der Wiederherstellung der Gesundheit des Menschen auch deren Aufrechterhaltung und Förderung umfasst, wird der Begriff „Gesundheitspflege“ in die Bezeichnung der Berufsgruppe integriert (ebd., 23). Die Schaffung neuer Berufsbezeichnungen soll außerdem eine „Entwicklung in die Wege leiten, die das Berufssehen des Pflegepersonals hebt und fördert“ (ebd., 40).

### ***Detaillierte Umschreibung der Tätigkeitsbereiche***

Bei der Umschreibung der Tätigkeitsbereiche unterscheidet das GuKG nun zwischen eigenverantwortlichem, mitverantwortlichem, interdisziplinärem und erweitertem Tätigkeitsbereich.

Der *eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich* umfasst Maßnahmen, die PatientInnen oder KlientInnen bei der Ausübung ihrer Lebensaktivität unterstützen bzw. für diese übernommen werden, wenn sie wegen Krankheit, Alter, geistiger oder körperlicher Behinderung oder sozialer Umstände dazu selbst nicht in der Lage sind. Die Ausübung dieser Tätigkeiten beinhaltet die patientInnen- bzw. klientInnenorientierte *Pflege nach dem Pflegeprozess* und ihre umfassende *Dokumentation* (ebd., 43). „Eigenverantwortlichkeit“ meint, dass Pflegendе bei der Ausübung ihrer Tätigkeiten für ihr eigenes Tun verantwortlich sind und keinen fachlichen Weisungen anderer Berufsgruppen unterliegen (ausgenommen sind Anordnungen im Rahmen der Organisation des Pflegedienstes). Mit dem Wort „eigenverantwortlich“ wird auch zum Ausdruck gebracht, dass BerufsinhaberInnen für den Schaden, den sie infolge nicht fachgemäßer Behandlung verursacht haben, selbst haften. Dabei muss jede Pflegeperson erkennen, ob sie die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt und danach handeln (ebd.). Im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches haben die Berufsangehörigen auch *an der Pflegeforschung mitzuwirken*. Damit wurde erstmals die rechtliche Grundlage für eine Akademisierung der Pflege geschaffen.

In den *mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich* fallen jene ärztlichen Tätigkeiten, die an diplomierte Pflegepersonen delegiert werden dürfen. Die Aufzählung dieser Tätigkeiten ist im GuKG nur beispielhaft gestaltet: Verabreichung von Arzneimitteln, Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen, Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, Blutentnahme aus der Vene, u. a. Jede ärztliche Anordnung hat *vor* Durchführung der Maßnahme schriftlich zu erfolgen und der Arzt/die Ärztin hat sich zu vergewissern, dass die betreffende Pflegeperson die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten zur Durchführung besitzt. Pflegepersonen, die diese Fertigkeiten im Rahmen ihrer Ausbildung oder durch spezielle Schulungen noch nicht erworben haben, dürfen nicht zu diesen Tätigkeiten herangezogen werden. Fehlende oder unvollständige ärztliche Anordnungen, die auf

Mängel in der Organisation zurückzuführen sind, sind nicht der Pflegeperson anzulasten und nicht von dieser zu kompensieren (ebd., 45ff).

Dem *interdisziplinären Tätigkeitsbereich* kommt durch die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen Angehörigen aller Gesundheitsberufe sowohl im intra- als auch im extramuralen Bereich eine besondere Bedeutung zu (ebd., 50).

Der *erweiterte Tätigkeitsbereich* umfasst die Ausübung von Spezial-, Lehr- oder Führungsaufgaben (ebd.).

### ***Regelungen über Fort- und Weiterbildungen***

Die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind verpflichtet, sich über die *neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse insbesondere der Pflegewissenschaft sowie der medizinischen Wissenschaft zu informieren*, sowie ihre in der Ausbildung erworbenen *Kenntnisse und Fertigkeiten zu vertiefen*. Die *Verpflichtung zur Fortbildung* in der Dauer von mindestens 40 Stunden innerhalb von jeweils fünf Jahren wird erstmals explizit festgelegt. Die Sicherstellung der regelmäßigen Fortbildung der Pflegepersonen obliegt dem Träger der Krankenanstalt (ebd., 127).

*Weiterbildung* dient der Vertiefung von persönlichen Kenntnissen und Fertigkeiten einer Pflegeperson *in einem bestimmten Bereich* (z. B. Onkologische Pflege, Hauskrankenpflege u. a.) und ist *nicht verpflichtend* (ebd., 128).

Mit dem **Bundesgesetz über die Berufsreifeprüfung**, BGBl I 1997/68, wurde die Möglichkeit geschaffen, dass Personen ohne Reifeprüfung, die u. a. eine Schule für Gesundheits- und Krankenpflege abgeschlossen haben, durch die Ablegung der Berufsreifeprüfung die Hochschulberechtigung erwerben können (ebd., 24). Nachdem Versuche misslangen, die Erstausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege auf ein höheres Niveau zu heben, wird die Neuregelung der Berufsreifeprüfung als Eckpfeiler am Weg zur Akademisierung gesehen (vgl. Kriegl 1999, 13). Die Berufsreifeprüfung erleichtert den Zugang zu allen Hochschulstudien und ermöglicht dadurch eine verbesserte Durchlässigkeit in den tertiären Bildungssektor. Die Prüfung gilt dem „Nachweis der

Studierfähigkeit“ und berechtigt zum Studium an jeder österreichischen Universität, während die Studienberechtigungsprüfung nur für *ein* bestimmtes Studium gilt. Die Absolvierung einer Berufsreife- bzw. Studienberechtigungsprüfung stellt für die Pflegenden dennoch einen mühsamen Umweg Richtung Studium dar, da die Prüfungen in der Regel neben den beruflichen und familiären Verpflichtungen abgelegt werden.

### 3.2.1.3 Entwicklungschancen oder Grenzen für die Pflegepraxis?

Das GuKG 1997 kann als politische Reaktion auf das sich wandelnde Berufsbild der Pflege verstanden werden. Mit gesetzlichen Bestimmungen werden in der Regel verschiedene Zwecke verfolgt: „Es geht um die Sicherung einer akzeptablen Pflegeversorgung und den Schutz der Öffentlichkeit vor nicht qualifizierten Fachkräften, aber auch um eine Förderung der beruflichen Weiterentwicklung, wobei man den Praktikern Verantwortlichkeit, Identität und Sozialprestige zuweist und das wirtschaftliche und allgemeine Wohlergehen der Pflegenden fördert.“ (Salvage 1995, 53) Bezogen auf die Pflegepraxis nehmen gesetzliche Bestimmungen direkten Einfluss auf Ablauf und Organisation der täglichen Arbeit. Der gesetzliche Rahmen kann die Handlungsfähigkeit der Pflegenden und die Entwicklungsmöglichkeiten des Berufs begrenzen oder erweitern, und er kann die Fähigkeit der Pflege, auf Wandel angemessen zu reagieren, stärken oder hemmen (ebd., 51f).

Folgt man der österreichischen Fachdiskussion, so sind es vor allem zwei zentrale Punkte, die das GuKG als „Meilenstein“ auszeichnen:

1. In Form des „Eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs“ § 14 GuKG ergibt sich die **Handlungsautonomie** der Pflege. Schwerpunkt dabei ist die Durchführung und Dokumentation des Pflegeprozesses als eigenständiger, eigenverantwortlicher und von der Medizin abgegrenzter Kompetenzbereich. Mit Gesundheitsförderungs- und Beratungstätigkeiten und der Mitwirkung an Pflegeforschung ergibt sich auch eine „horizontale“ **Erweiterung des pflegerischen Handlungs- und Verantwortungsspielraums**.

2. Das neue Berufsgesetz wird vielfach als „**Bekennnis zur Verwissenschaftlichung der Gesundheits- und Krankenpflege**“ (vgl. Allmer 2000, 101) gewertet. Pflegende haben *an der Pflegeforschung mitzuwirken* (§ 14 Abs 2 Ziffer 12 GuKG) und ihren Beruf *unter Einhaltung der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen auszuüben* (§ 4 Abs 1 GuKG) – damit wird eine Akademisierung der Pflege gesetzlich begründet.

Die Pflegenden in der Praxis sind nun aufgerufen, diesen Handlungsspielraum zu nützen, das GuKG „mit Leben zu erfüllen“ und „so zur Professionalisierung der Pflege weiter beizutragen“ (Hausreither 1998, 42). Diese saloppen Formulierungen überdecken die beträchtlichen Konsequenzen dieser Forderungen für die BerufsinhaberInnen. Wenngleich neue Aufgabenbereiche bereits in die Grundausbildung eingegliedert sind (z. B. Pflegeprozess, Grundlagen der Pflegewissenschaft und -forschung, Gesundheitsförderung, Hauskrankenpflege) kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Lehrinhalte bereits in adäquater Form in der Praxis umgesetzt und wirksam sind.

Die Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben in der täglichen Arbeit setzt einen entsprechenden aktuellen Kenntnisstand bei den BerufsinhaberInnen voraus. Sie erfordert eine Auseinandersetzung mit gesetzlichen Inhalten und ihrer Bedeutung für die eigene Arbeit, um „vom Wissen zum Handeln“ zu kommen. Die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung und die Entwicklung eines erweiterten Selbst- und Aufgabenverständnisses sind außerdem grundlegende Notwendigkeiten, um das GuKG „mit Leben“ erfüllen zu können. Dazu bedarf es sogenannter Schlüsselkompetenzen, die zu Offenheit und Innovation befähigen (vgl. Forster 2000, 68).

Die BerufsinhaberInnen benötigen zu einer adäquaten „Erfüllung“ des GuKG aber vor allem entsprechende Rahmenbedingungen, wie genügend Zeit und Raum, ausreichende finanzielle, personelle und strukturelle Ausstattung und nicht zuletzt eine adäquate Qualifikation. Dass es daran derzeit (noch) in vielen Bereichen fehlt, kann als Hemmnis in der Wahrnehmung der Entwicklungschancen bezeichnet werden.

## **3.2.2 Entwicklung einer Studienrichtung „Pflegerwissenschaft“**

### 3.2.2.1 Allgemeine Voraussetzungen

Wenn mit der begonnenen Akademisierung die Professionalisierung des Pflegeberufs eingeleitet werden soll, ist es nach Schaeffer (1999) unumgänglich, die infrastrukturellen Voraussetzungen für eine eigenständige Wissenschaftsentwicklung zu schaffen: „Professionalisierungsprozesse sind von vornherein zum Scheitern verurteilt, wenn die Ausbildung einer eigenständigen, universal gültigen Wissensbasis (..) vernachlässigt wird.“ (ebd.,145) An die Einrichtung des „Individuellen Diplomstudiums Pflegewissenschaft“ in Wien werden daher hohe Erwartungen im Zusammenhang mit einer fortschreitenden Professionalisierung des Pflegeberufs geknüpft.

Im Kontext einer Professionalisierungsstrategie hat Pflegewissenschaft zumindest folgenden Ansprüchen zu genügen (Forster 2000, 63f):

- hoher Stellenwert der Grundlagenforschung mit eigenständiger Theorie- und Konzeptentwicklung
- angewandte Forschung in Zusammenhang mit Praxisinnovationen, wobei PraktikerInnen sowohl in der Formulierung der Fragestellungen, als auch in der Durchführung, Auswertung und Umsetzung der Forschungsergebnisse eine starke Position innehaben
- ein substantieller Beitrag zur Redefinition der Berufsrolle und des Tätigkeitsfeldes der zukünftigen Pflege
- umfassende Antworten auf die drängende Frage der Aus- und Weiterbildung
- Kooperation und Interdisziplinarität im Konzert der verschiedenen Wissenschaften, die sich mit Gesundheit und Krankheit befassen

Wissenschaftlich ausgebildete Pflegekräfte zeichnen sich nach Landenberger (2000, 52) durch eine Reihe von „Schlüsselqualifikationen“ aus:

- Sie weisen eine ausgeprägte Handlungs- und Gestaltungsorientierung aus; sie wissen, dass die Situation der Pflege und die Berufssituation der Pflegenden formbar und veränderbar ist und dass die Berufsgruppe nicht darauf warten kann, dass andere (die

Leitungsebene, die Gesundheitspolitik) die Rahmenbedingungen in eigenem Interesse reformieren werden, sondern dass dies die Pflegenden auf allen Ebenen ihrer beruflichen Tätigkeit selbst initiieren und befördern müssen.

- Sie besitzen die Fähigkeit zur Reflexion des eigenen Handelns.

### 3.2.2.2 Einrichtung von pflegewissenschaftlichen Studienangeboten

Im Studienjahr 1985/86 wurde an der Geisteswissenschaftlichen Fakultät der Universität Graz ein pflegewissenschaftliches Lehrveranstaltungsprogramm als Kombinationsfach für Studierende der Pädagogik etabliert. Seitdem haben mehr als 60 Pflegekräfte dieses Studienangebot genutzt (Kriegl 1999, 11; zur Karriere der AbsolventInnen vgl. die Studie von Gruber/Kuss 1999).

Nach den sogenannten „Vorkommnissen im Krankenhaus Lainz“ im Jahre 1989 erhielt die Diskussion um Etablierung der Pflege auf Hochschulniveau neue Dynamik. ExpertInnen-Kommissionen wurden eingerichtet und unterbreiteten Vorschläge zur Strukturreform des Pflegeberufs (Seidl 1995, 32). Unter anderem wurden die Einrichtung eines Lehrstuhls für Pflegewissenschaften und die Ermöglichung eines Hochschulstudiums für leitendes und lehrendes Pflegepersonal vorgeschlagen. Basierend auf ExpertInnen-Gutachten formulierte das damals zuständige Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung: „Um die Pflege auf der Höhe des internationalen Niveaus betreiben zu können, wird es unumgänglich sein, Krankenpflegewissenschaft und –forschung als eigene Disziplin im Fächerkanon der Universität zu institutionalisieren.“ (zit. nach ebd., 33) Die Entwicklung des Berufs blieb in den nachfolgenden Jahren allerdings weit hinter diesen Bekenntnissen zurück.

Seit dem Wintersemester 1999/2000 wird erstmals an der Universität Wien das „Individuelle Diplomstudium Pflegewissenschaft“ angeboten. Pflegewissenschaftliche Lehrveranstaltungen werden mit für die Pflege relevanten Lehrveranstaltungen aus den Sozialwissenschaften und der Medizin kombiniert, wobei der Schwerpunkt auf letzteren liegt. Allgemein kritisiert wird die geringe Stundenzahl pflegewissenschaftlicher Fächer (8 von 62 Wochenstunden im ersten Studienabschnitt), da unter diesen Voraussetzungen

kaum von einem Studium der „Pflegerwissenschaft“, sondern eher von einer „Schmalspur-Pflegerwissenschaft“ (Forster 2000, 69), gesprochen werden kann. Die Form des „Individuellen Diplomstudiums“ stellt letztlich einen Kompromiss dar, da die eigentlichen Ziele, die Einrichtung eines ordentlichen Studiums mit einem Lehrstuhl für Pflegerwissenschaft und ein überfakultäres Institut für Pflegerwissenschaft, (noch) nicht erreicht werden konnten. Die Studiendauer beträgt 8 Semester, der verliehene akademische Grad ist „Magistra bzw. Magister der Philosophie“. Im Wintersemester 1999/2000 waren 32 Frauen und 9 Männer inskribiert (Weber 2000, 25). Für die inhaltliche Entwicklung des Studienprogramms war im Wesentlichen die Abteilung für Pflegeforschung verantwortlich (Kriegel 1999, 11).

Die AbsolventInnen des individuellen Diplomstudiums sollen auf folgende Aufgaben vorbereitet werden (vgl. Kozon/Mayer/Seidl 2000, 29-36):

- Lehre und Unterricht in Gesundheits- und Krankenpflegeschulen (z. B. die Fächer Pflegerwissenschaft und –forschung nach dem GuKG 1997) *[noch ist allerdings nicht geklärt, ob das Studium zur Ausübung lehrender Funktionen berechtigt; vgl. Seidl 2000, 112]*
- Wissenschaft und Forschung (an Universitäten und Instituten)
- Beratung und Unterstützung von KlientInnen mit Erkrankungen, bei denen pflegerisches ExpertInnenwissen gefragt ist (z. B. Diabetesschulung, Beratung von Parkinson-PatientInnen)
- Organisation/Management in Akutkrankenhäusern und extramuralen Einrichtungen
- Einrichten und Betreuen von Zentren für Gesundheitsförderung
- Erweiterung des Wissenschaftsbereiches Pflege im Kontakt mit ExpertInnen anderer Länder

An dieser Stelle ist auf das Problem der unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen zum „Individuellen Diplomstudium Pflegerwissenschaft“ hinzuweisen: Gesundheits- und Krankenpflegeschulen vermitteln keinen Maturaabschluss, daher können Pfleger zumeist nur über den Weg einer Studienberechtigungs- oder Berufsreifeprüfung studieren. Da eine vorausgehende Pflegeausbildung für das Studium der Pflegerwissenschaft nicht verpflichtend ist, wird es bald AbsolventInnen geben, die nicht pflegen dürfen, da sie nicht entsprechend ausgebildet sind (Weber 2000, 28).

Pflegewissenschaft an der Universität Wien befindet sich in der Aufbauphase und die Voraussetzungen zur Erfüllung oben genannter Ansprüche sowie eine allgemeine Anerkennung sind noch nicht vollständig gegeben: „Unter der Oberfläche freundlicher Bekenntnisse ist die Skepsis freilich immer noch spürbar und die Unterstützung immer noch schwach oder vereinzelt, sowohl bei den etablierten ‚Platzhaltern‘ des Gesundheits- und Bildungssystem als auch bei den zuständigen Politikern und nicht zuletzt auch innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden und ihrer Interessenorganisationen selbst.“ (Forster 2000, 55)

Mehr oder weniger zeitgleich mit der Einführung des überfakultären „Individuellen Diplomstudiums Pflegewissenschaft“ meldete die Studienkommission Medizin Interesse an, ein ordentliches Studium der Pflegewissenschaften an der Medizinischen Fakultät einzurichten, und legte umgehend einen Entwurf für ein derartiges Studienangebot vor (Firbas 2000, 37f). Die Argumente, Pflegewissenschaft an der Medizinischen Fakultät anzusiedeln, lassen aufhorchen: das gemeinsame Ziel von Medizin und Pflege in der Arbeit am Patienten ließe sich an einer interdisziplinären Fakultät am besten verwirklichen; Ressourcen könnten wechselseitig zum Einsatz kommen; gegenseitiges Verständnis und Vertrauen müsse aufgebaut und einem Auseinanderdriften der beiden Sparten entgegengewirkt werden (vgl. ebd.). Diese Argumentation lässt den Eindruck entstehen, dass sich bei den MedizinerInnen durch die Eigenständigkeitsbewegung im Pflegeberuf ein gewisses Unbehagen einstellt, welches „reflexartig“ die Anbindung von Pflegewissenschaft an die Medizinische Fakultät einfordern lässt. Die „Kontrolle“ eines Pflege-Studiums würde damit letztlich den MedizinerInnen übertragen und sich geradezu als „Gegenprogramm“ im Professionalisierungsprozess der Pflege darstellen.

Auch wenn infrastrukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen für die Entwicklung einer „Pflegewissenschaft“ in Österreich in nächster Zukunft geschaffen werden (was in Anbetracht der gegenwärtigen bildungspolitischen Entscheidungen fragwürdig erscheint), müssen eine Reihe weiterer Fragen reflektiert werden (vgl. beispielsweise Moers 2000; Forster 2000; Schaeffer 1994; 1999):

- Welche Funktion können PflegewissenschaftlerInnen im Berufsfeld einnehmen, wo werden sie eingesetzt?

- Wie lässt sich der Transfer pflegewissenschaftlichen Wissens in die Praxis, wie der Transfer praxisbezogener Fragestellungen in die Pflegewissenschaft systematisch gestalten?
- Welche Probleme können sich mit der Differenzierung in akademisch und nicht-akademisch ausgebildete Pflegekräfte für die berufliche Einheit ergeben? Wie kann einer neuen „Hierarchisierung“ innerhalb der Pflege entgegengewirkt werden?
- Wie kann Akzeptanzproblemen der PflegewissenschaftlerInnen in der Praxis begegnet werden, vor allem in Anbetracht der Situation, dass sie unter Umständen keine Berufsberechtigung zur Ausübung von Pflege haben und kein „Erfahrungswissen“ aufweisen können?
- Wird langfristig eine wissenschaftliche Qualifikation aller Pflegenden angestrebt? Wenn ja, was heißt das für die „direkte Pflege“?

Mit der Einrichtung von Pflegewissenschaft gehen Dynamiken einher, die zu neuen Fragen führen, von deren erfolgreicher Lösung nächste Professionalisierungsschritte abhängig gemacht werden können. In der aktuellen Diskussion wird deutlich, dass insbesondere das Verhältnis Theorie-Praxis in all seinen Facetten berücksichtigt werden muss, um Pflegewissenschaft erfolgreich zu etablieren und sie zur anerkannten „Praxisdisziplin“ zu machen. Das Thema der Bildungsstrukturen in der Pflege bleibt in diesem Zusammenhang evident: „Was dringend entwickelt werden muss, ist ein Gesamtkonzept, das die Grundausbildung in der Pflege, die Sonderausbildungen und Universitätslehrgänge, (..) sowie ein pflegewissenschaftliches Regelstudium sinnvoll und mit maximaler Durchlässigkeit aufeinander abstimmt.“ (Forster 2000, 69)

Was die angesprochenen Reformen im Einzelnen bewirken werden, ist schwer abschätzbar, „auch deshalb, weil ihnen keine eindeutige Perspektive und keine einheitliche Strategie zugrundeliegt“ (ebd., 62). Hinzu kommen Widersprüchlichkeiten, die den Beruf immer noch prägen und Barrieren im Professionalisierungsprozess darstellen können. Diese möchte ich im nächsten Abschnitt umreißen.

### 3.3 Gesellschaftliche und innerberufliche Barrieren

Der Professionalisierungsprozess der Pflege geht nicht problemlos vor sich. Vielmehr bestehen Hindernisse, die den Prozess schwierig und langsam gestalten. Gesellschaftliche Barrieren stehen in engem Zusammenhang mit jenen Merkmalen und Ambivalenzen, mit denen der Pflegeberuf traditionellerweise zu kämpfen hat, und spiegeln sich in innerberuflichen Konfliktlinien wider.

Auf **gesellschaftlicher Ebene** identifiziert Salvage (1995, 12) vor allem drei Faktoren, die die Weiterentwicklung der Pflege behindern: *fehlende Macht, Geschlechterdiskriminierung* und *Medikalisierung*.

- *Fehlende Macht*

Pflegende sind kaum in die konzeptionelle Arbeit und in die Entscheidungsfindungsprozesse des Gesundheitssystems einbezogen. Diese Schwäche des Pflegeberufs ist symbolisch und lässt erkennen, welche Machtposition Pflegende de facto haben: „Fehlende formale Macht an der Spitze wird sich wahrscheinlich anderswo wiederholen, beispielsweise in der Tatsache spiegeln, dass die Pflegenden zur Entscheidungsfindung im Gesundheitsversorgungsteam nichts beitragen.“ (ebd.)

- *Geschlechterdiskriminierung*

Frauen stellen die große Mehrheit der Pflegenden. Der Pflegeberuf trägt daher die typischen Merkmale eines Frauenberufs: schlechte Bezahlung, geringes Sozialprestige, fehlende Anerkennung, schlechte Arbeitsbedingungen, spärliche Karriereaussichten und eine unzureichende Ausbildung (ebd., 13).

- *Medikalisierung*

Gesundheitssysteme werden von der Medizin dominiert – die akute medizinische Behandlung sichert sich immer noch den „Löwenanteil an Prestige und Ressourcen“ (ebd.). Der pflegerische Anteil an Heilung ist unsichtbar und wird unterschätzt. Wenn der Stellenwert der Pflege nicht anerkannt wird, wird er von den Pflegenden selbst unterschätzt.

Zu den gesellschaftlichen Bedingungen kommen **innerberufliche Barrieren**, die letztlich zur Uneinheitlichkeit der Berufsgruppe führen und eine Professionalisierung erschweren (vgl. beispielsweise Heller 1993; Kühne-Ponesch 1996):

- *unterschiedliches Berufsverständnis*
- *ausgeprägte Hierarchien*
- *hierarchische Kommunikationsmuster und eine fehlende Gesprächskultur*
- *ein unterentwickeltes Solidarvermögen*
- *persönliche Intrigen und Interessenkollisionen*
- *Divergenzen zwischen den verschiedenen Gruppen innerhalb der Pflege*
- *kaum kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Berufsgruppe*
- *ein unterentwickeltes Frauenbewusstsein*

### **3.4 Mitgestaltung im Pflegeberuf**

Wenn Professionalisierung als Prozess verstanden wird, „der von den Berufsangehörigen selbst bzw. ihren berufsständischen Vertretern in Gang gesetzt und getragen werden muss“ (Robert Bosch Stiftung 1992, 164), stellt sich die Frage, inwieweit die Berufsangehörigen in gegenwärtige Entwicklungen eingebunden sind: In welcher Form nehmen Pflegende Einfluss auf den Veränderungsprozess? Welche Bereitschaft zeigen sie zur Mitgestaltung?

Mitgestaltung beginnt zwar im Berufsalltag, reicht aber weit über die eigentliche Pflegearbeit hinaus. Sie kann sich in vielfältiger Weise auf verschiedenen Ebenen manifestieren und unterschiedliche Wirkung entfalten. Mitgestaltung ist immer auch „politisches Handeln“, im Sinne eines zielgerichteten Handelns zur Veränderung oder aber auch zur Erhaltung bestimmter Ordnungen.

Steppe (2000a, 89ff) unterscheidet in qualitativer Hinsicht zwischen „passiver“ und „aktiver Mitgestaltung“ der Berufsgruppe in (berufs-)politischen Angelegenheiten. Entgegen dem bekannten Vorwurf, Pflege sei unpolitisch und einflusslos, verhalten sich Pflegende Steppe’s Ansicht nach sehr wohl politisch und damit gestaltend: Letztlich führen

auch passive Verweigerung, Desinteresse, oder gegenseitige Abwertung und Abgrenzung zwischen den verschiedenen Gruppierungen (z. B. Pflegedienstleitung gegen Lehrende, Intensiv- gegen Normalstationen, Theorie gegen Praxis) zu einer bestimmten Wirkung. Diese Art der „passiven Mitgestaltung“ beeinflusst das Bild von Pflege im Gesundheitswesen und in der Öffentlichkeit und kann somit eine erhebliche Wirkung nach außen haben, auch wenn sie nicht als solche gesehen bzw. bewusst gestaltet wird.

„Aktive Mitgestaltung“, im Sinne einer „aktiven Übernahme von Verantwortung oder in der Bereitschaft, sich öffentlich der Kritik zu stellen oder auch neue und unübliche Funktionen für die Pflege wahrzunehmen“ (ebd., 89), hat innerhalb des Berufs keine große Tradition. Der geringe Organisationsgrad der Pflegenden in Berufsverbänden und das schwach ausgeprägte Kollektivbewusstsein haben dazu geführt, dass es noch weitgehend „Einzelkämpferinnen und Pioniere“ sind, die in Verbänden und anderen Organisationen stellvertretend für die ganze Berufsgruppe Grundlagen für neue Strukturen schaffen. Aktive Mitgestaltung ist damit im Ansatz vorhanden, „wobei sich das Bewusstsein der Notwendigkeit aktiver statt passiver Mitgestaltung noch etwas zögerlich entwickelt“ (ebd.). Nach Steppe ist es vielen Pflegenden offensichtlich angenehmer, andere die Arbeit machen zu lassen und zu kritisieren, als sich selbst zu beteiligen. Folgt man dieser Argumentation, befindet sich die breite Basis der Pflegenden eher in einer passiv „reagierenden“ als in einer aktiv „handelnden“ Position. Im Zusammenhang mit den Professionalisierungsbestrebungen führt dies zu einem grundsätzlichen Dilemma: „das relativ unpolitische Selbstbild der Pflegenden einerseits und die dringende Notwendigkeit der politischen Profilbildung andererseits (..)“ (ebd., 89).

Nach Steppe ist es für die Pflegenden dringend notwendig, politisches Bewusstsein zu entwickeln und politisches Handeln zu einem Bestandteil ihres Alltagshandelns zu machen. Die Effektivität dieses politischen Handelns hängt wesentlich davon ab, inwieweit es gelingen wird, Solidarität zwischen den Pflegenden zu schaffen: die Bereitschaft, Gemeinsamkeiten trotz unterschiedlicher individueller Einstellungen zu finden; einen eigenen Standpunkt nicht nur zu haben, sondern ihn auch gegen Widerstände zu vertreten, eigene Grenzen zu akzeptieren, die Welt auch außerhalb der Pflege zu sehen und Mehrheiten zu suchen und auch zu finden (ebd., 90).

Der bisher dargestellte gesellschaftliche und innerberufliche Kontext von Professionalisierung muss um den organisatorisch-institutionellen erweitert werden. Um Veränderungsmöglichkeiten für den Beruf sichtbar zu machen, ist das Aufzeigen der Bedingungen des engeren beruflichen Umfelds und seiner Auswirkungen auf die Pflege wichtig. Pflege findet in unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen statt und verfolgt verschiedene Zielsetzungen. Im folgenden Kapitel sollen die Spezifika der pflegerischen Handlungsfelder Krankenhaus und Hauskrankenpflege umrissen werden.

## 4 Das pflegerische Handlungsfeld Krankenhaus

Für die Mehrzahl der beruflich Pflegenden ist das Krankenhaus der traditionelle Arbeitsplatz. Bartholomeyczik (1993) konstatiert für die Pflege im Krankenhaus „restriktive Arbeitsbedingungen, eine chronische Mangelsituation, Chaos und Diffusität“ (ebd., 97). Die belastenden Bedingungen sind seit langem bekannt und offenbar zementiert. Durch „die individuellen Kompensationsversuche in dieser Mangelsituation, besteht nach außen der Eindruck, dass es doch irgendwie zu schaffen sei“ (ebd., 98).

Das Akutkrankenhaus ist die zentrale Organisation im medizinischen System – in ihr werden kranke Menschen versorgt, ärztlich behandelt und pflegerisch betreut. Krankenhäuser haben eine *spezifische Organisationsstruktur* und bieten den Beschäftigten spezifische Arbeitsbedingungen und –formen. Besonderheiten des pflegerischen Tätigkeitsfeldes Krankenhaus sind:

- berufsständische Hierarchisierung
  - unterschiedliche „professionelle Kulturen“
  - Dominanz der medizinischen Profession
  - formale Autonomie – faktische Abhängigkeit der Pflege
  - „Versäulung der Kommunikation“
  - pflegeinterne Hierarchien
  - ein personenbezogenes Verständnis von Leitung
  - technikintensive versus interaktionsintensive Tätigkeiten
  - Ökonomie, Effizienz – und Pflegequalität?
- 
- ***Berufsständische Hierarchisierung***

Die Gesamtleitung des Krankenhauses ist berufsständisch zusammengesetzt und besteht aus drei Säulen: ärztliche Direktion, Pflegedirektion und Verwaltungsdirektion. Auch wenn diese drei Bereiche gleichberechtigt nebeneinander in ständiger Kooperation agieren sollten, sind sie in der Praxis deutlich voneinander getrennt und von Hierarchisierungen

geprägt. Aus dieser berufsständisch-hierarchischen Arbeitsgestaltung resultieren Status-, Macht- und Kompetenzkonflikte, insbesondere zwischen ärztlichem und pflegerischem Bereich (Badura 1993, 34). Eine spezielle Problematik ergibt sich daraus, dass der Pflegedienst der ärztlichen Fachaufsicht untersteht – alleine dadurch hat der ärztliche Direktor eine besondere Position gegenüber der Pflegedienstleitung (Küpper 1996, 75). Die starren hierarchischen Strukturen im Krankenhaus werden häufig damit gerechtfertigt, dass Handlungen und Entscheidungen auf Notfälle zugeschnitten sein müssen und schwerwiegende Konsequenzen haben können – klare Weisungs- und Kommunikationslinien seien daher vonnöten (Seidl 1990, 53).

- ***Unterschiedliche „professionelle Kulturen“***

Krankenhäuser sind „professionelle Organisationen“, d. h. Fachwissen, Selbstverständnis und Berufsethos der Beschäftigten, wie sie in der Ausbildung vermittelt werden, prägen die Art ihrer Aufgabenbewältigung (Badura 1994, 33). So sind ÄrztInnen und Pflegende nicht nur Angehörige unterschiedlicher Berufe, „sondern auch unterschiedlicher Kulturen“ (ebd., 48). Die unterschiedlichen „Kulturen“ erschweren die Zusammenarbeit von Medizin und Pflege und resultieren aus folgenden Ursachen (Orendi 1993, 150f):

- unterschiedliche „Sprachen“: Fachterminologie vs. Verständlichkeit
- unterschiedliche Gesundheits-Konzepte: naturwissenschaftlich vs. ganzheitlich
- unterschiedliche Ziel- und Bewertungskriterien des täglichen Handelns: Funktionsfähigkeit vs. Wohlbefinden
- Statusunterschiede: akademische vs. nicht-akademische Ausbildung (Prestige, Einkommen)
- Hierarchieunterschiede: Überordnung vs. Unterordnung
- Männerberuf – Frauenberuf: Anerkennung vs. Nicht-Anerkennung

Daraus ergibt sich ein „Neben- und Miteinander unterschiedlicher professioneller Traditionen und Kulturen“. Ausdruck dafür ist das widersprüchliche Verhältnis von Medizin und Pflege, das geprägt ist durch ein hohes Maß an Arbeitsteilung einerseits und

notwendige Kooperation andererseits, notwendige fachliche Abgrenzung und hohes Maß gegenseitiger Abhängigkeit (Grossmann 1993, 305).

- ***Dominanz der medizinischen Profession***

Die Dominanz der Medizin über alle anderen ExpertInnen ist ein zentrales Strukturmerkmal in der Organisation Krankenhaus – Kommunikationsabläufe, Arbeitsprozesse sowie die gesamte Organisationsentwicklung sind von ihr geprägt (Küpper 1996, 12). Der medizinischen Profession allein wird die Fähigkeit zu Diagnose und Behandlung von Krankheiten zugestanden. Obwohl die Pflegekräfte die größte Berufsgruppe im Krankenhaus darstellen, nehmen sie in diesem System eine untergeordnete Position ein. Durch die ärztliche Kontrolle aller Arbeitsabläufe im diagnostisch-therapeutischen Bereich beeinflussen die MedizinerInnen auch entscheidend die Pflegeprozesse (ebd., 56). Die starke berufliche Abhängigkeit der Pflege „führt nicht nur dazu, dass sie Entwicklungen nicht eigenständig betreiben kann, sondern auch, dass die gegenwärtigen Innovationsversuche von außen behindert und verunmöglicht werden. Weil sich die Pflege in einem vielfachen Abhängigkeitsgeflecht befindet, vollzieht sich ihre Entwicklung im Sinne der Akademisierung und Verwissenschaftlichung auch relativ langsam.“ (Heller 1994, 188).

- ***Formale Autonomie – faktische Abhängigkeit der Pflege***

*Formal* ist die Pflege im Krankenhaus organisationsautonom, *faktisch* wird ihr aber kaum Autonomie zuerkannt, und sie ist in ihren Handlungsbedingungen stark durch die Erfordernisse der Medizin bestimmt (Schaeffer 1994, 119). Zusätzlich eingeschränkt wird der Handlungsspielraum der Pflege durch den steigenden administrativen Aufwand im Krankenhaus. Dies führt zu einem „Orientierungsdilemma“ bei den Pflegenden, die oft nicht wissen, welchen Anforderungen sie primär nachkommen sollen: „denen, die die Medizin an sie stellt, denen, die ihnen administrativ abverlangt werden, oder denen, die eigenen Erwägungen erwachsen. Meist haben sie Schwierigkeiten, zwischen den

widersprüchlichen Anforderungen zu differenzieren, und behandeln (.) pflegespezifische Erwägungen als nachrangig.“ (ebd., 119f) Mangelnde Autonomie ist in erster Linie ein Merkmal der Tätigkeit sowie der Stellung innerhalb der Organisation – das Problem liegt dort, wo Pflegende zwar Arbeit leisten, die Erfahrung und spezielles Wissen voraussetzt, sie aber von fast allen Gestaltungsmöglichkeiten in der Organisation ausgeschlossen sind (Kathan 1991, 98).

- **„Versäulung der Kommunikation“**

Auch Kommunikationsprozesse im Krankenhaus, insbesondere Konfliktlösungen, sind von den bestehenden Hierarchien geprägt und werden meist nur auf der vertikalen Ebene, über die Führungskräfte des jeweiligen Bereichs, geführt. Horizontale, also bereichs- und berufsgruppenübergreifende Auseinandersetzungen, sind kaum ausgebildet. Dies kann für interprofessionelle Teamarbeit an den Stationen ebenso gelten wie für die Abstimmung zwischen den Fachbereichen (Grossmann 1993, 306f). Von Wedel-Parlow (1993) spricht in diesem Zusammenhang von einer „Versäulung der Kommunikation“, die zu erheblichen Kenntnislücken über die Arbeitsorganisation und –inhalte der jeweils anderen Berufsgruppe führt (ebd., zit. nach Küpper 1996, 56). Daraus ergibt sich eine starke Abgrenzung der Berufsgruppen, wenig Kooperation und Koordination, fehlende Informationen und letztlich eine unzureichende Ausrichtung der Medizin und Pflege als gemeinsame Leistung für die PatientInnen.

- **Pflegeinterne Hierarchien**

Die Pflegehierarchie ist die historisch älteste Hierarchie im Krankenhaus und stammt aus der Armee- bzw. Kriegskrankenpflege und aus der Ordenskrankenpflege (Schober 1994, 90). An der Spitze steht die Pflegedienstleiterin, auch Oberin genannt, es folgen Oberschwester/-pfleger, dann Stationsleitung, Stationsleitungs-Vertretung, dann die „direkt“ Pflegenden, die PflegehelferInnen, und am untersten Ende stehen die Pflege-SchülerInnen. Daraus ergeben sich Status- und Machtunterschiede innerhalb der Berufs-

gruppe, die sich beispielsweise auf Stationsebene derart manifestieren können, dass unangenehme Aufgaben nach unten abgeschoben und stattdessen „höherwertige“, meist arztnahe, Tätigkeiten übernommen werden. Nähe zu ärztlichen und therapeutischen Verrichtungen, höheres Dienst- und Lebensalter bedingen höheren Status (ebd., 91).

Auch die Kommunikationsstruktur innerhalb der Pflege ist vertikal im Sinne der erwähnten „Versäulung“, wobei der Stationsleitung eine zentrale Stellung zukommt. Über sie laufen alle Informationen und Entscheidungen über organisatorische, administrative und pflegerische Belange, sie hat Umgang mit allen Berufsgruppen, Abteilungen, Hierarchieebenen, PatientInnen und Angehörigen. Die Funktion der Stationsleitung ist somit Schnittstelle nach „innen“ und nach „außen“, nach „oben“ und nach „unten“ und ist unterschiedlichen, zum Teil auch gegensätzlichen Erwartungen ausgesetzt (Berger 2000, 5f). Die Professionalisierungsbestrebungen stellen neue Anforderungen an die Stationsleitung im Krankenhaus und bedeuten vor allem, „dass ihr bezüglich der Vielzahl an Veränderungen und Anforderungen, die von den Pflegenden umgesetzt werden müssen, die Rolle eines ‚Prozessbegleiters‘ zukommen wird“ (Krebs 1997; zit. nach ebd., 47).

Die hierarchischen Strukturen beeinflussen die Beurteilung der Führungspersonen von Seiten der Pflegenden: Direkte Vorgesetzte (z. B. Stationsleitungen) werden positiver eingeschätzt als weiter entfernte Vorgesetzte (z. B. Pflegedienstleitungen). An *Stationsleitungen* wird häufig autoritärer Führungsstil, geringe Informationsbereitschaft und Mangel an sozialer Kompetenz (z. B. Kritik- und Kommunikationsfähigkeit, Reflexionsvermögen) kritisiert. Ihre Vermittlungsfunktion zwischen Pflege team und ÄrztInnen wird als Machtstellung betrachtet (Albert 1998, 125). Ähnliches ergibt sich für die Beziehung zur *Pflegedienstleitung*. Ihre Inkompetenz erhöht nach Einschätzung der Pflegekräfte das Belastungspotenzial in der Praxis (ebd.). Häufig wird die Ansicht vertreten, dass die Pflegedienstleitung „am Bett mitarbeiten“ soll, um die pflegerische Arbeit kompetent beurteilen zu können: „Eine Akzeptanz höherer Positionen ist scheinbar nur über den Praxisbezug möglich. (...) Obgleich sich die Krankenpflegekräfte einen Vorgesetzten mit idealen Führungseigenschaften wünschen, sind sie kaum bereit, einen eigenen Beitrag zur Verbesserung der beruflichen Situation zu leisten.“ (ebd., 126) Dies kann dazu führen, dass Erwartungen unklar bleiben und es bei geringem Willen zur

Veränderung zum Verfestigen der bestehenden Strukturen kommt. In Anbetracht der künftig notwendigen „Prozessbegleitung“ wird das Verhältnis zwischen Pflegenden und Führungskräften an Bedeutung gewinnen und sich unter den gegebenen hierarchischen Strukturen neu definieren müssen.

- ***Ein personenbezogenes Verständnis von Leitung***

Entsprechend der beschriebenen Kommunikationsstrukturen findet sich in der Organisation Krankenhaus auch ein „personenbezogenes, charismatisches Verständnis von Leitung“ (Grossmann 1993, 307). Leitungskompetenz wird häufig mit besonderen persönlichen Eigenschaften verbunden und selten „mit der Wahrnehmung von wichtigen Funktionen für eine professionelle Gestaltung von Arbeitsbeziehungen und Arbeitsstrukturen und dem Zustandekommen von adäquaten Entscheidungen und Regelungen“ (ebd.). Das Verhältnis zur Leitung ist aufgrund dessen sehr „enttäuschungsanfällig“, denn unbefriedigende Situationen im Arbeitsalltag werden den Führungskräften zugerechnet – dieses Verständnis von Leitung ist spezifisch für hierarchisch strukturierte Organisationen (ebd., 307f).

- ***Technikintensive vs. interaktionsintensive Tätigkeiten***

Mit der Entwicklung der Hochleistungsmedizin im Akutkrankenhaus ging eine *Aufwertung technikintensiver* und eine *Abwertung interaktionsintensiver Maßnahmen* einher. Dies führte dazu, dass die Pflege zunehmend durch Technik und Behandlungspflege absorbiert wurde und ihre genuine Aufgabe, zwischenmenschliche und pflegerische Fähigkeiten zur Linderung von körperlichem und seelischem Leiden einzusetzen, vernachlässigt wurde (Badura 1994, 34ff). Bedingt durch die Technisierung der Krankenhausarbeit und die permanente Personal- und Zeitknappheit konkurrieren im Aufgabenprofil der Pflege mittlerweile technikintensive und interaktionsintensive Tätigkeiten. Badura sieht darin eine der strukturellen Ursachen für die gegenwärtigen Identitätsprobleme und Belastungen in der Pflegearbeit (ebd., 49).

- **Ökonomie, Effizienz – und Pflegequalität?**

Aspekte der Ökonomie und Effizienz in der stationären PatientInnenversorgung rücken immer mehr in den Vordergrund. Das Spannungsfeld, das sich durch den Qualitätsanspruch an eine patientInnenorientierte Betreuung und der Begrenzung der ökonomischen Ressourcen ergibt, wirkt sich in besonderem Maße auf die Pflege aus. An sie wird appelliert, einerseits eine individuelle, bedürfnisorientierte Pflege und eine „humanere“ Betreuung im Krankenhaus zu gewährleisten, andererseits werden die Rahmenbedingungen dafür nicht geschaffen. Bischoff (1997) sieht in der Diskussion um PatientInnenorientierung die Gefahr, dass Krankenhaus und Medizin PatientInnenorientierung nur als „humanes Alibi gegenüber Kritik von außen“ benützen, Strukturen und Bedingungen aber beibehalten werden (ebd., 148).

#### **4.1 Untersuchungsspezifischer Kontext – Arbeiten an einer Universitätsklinik**

Die von mir interviewten Pflegepersonen aus dem Normal- und Intensivpflegebereich sind an Universitätskliniken im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien beschäftigt. Ein Krankenhaus, das nicht nur der Behandlung und Pflege von PatientInnen dient sondern darüber hinaus eine Ausbildungs- und Forschungsfunktion inne hat, bedingt von vornherein spezifische Arbeitsbedingungen.

- Pflegende arbeiten mit ÄrztInnen zusammen, die oft nur über *mangelnde Erfahrung* verfügen und/oder *häufig wechseln*.

Für Pflegekräfte heißt das, sich nicht nur ständig auf neue PatientInnen einstellen zu müssen, sondern darüber hinaus auf TurnusärztInnen, auf ÄrztInnen in Fachausbildung oder auf ÄrztInnen, die semesterweise wechseln. Sich nicht zu kennen, mit Erfahrung und Kompetenz des jeweils Anderen nicht vertraut zu sein und sich in kurzen Abfolgen immer wieder auf neue Personen einstellen zu müssen, führt zu einem latenten Gefühl von Instabilität und Unsicherheit (Kathan 1991, 129). Stabilität kann durch strikte Betonung

des Rollenverhaltens erzeugt werden. Rollen „(..) legen fest, wie sich der Einzelne innerhalb eines bestimmten sozialen Gefüges verhalten kann oder darf, sie erleichtern vor allem den Umgang mit Personen, die sich fremd sind“ (ebd., 130). Es ist klar, wer Arzt/Ärztin und wer Schwester/Pfleger ist, unabhängig von individuellen Erfahrungen, Kenntnissen und Kompetenzen. Rollen geben aber nur einen Rahmen für den Umgang miteinander vor, sie müssen mit individuellen Erfahrungen ausgefüllt werden. Dazu kommt es durch den ständigen Wechsel oft nicht. Auch das Klima auf einer Station ist dadurch beeinflusst: die Herausbildung verlässlicher Strukturen, die eine Voraussetzung für Teamarbeit sind, wird dadurch erschwert (ebd., 132). Um wechselseitige „Verlässlichkeit“ zu erzeugen, sind daher beträchtliche Anpassungsleistungen der Pflegekräfte (und der ÄrztInnen) erforderlich.

- *Unzureichende Erfahrung* und *Unsicherheit* bei ÄrztInnen spielen eine wichtige Rolle in bestimmten Arbeitsbereichen.

„In vielen stationspezifischen Belangen kann eine routinierte Schwester über wesentlich mehr Erfahrung verfügen, mit Geräten und technischen Abläufen besser vertraut sein als ein Arzt, der noch nicht lange in diesem Bereich arbeitet.“ (ebd., 133) Im Intensivbereich wird die Unsicherheit von ÄrztInnen deutlicher erlebt als auf Normalstationen, da der Umgang mit lebensbedrohlichen Situationen Routinen und rasche Entscheidungen erfordert. Pflegende erkennen Fehler oder Unzulänglichkeiten von ÄrztInnen und müssen sie, im Hinblick auf eine sinnvolle Arbeit mit den PatientInnen, auch artikulieren. Diese Situation führt zwangsläufig zu Rollenkonflikten und das festgelegte Statusgefälle zwischen MedizinerIn und Pflegekraft kann „zumindest punktuell in Widerspruch mit den tatsächlichen Kompetenzen geraten“ (ebd.). Da auszubildende ÄrztInnen die Station wieder verlassen, wenn sie über genügend Erfahrung verfügen, wiederholen sich die beschriebenen Situationen für die Pflegenden immer wieder.

- Eine Universitätsklinik als Ausbildungsstätte für ÄrztInnen bedeutet die Betonung von *wissenschaftlichen Arbeiten und Forschung*.

Auch Pflegende sind, je nach Station in unterschiedlicher Weise, von (ärztlich-) wissenschaftlichen Arbeiten tangiert. Heraussuchen von Krankengeschichten, Dokumentationsarbeiten, bis hin zu zusätzlichen Blutdruckmessungen usw. werden von MedizinerInnen mehr oder weniger selbstverständlich eingefordert. Viele Pflegekräfte erleben diese wissenschaftlichen Hilfstätigkeiten als Störung der eigenen Arbeit, insbesondere dann, wenn Zielsetzung und Ergebnis einer Studie nicht nachvollziehbar sind. Genaugenommen arbeiten Pflegende „indirekt an den persönlichen Karrieren von Ärzten mit“ (Kathan 1991, 135f).

- Universitätskliniken sind Zentren der „*High-Tech-Medizin*“.

An einer Universitätsklinik stehen, mehr noch als in anderen Krankenhäusern, medizinische Technologien, umfassende diagnostische Maßnahmen und neue Behandlungsverfahren im Vordergrund. Dies beansprucht vermehrt auch die Aufmerksamkeit der Pflegenden, bindet ihre Arbeitskraft an „Maschinenarbeit“ und rückt interaktionsintensive Tätigkeiten in den Hintergrund.

Die genannten Bedingungen pflegerischer Arbeit an einer Universitätsklinik stellen eine Art Hintergrundfolie für die Besonderheiten der Tätigkeit in den Bereichen Normal- und Intensivpflege dar. Die spezifischen Arbeitsbedingungen dieser beiden Bereiche werden im folgenden Abschnitt zusammengefasst.

#### **4.2 Die Normalpflegestation**

Die pflegerische Arbeit auf Normalstationen zeichnet sich durch viele unterschiedliche Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche aus. Je nachdem, ob es sich um eine chirurgische,

interne, onkologische oder neurologische Station handelt, unterscheidet sich Ausmaß und Art der Krankheit, Betreuungs- und Versorgungsaufwand pro PatientIn, PatientInnenfluktuation usw. Dies bestimmt den Schwerpunkt und die Anforderungen pflegerischer Tätigkeit.

- Die Arbeit ist durch „*Zerissenheit*“, *Defizit-Gefühl* und *körperliche Schwerarbeit* geprägt.

Die notwendige Konzentration auf eine Tätigkeit wird häufig unterbrochen, da Pflegende gleichzeitig verschiedensten Anforderungen Rechnung tragen müssen. Daraus ergibt sich eine ständige Hetze und das Gefühl, die Arbeit nicht in der vorgesehenen Zeit erledigen zu können. Entsprechend oft fallen Überstunden an, die auch durch ungenügende Personalbemessung bedingt sind. Ausdruck dieses unspezifischen Zeitdrucks ist das „Defizit-Gefühl“, nicht genügend Zeit für PatientInnen zu haben und das Gefühl, ein selbstverständliches Berufsziel nie erreichen zu können. Eine weitere belastende Bedingung ist körperliche Schwerarbeit, die Pflegende bei der Arbeit mit pflegebedürftigen, bettlägerigen PatientInnen zu leisten haben (Bartholomeczik 1993, 89f).

- *Intensivierung des Arbeitsvolumens* und „*Bürokratisierung der Pflegearbeit*“

Durch die Steigerung des PatientInnenaufkommens und die Notwendigkeit, immer mehr PatientInnen in immer kürzerer Zeit zu versorgen, intensivierte sich der Arbeitsanfall für Pflegekräfte, insbesondere auf Abteilungen, die ohnehin eine hohe PatientInnenfluktuation aufweisen (z. B. Unfall-Stationen). Die Ausweitung diagnostisch-therapeutischer Leistungen hat dem Zuwachs an Arbeitsvolumen und –intensität eine besondere Prägung verliehen, für die der Begriff „Bürokratisierung der Pflegearbeit“ angemessen erscheint (Streich 1993, 230).

- Tendenzielle Abgabe der „Grundpflege“ an Pflegehilfskräfte

An Normalpflegestationen werden, im Gegensatz zu Intensivstationen, Pflegehilfskräfte eingesetzt und ebenso verantwortlich mit Pflegeaufgaben betraut wie diplomierte Pflegepersonen: „Die offensive Vertretung professioneller Pflegeinhalte ist bisher selten zu finden, die sog. Eigenständigkeit wird zwar immer betont, der dazugehörige Inhalt allerdings bleibt verschwommen.“ (Bartholomeczik 1993, 94) Hier ist insbesondere die sogenannte „Grundpflege“, der genuine Anteil der Pflege, angesprochen. So wird sowohl von Pflegenden als auch von ÄrztInnen häufig suggeriert, dass Grundpflege „nur Alltagsbedürfnisse“ befriedigt und keiner besonderen Qualifikation bedarf – entsprechend häufig wird sie an Hilfskräfte delegiert (ebd.). Dies impliziert auch eine Wertung: Je patientInnen-ferner eine Tätigkeit ist, desto höherstehender wird sie angesehen (Schrems 1993, 29). Diese Vernachlässigung der Grundpflege hängt mit ihrer Bewertung, aber auch mit oben genannten Bedingungen (steigendes Arbeitsvolumen und „Bürokratisierung“) zusammen.

- „Nicht-Präsenz“ von ÄrztInnen

Eine durchgängige Anwesenheit von ÄrztInnen ist auf Bettenstationen, im Vergleich zu Intensivstationen, nicht gegeben. Bedingt durch die lückenhafte Verfügbarkeit von ÄrztInnen im unmittelbaren Arbeitszusammenhang ergeben sich für Pflegenden einerseits erhebliche Belastungen, um Kommunikations- und Organisationsdefizite in der PatientInnenversorgung zu kompensieren, andererseits sehen sich Pflegenden dadurch häufig veranlasst, Entscheidungen zu treffen und Tätigkeiten zu übernehmen, die eigentlich in ärztlicher Kompetenz liegen.

### **4.3 Die Intensivpflegestation**

Wollte man die Intensivpflege in die Hierarchie der Pflegeberufe einordnen, dann ist sie ganz oben angesiedelt. Diese Positionierung entspricht der Vorrangigkeit der „Spitzenmedizin“ und zeigt sich auch hinsichtlich des Stellenwerts – in der Fremd- und

Selbstdefinition – der Pflege. Als bestimmende Faktoren für die höhere Anerkennung der Intensivpflege im Vergleich zur Normalpflege nennt Schrems (1994):

- *genügend Mittel* hinsichtlich Pflegeutensilien und Personal
  - die Möglichkeit einer prinzipiell *individuell orientierten Grundpflege*
  - kleine Abteilungen und *kaum ausgeprägte hierarchische Strukturen* fördern die Kommunikation
  - die *Nähe zum medizinischen Bereich* hat Auswirkungen auf die Motivation und das innovative Potenzial der Pflegenden und fördert das Selbstbewusstsein
  - die Intensivpflege verfügt schon seit Jahren über ein *Sonderausbildungsprogramm*
  - und nicht zuletzt *der höhere Anteil männlicher Pflegepersonen* (ebd., 106)
- 
- Die *Dominanz der Technik*

Die fachlichen Anforderungen durch den Einsatz von medizintechnischer Geräte haben Auswirkungen auf die Art und Organisation der Pflegearbeit. Neben der „Maschinenarbeit“ steht die direkte Arbeit mit PatientInnen, in Form der Grundpflege, an zentraler Stelle. Pflegenden auf Intensivabteilungen übernehmen in der Regel eine/n oder zwei PatientInnen, für deren „ganzheitliche“ Betreuung sie zuständig sind. Daraus resultiert die Möglichkeit einer individuell gestalteten Pflege, die verhältnismäßig seltener zu dem oben beschriebenen „Defizit-Gefühl“ führt. Dennoch, im Zusammenhang mit organisatorischen Tätigkeiten nehmen Gerätebedienung und –wartung in der täglichen Pflegearbeit sehr viel mehr Zeit in Anspruch als Grundpflege (ebd., 107).

- Die *Uhrzeit*

Die zentrale Ordnungseinheit für die Organisation der Intensivpflege ist die Uhrzeit (ebd., 113). Arbeiten, die in einem gewissen Schema zu bestimmten Zeitpunkten erfolgen müssen, sind inhaltlich definiert (z. B. vierstündliche Flüssigkeitsbilanzen, Lagerungen, Dokumentation der Vitalparameter) und gewährleisten die Kontinuität der Pflege.

Ungeachtet der kritischen Auswirkungen dieser Zeitorganisation auf die Pflegearbeit an sich (Notwendigkeit bestimmter Handlungen zu einem bestimmten Zeitpunkt? Anpassung menschlicher Abläufe an die Muster der Maschine, u. a.), resultiert daraus Orientierung für die Pflegenden und weniger „Zerissenheit“ im Pflegeablauf.

- Die ständige *Anwesenheit eines Arztes/einer Ärztin*

Die kontinuierliche Anwesenheit des Arztes/der Ärztin an einer Intensivstation erleichtert die Kommunikation zwischen Pflege und Medizin und führt vergleichsweise seltener als auf Normalstationen zu belastenden Bedingungen der Zusammenarbeit. Die dauernde Möglichkeit der Pflegenden zum Austausch über PatientInnen, diagnostische Maßnahmen und Therapien verringert das Hierarchiegefälle und fördert einen ganzheitlichen, interdisziplinären Zugang zum Patienten/zur Patientin.

- *Der Einsatz von EDV*

Der Einsatz des Computers für verschiedenste Beobachtungsparameter und Teile der Pflegedokumentation verringert auf Intensivstationen das Ausmaß des „händischen Dokumentierens“ und unterstützt eine Systematisierung pflegerischen Handelns. Schrems (ebd., 106) hält fest: „Sollte die Systematisierung von Pflege ein wesentliches Kennzeichen der Professionalisierung des Pflegeberufs sein, so befindet sich die Intensivpflege in dieser Hinsicht auf dem Weg dorthin.“

Ein Wandel im Selbstverständnis der Pflege, weg von ärztlicher Assistenz Tätigkeit hin zu Eigenständigkeit und PatientInnenorientierung, rüttelt an der hier dargestellten Gesamtordnung des Krankenhauses und speziell an den existierenden Macht- und Organisationsstrukturen (Schaeffer 1994, 111). Eine sich professionalisierende und damit „stärkere“ Pflege widerspricht den organisatorisch-institutionellen Rahmenbedingungen im Krankenhaus und stößt dort an ihre Grenzen, wo sie die Interessen anderer Professionen

und Berufsgruppen beschneidet: Auf der einen Seite steht die Medizin, mit dem Interesse, weiterhin gut qualifiziertes Hilfspersonal zur Verfügung zu haben und ihr Machtmonopol zu erhalten. Auf der anderen Seite stehen Politik und Verwaltung, die aufgrund der Kosteneinsparungen kaum daran interessiert sind, dass eine so große Berufsgruppe wie die Pflege, durch eine neue professionelle Identität selbstbewusster wird und sich nicht mehr mit schlechten Arbeits- und Lohnbedingungen zufrieden gibt. Für die Chancen einer Professionalisierung der Pflege hat diese Situation weitreichende Konsequenzen, „denn diese hängen zu einem nicht unerheblichen Teil davon ab, wie sie sich in diesen Umverteilungs- und Machtkämpfen“ (ebd.) behaupten kann. Die strukturellen Bedingungen im Krankenhaus engen das mögliche Professionalisierungspotenzial der Pflege beträchtlich ein. Veränderungen können solange nicht stattfinden, solange sich Krankenhaus- und Hierarchiestrukturen nicht ändern.

## **5 Das pflegerische Handlungsfeld Hauskrankenpflege**

Hauskrankenpflege unterscheidet sich nicht vom Wesen an sich, sondern von der Form der Organisation vom Pflegedienst in Krankenanstalten. Da Hauskrankenpflege in vielerlei Hinsicht andere Rahmenbedingungen vorfindet als die stationäre Pflege, ergeben sich zwangsläufig andere Organisationsformen und eine entsprechend andere Gewichtung und Bedeutung von Tätigkeiten und Fähigkeiten der Pflegenden (vgl. Bergmann 1993, 22; zit. nach Schneider 1996, 38).

*Hauskrankenpflege* bietet professionelle Pflege von KlientInnen zu Hause an (dem Selbstverständnis der Hauskrankenpflege entsprechend, verwende ich im Folgenden die Bezeichnung „KlientIn“ anstelle von „PatientIn“). Ihr Hauptziel ist, hilfs- und pflegebedürftigen Menschen so lange wie möglich ein Leben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen.

„*Medizinische Hauskrankenpflege*“ umfasst medizinische Leistungen und Pflegeleistungen, wie Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung und Dekubitusversorgung

(Behandlungspflege). Zur Medizinischen Hauskrankenpflege gehören jedoch nicht die Grundpflege (Hilfe bei der Körperpflege, bei der Nahrungsaufnahme, usw.) und die hauswirtschaftliche Versorgung der PatientInnen. Diese Leistungen werden von der Pflege- und Heimhilfe und verschiedenen sozialen Diensten erbracht (Flemmich/Ivansits 1994, 161).

Spezifische Merkmale der Tätigkeit in der Hauskrankenpflege sind (Schneider 1996, 38):

- hohe Eigenständigkeit und somit Eigenverantwortlichkeit der Pflegenden
  - die Pflegenden sind bei den KlientInnen „zu Gast“
  - enge Kooperation mit KlientInnen, Angehörigen und anderen Berufsgruppen und Organisationen im extramuralen Bereich
- 
- *Hohe Eigenständigkeit und somit Eigenverantwortlichkeit der Pflegenden*

Die relative Arzt- und Organisationsferne der extramuralen Pflege verlangt seit jeher nach einer selbstständig arbeitenden Pflegekraft, die neben Fachkenntnissen vielseitige Fähigkeiten im Bereich der Planung, Organisation und Koordination, sowie Verantwortungsbereitschaft und Entscheidungsfähigkeit benötigt.

Anders als in stationären Handlungsfeldern vollzieht sich Pflege hier räumlich nicht immer an für sie bestimmten Orten. Sie findet im privaten Umfeld und somit in den Lebenszusammenhängen der Pflegebedürftigen statt. Hauskrankenpflege verlangt daher von den Pflegenden, dass sie notwendige Rahmenbedingungen selbst schaffen und weitgehend eigenverantwortlich pflegen (Brunen & Herold 1995; zit. nach ebd., 40). In diesem Sinne ist Hauskrankenpflege ein Bereich, in dem die Pflege ihre Möglichkeiten zu eigenständigem Handeln in besonderem Maße ausfüllen kann (muss) und damit ein nicht unbeträchtliches Professionalisierungspotenzial aufweist.

In der täglichen Arbeit erweist sich die hohe Eigenverantwortung der Pflegenden nicht nur als befriedigend, sondern oft auch als sehr belastend. Anders als im Krankenhaus können Pflegenden in der Hauskrankenpflege nicht auf institutionellen Rückhalt zurückgreifen. Weder Arzt/Ärztin noch KollegInnen stehen bei Unsicherheiten oder Fragen direkt zur

Verfügung. Schaeffer (1992, 18f; zit. nach ebd., 42) konstatiert für die Hauskrankenpflege, dass vor allem der innerinstitutionelle Rückhalt unzureichend ist und nicht genügend sicherheitsstiftenden Charakter aufweist. Die Gefahr der Isolation am Arbeitsplatz und die daraus resultierenden Konsequenzen (z. B. Überforderung, mangelnde „professionelle Distanz“ zu KlientInnen bzw. übertriebene Distanzierung, allzu verordnungsorientiertes Erledigen von Pflegeaufgaben) werden umso stärker, je weniger individuelles Engagement kollektiv gestützt wird.

- *Die Pflegenden sind bei den KlientInnen „zu Gast“*

Einer der wichtigsten Unterschiede der extramuralen Pflege zu der im Krankenhaus ist, dass die Pflegekraft zu den KlientInnen kommt und nicht umgekehrt. Im eigenen Wohnumfeld ist der Klient/die Klientin „Hausherr“/„Hausfrau“ und die Pflegeperson „Gast“. Dies hat Auswirkungen auf die Organisation der Arbeit und die Beziehung der Beteiligten.

Im Krankenhaus müssen sich PatientInnen dem Tagesablauf und den angeordneten Maßnahmen fügen. Die fremde Umgebung im Krankenhaus verunsichert und verwirrt besonders ältere Menschen. In ihrer eigenen Wohnung hingegen gewinnen sie an Sicherheit und sind besser in der Lage, eigene Bedürfnisse und Wünsche zu artikulieren. Im häuslichen Bereich sind Absprachen (Tageszeit des Besuches, usw.) und das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse der KlientInnen besser möglich. Pflegekräfte müssen daher in der häuslichen Pflege „ein hohes Maß an Improvisationsfähigkeit und Flexibilität besitzen bzw. entwickeln, um für den Menschen in seiner Umgebung günstige Lebens- und Pflegebedingungen zu schaffen“ (Schneider 1996, 42).

Nicht immer gelingt es, Bedingungen herzustellen, die entsprechende Betreuung in der häuslichen Umgebung gewährleisten. Grenzen werden gesetzt, wenn sich Wohnbedingungen als ungeeignet (kein Lift, ohne Heizung oder Inntoilette u. a.) erweisen, oder wenn KlientInnen „normale“ Wohnanforderungen ohne dauerhafte Fremdhilfe nicht mehr bewältigen können (ebd.).

Arbeit im fremden Haushalt bedeutet für Pflegende geringere Vertrautheit als im Krankenhaus. Sie sind immer Gast in einer fremden Wohnung und Arbeitsroutinen lassen sich nur bedingt gestalten. Was Pflegende im Krankenhaus mit SpezialistInnen und KollegInnen besprechen können, sollten sie in einer Wohnung allein entscheiden. Solche Faktoren können eine erhebliche Einschränkung und Belastung darstellen und müssen in der Aus- und Fortbildung aufgearbeitet werden (ebd., 43).

- *Enge Kooperation mit KlientInnen, Angehörigen, verschiedenen Berufsgruppen und Organisationen im extramuralen Bereich*

Die Hauskrankenpflege ist Bindeglied zwischen der familiär-nachbarschaftlichen Hilfe, den verschiedenen sozialen Diensten, den niedergelassenen ÄrztInnen und den stationären medizinisch-pflegerischen Einrichtungen (Fülöp/Schäfer/Frisch 1988, 5). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit von Kooperation auf verschiedenen Ebenen.

Aufgrund der unterschiedlichsten AkteurInnen und der unzureichenden Vernetzung im extramuralen Bereich ist von Pflegenden eine hohe Kooperations- und Integrationsleistung zu erbringen. Es geht vor allem darum, Versorgungsleistungen aufeinander abzustimmen und eine kontinuierliche Betreuung zu gewährleisten. Angesichts der schwach entwickelten personellen und finanziellen Ressourcen im ambulanten Bereich stellt sich dies als besondere Herausforderung dar (vgl. Pelikan/Stacher/Grundböck/Krajic 1998).

Die KlientInnen, deren Angehörige und andere Laien sind in der Pflege aktiv und gestaltend beteiligt. Das Anleiten und Beraten von Pflegebedürftigen zur Ausführung von „Selbstpflege“ sowie von Angehörigen, die die Pflege teilweise oder ganz übernehmen, ist daher eine wesentliche Aufgabe der Pflegenden in der Hauskrankenpflege (Brunen & Herold 1995; zit. nach Schneider 1996, 45). Dies führt zu einem intensiveren und in seiner Art anderen Kontakt zwischen Pflegekräften und KlientInnen/Angehörigen als im Krankenhaus. Dieser selbstverständlich wahrgenommenen Beratungstätigkeit steht gegenüber, dass bisher wenig unternommen wurde, Pflegenden die entsprechende Beratungs-

und Anleitungskompetenz zu vermitteln (ebd., 44). Bedauerlicherweise fehlen zeitliche, räumliche und finanzielle Rahmenbedingungen für eine qualifizierte Pflegeberatung.

# UNTERSUCHUNGSTEIL

## 6 Gegenstand der vorliegenden Untersuchung

Die bisherigen Ausführungen stellten den Prozess der Professionalisierung der Pflege in seinen inhaltlichen, historischen, geschlechtsspezifischen und organisatorisch-institutionellen Dimensionen dar. Deutlich sollte geworden sein, dass sich die Professionalisierungsbestrebungen in einem Spannungsfeld vollziehen, das durch Barrieren und Chancen gleichermaßen gekennzeichnet ist.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung stehen die Pflegenden in der Praxis, von Interesse ist vor allem deren subjektive Sichtweise und Einschätzung der Professionalisierungstendenzen. Dieser Vorgehensweise liegt die Annahme zugrunde, dass sich der Professionalisierungsprozess in den BerufsinhaberInnen selbst widerspiegelt und von ihnen in spezifischer Form beeinflusst wird. Ziel dieser qualitativen Untersuchung ist, zu klären, in welcher Weise „objektive“ Professionalisierungsaspekte auf Ebene der Pflegepersonen wahrgenommen und gedeutet werden. Subjektive Wahrnehmungs- und Deutungsmuster und Formen des Umgangs mit Veränderung können wichtige Hinweise auf jene Widersprüchlichkeiten geben, die den Professionalisierungsprozess auf vielfältige Art kennzeichnen.

Auf der Grundlage eines umfangreichen Interviewleitfadens wurden 15 diplomierte Pflegepersonen in Bezug auf folgende Themenbereiche befragt:

- **„Beruflicher Werdegang“:** Neben grundlegenden Informationen über die Berufsbiographie ist von Bedeutung, ob der Pflegeberuf den Erstberuf darstellt und ob in der beruflichen Laufbahn ein häufiger Arbeitsplatzwechsel vollzogen wurde.
- **„Professionalisierung“:** Bei diesem Fragebereich ist von Interesse, was mit dem Begriff „Professionalisierung“ assoziiert wird und über welches Verständnis von Professionalisierung die Pflegenden verfügen. Ergänzt wird dieser Bereich mit Fragen zum beruflichen Selbstverständnis.

- **„Qualifikation“:** Hier ist von Bedeutung, wie die eigene Qualifikation hinsichtlich der neuen Anforderungen wahrgenommen wird. Überdies werden Einschätzung der beruflichen Perspektiven, Fort- und Weiterbildung und Karriere thematisiert.
- **„Veränderungen“:** Bei diesen Fragen ist von Interesse, wie konkrete Veränderungen in der Pflegepraxis erlebt werden, welche Probleme sich daraus ergeben und welche Strategien der Bewältigung von den Pflegenden eingesetzt werden. Es geht auch darum, wie Veränderungen betreffend die gesamte Berufsgruppe wahrgenommen werden.
- **„Gesundheits- und Krankenpflegegesetz“:** Mit diesem Fragenkomplex soll die Einstellung zum neuen Berufsgesetz generell und die Bedeutung ausgewählter gesetzlicher Regelungen für die Pflegenden herausgearbeitet werden.
- **„Künftige Entwicklung des Pflegeberufs“:** Dieser Bereich thematisiert subjektive Prognosen der zukünftigen Entwicklung des Berufs.

## 7 Methodisches Vorgehen

### 7.1 Begründung der Methodenwahl

Mein Forschungsinteresse gilt der subjektiven Sichtweise von Pflegenden, zur Beantwortung der Fragestellungen bietet sich daher ein qualitativer Untersuchungsansatz an. Schon aufgrund der Komplexität des Themas bietet der qualitative Ansatz entscheidende Vorteile gegenüber dem quantitativen Ansatz.

*Quantitative* Forschungsrichtungen versuchen theoretische Modelle am Einzelfall zu überprüfen und Gesetzmäßigkeiten über zu untersuchende Phänomene aufzustellen. Dazu wird der Untersuchungsgegenstand in einzelne Variablen „zerlegt“, mit Hilfe statistischer Methoden bearbeitet und auf dieser Grundlage interpretiert. Quantitative Sozialforschung analysiert den Menschen unter dem Blickwinkel objektiver Verhaltensweisen. Bei der *qualitativen Forschung* steht hingegen der Mensch als „Subjekt“ im Mittelpunkt des Interesses. Durch eine „Innenperspektive“ wird versucht, subjektive Wahrnehmungs- und Deutungsmuster in einem bestimmten situativen Kontext aufzuzeigen und deren überge-

ordnete Sinnhaftigkeit zu ermitteln. Zwar steht das einzelne Individuum im Vordergrund, Ziel der Analyse ist aber, „typische“ Handlungsmuster zu finden, „die zwar individuell festzumachen sind, aber keineswegs nur einmalig und individuenspezifisch wären“ (Lamnek 1995, 16). Das Ziel besteht nicht in der Rekonstruktion individueller Handlungsfiguren, sondern im Herausarbeiten typischer Handlungsmuster.

Im Vergleich zu quantitativen Verfahren zeichnen sich qualitative Verfahren durch folgende Merkmale aus (ebd., 17ff):

- *Offenheit* gegenüber theoretischen Konzepten, untersuchten Personen, Erhebungssituation und Interpretation ist zentrales Prinzip. Dadurch soll einerseits ein unvoreingenommener Blick auf den zu untersuchenden Sachverhalt ermöglicht und andererseits sollen die theoretischen Überlegungen nicht vorschnell in eine bestimmte Richtung gelenkt werden.
- Das Prinzip der *Kommunikativität* meint, dass im Forschungsprozess eine enge kommunikative Beziehung zwischen ForscherIn und Untersuchungsperson erforderlich ist. Nur dadurch wird es möglich, sich der gemeinsamen Deutung der Situation zu vergewissern und so soziale Wirklichkeit entstehen zu lassen.
- *Naturalistizität* bezieht sich auf die Erhebungssituation. Sie sollte einer natürlichen, alltäglichen Kommunikationssituation ähneln und der Untersuchungsperson die Möglichkeit geben, unbeeinflusst und natürlich zu antworten.
- Das Merkmal der *Interpretativität* bezeichnet die Auffassung, dass soziale Realität gesellschaftlich ist, und „ihr Sinn also durch Interpretation und Bedeutungszuweisung konstruiert und nicht objektiv vorgegeben“ ist (ebd., 20). Um diese individuellen Interpretationen und Deutungen untersuchen zu können, muss Interpretationsarbeit geleistet werden.

Weniger ein Prinzip qualitativer Forschung als vielmehr eine Forderung an die ForscherInnen ist die nach *Explikation* (Lamnek 1995, 124). Gemeint ist die Offenlegung der Einzelschritte des Untersuchungsprozesses. Damit soll der Nachvollzug durch andere ForscherInnen, aber auch durch die Forschungssubjekte selbst gewährleistet werden.

## 7.2 Auswahl der Untersuchungsgruppen

Da der qualitative Forschungsansatz nicht im Sinne der quantitativen Methodologie generalisieren möchte, ist die Frage der Repräsentativität der Stichprobe keine entscheidende. Die dieser Untersuchung zugrunde liegende Auswahl von 15 Pflegepersonen ist keine zufällige und die Untersuchungsergebnisse sind daher nicht verallgemeinerbar. Es ging mir nicht um die Häufigkeit bestimmter Wahrnehmungs- und Deutungsmuster, sondern vielmehr um ein „zutreffendes Set der relevanten Handlungsmuster“ (Lamnek 1995, 92) in drei unterschiedlichen pflegerischen Handlungsbereichen.

Ausgehend von der Fragestellung und aufgrund meines praktischen und theoretischen Vorverständnisses über pflegerische Tätigkeitsfelder war die Auswahl der InterviewpartnerInnen vorab festgelegt und erfolgte nach dem Verfahren des „selektiven Sampling“ (Schatzman/Strauss 1973; zit. nach Strauss 1998, 71): „Das selektive Sampling verweist auf die kalkulierte Entscheidung, einen bestimmten Schauplatz oder Typ von Interviewpartner im Hinblick auf vorab festgelegte und begründete Dimensionen (wie Zeit, Raum, Identität), die schon vor Beginn der Studie ausgearbeitet werden, zu testen.“ Dabei wurden bei der Auswahl der drei Gruppen Kriterien der „maximalen Kontrastierung“ angewendet. Es ging darum, Untersuchungspersonen zu finden, die für den jeweiligen pflegerischen Arbeitszusammenhang spezifische Sicht- und Erfahrungsweisen repräsentieren. Im Untersuchungssample ergibt sich somit durch die unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche, Anforderungen und Rahmenbedingungen die Differenz, der „maximale Kontrast“, *zwischen* den Untersuchungsgruppen. *Innerhalb* der Gruppen achtete ich bei der Auswahl der InterviewpartnerInnen auf eine gewisse Homogenität, die durch die Ähnlichkeit der pflegerischen Tätigkeit und Rahmenbedingungen gewährleistet wurde. Die Auswahl von *mehreren* Pflegepersonen aus einem *ähnlichen* Tätigkeitsbereich schien mir wichtig, um zu verdichteten Aussagen bezüglich eines „typischen“ Handlungsmusters zu kommen.

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen setzt sich wie folgt zusammen:

- **Normalpflege:** 5 Pflegepersonen (drei weiblich, zwei männlich), die an verschiedenen Normalpflegestationen im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien (AKH) arbeiten.

- **Intensivpflege:** 5 Pflegepersonen (vier weiblich, eine männlich), die an verschiedenen Intensivpflegestationen im AKH tätig sind.
- **Hauskrankenpflege:** 5 Pflegepersonen (vier weiblich, eine männlich), die in der Hauskrankenpflege in der direkten KlientInnenbetreuung arbeiten. Davon sind drei der InterviewpartnerInnen bei der Gemeinde Wien beschäftigt, zwei arbeiten in privaten Organisationen.

Alle Befragten haben die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung absolviert und waren zum Untersuchungszeitpunkt seit mindestens einem Jahr im Pflegeberuf tätig. Die InterviewpartnerInnen aus der Intensivpflege haben überdies alle die Sonderausbildung in der Intensivpflege abgeschlossen.

Der hohe Anteil der männlichen Pflegenden (27 %) in der Untersuchung (ihr Gesamtanteil in der Berufsgruppe beträgt etwa 9 %) begründet sich durch den geschlechtsspezifischen Aspekt der Fragestellung. Meine ursprüngliche Absicht, aus jedem der Arbeitsbereiche jeweils zwei männliche Pflegepersonen zu befragen, ließ sich nicht realisieren. Ein bereits festgelegter Interviewtermin mit einem Intensivpfleger wurde von diesem abgesagt; der Zugang zu einem zweiten Pfleger aus der Hauskrankenpflege gelang aufgrund der schwachen Repräsentanz von männlichen Pflegepersonen in diesem Bereich nicht.

### **7.3 Zugang zu den InterviewpartnerInnen**

Der Zugang zu den Pflegepersonen erfolgte im Sinne eines „Schneeballverfahrens“ (Diekmann 1995, 346). Hier nutzte ich einerseits persönliche Kontakte zu Pflegenden, die noch aus meiner ehemaligen Berufstätigkeit stammen. Diese Schwestern und Pfleger waren für mich wichtige „VermittlerInnen“, die mein Forschungsvorhaben an potenzielle InterviewpartnerInnen weiterleiteten. Zum anderen vermittelten mir auch InterviewpartnerInnen weitere GesprächspartnerInnen. Dazu verwendeten alle Vermittlungspersonen ein von mir verfasstes „Begleitschreiben“, das über meine Person, die Kontaktmöglichkeit, das Forschungsanliegen und die Rahmenbedingungen des Interviews kurz Auskunft gab. Jene Pflegenden, die zu einem Interview bereit waren, nahmen

telefonischen Kontakt mit mir auf. Ich konnte noch einmal die näheren Umstände erläutern und ein Gesprächstermin wurde vereinbart. Entsprechend den Wünschen der GesprächspartnerInnen fanden die Interviews entweder bei ihnen zu Hause, in meiner Wohnung oder in einem Kaffeehaus statt. Wichtig war, das Interview in einer ruhigen, ungestörten Atmosphäre führen zu können.

*Gegen* einen *formellen* Zugang zu den Pflegepersonen über die Organisationen, in denen sie tätig sind, also über Pflegedienst- und Stationsleitungen, entschied ich mich aus folgenden Gründen: Zum einen vermutete ich Skepsis und mangelnde Interviewbereitschaft der Pflegepersonen, wäre meine Untersuchung von „oben“ genehmigt worden. Zum anderen schien mir eine informelle und entspannte Kontaktabahnung aussichtsreicher, da die Pflegenden nicht unmittelbar in ihrem Arbeitsalltag mit meinem Vorhaben konfrontiert wurden, wodurch sie möglicherweise einen zusätzlichen „Stressfaktor“ zu bewältigen gehabt hätten.

## **7.4 Datenerhebung**

### **7.4.1 Das problemzentrierte Interview**

Witzel (1985) bezeichnet mit dem Begriff des problemzentrierten Interviews eine „Methodenkombination von qualitativem Interview, Fallanalyse, biographischer Methode, Gruppendiskussion und Inhaltsanalyse“ (ebd.; zit. nach Lamnek 1995, 74). In meiner Erhebungsmethode habe ich mich an seinem Vorschlag zur Gestaltung von qualitativen Interviews orientiert. Es handelt sich dabei um eine *offene, halbstrukturierte Befragung*, die die Befragten möglichst frei zu Wort kommen lässt, jedoch auf eine bestimmte Problemstellung zentriert ist, auf die immer wieder zurückgeführt wird. Dabei ist darauf zu achten, dass das theoretische Konzept und die methodische Vorgangsweise gegenüber der subjektiven Sichtweise der Befragten offen gehalten wird. Das problemzentrierte Interview eignet sich als Erhebungsmethode für Fragestellungen, mit denen die subjektive Sicht der Befragten erfasst werden soll und bietet die Möglichkeit einer umfassenden und doch themenspezifischen Datenerhebung.

Zentrale Charakteristika des problemzentrierten Interviews sind (Lamnek 1995, 78):

- Der Forscher/die Forscherin geht zwar *mit einem theoretischen Konzept* ins Feld, die *Dominanz der Konzeptgenerierung durch die Befragten* bleibt aber erhalten.
- Die *theoretischen-wissenschaftlichen Konzepte* werden laufend durch das Interview *modifiziert*, also durch das Interview auch geprüft.
- *Deduktion* (theoretisch) *und Induktion* (empirisch) gehen Hand in Hand.
- Das theoretische Konzept wird im Interview *nicht* mitgeteilt; es ist *vorläufig* und soll nicht „suggestiv“ beeinflussend wirken.

Das „offene“ theoretische Konzept entsteht zu Beginn dieses Prozesses, in dem eine konkrete Problemstellung analysiert wird, und aufgrund von Literaturstudium und Vorwissen über den Gegenstand bestimmte Untersuchungsaspekte erarbeitet werden. Diese spezifischen Aspekte werden wiederum in einzelne Dimensionen differenziert und in einem Interviewleitfaden zusammengestellt.

#### **7.4.2 Der Interviewleitfaden**

Der *Interviewleitfaden* (siehe Anhang) entstand aus meinem praktischen und theoretischen Vorwissen über die Lebenswelt von Pflegenden. Seine thematischen Schwerpunkte stellten keine streng gefassten Kategorien dar, sondern Fragedimensionen mit dem Ziel, zu empirischem Wissen zu gelangen. Von zentraler Bedeutung für die Untersuchung war die Erarbeitung eines Leitfadens, der die Möglichkeit bietet, das Thema umfassend zu bearbeiten und der den subjektiven Sichtweisen der Pflegepersonen entsprechend Raum gibt. Ich achtete darauf, dass die Fragen nach verständlichen und nachvollziehbaren Kriterien geordnet sind und in ihrer Reihenfolge einen „roten Faden“ aufweisen. Besonderes Augenmerk legte ich auf die Formulierung der Fragen. Sie sollten einfach, neutral und offen gestellt sein, um die Befragten nicht auf eine bestimmte Antwort zu lenken. Die InterviewpartnerInnen sollten sich ohne zeitliche Einschränkung äußern und ihre Sicht der Dinge darlegen können. Der Leitfaden diente mir während des Gesprächs als Orientierungshilfe zur Themenzentrierung und ermöglichte dadurch die thematische Vergleichbarkeit der Interviews. Die konkrete Formulierung der Fragen und die Reihenfolge waren variabel, um

den Pflegepersonen die Möglichkeit der eigenen Gesprächsstrukturierung zu geben. Bei den Gesprächen stellte sich heraus, dass die meisten Themen von den Befragten selbst in ähnlicher Reihenfolge angesprochen wurden. Der Leitfaden entsprach also durchaus der Lebenswelt und den Erzählstrukturen der Pflegenden. Bis der Interviewleitfaden in seiner endgültigen Form vorlag, wurde er in insgesamt drei *Pre-Interviews* getestet und weiterentwickelt. Das dritte Pretest-Interview ging in die Auswertung mit ein.

Dem eigentlichen Interview ging ein *standardisierter Kurzfragebogen* (siehe Anhang) voraus, der dazu diente, demographische und persönliche Basisdaten zu erhalten, um das spätere Gespräch nicht durch Nachfragen über den „background“ zu stören. Die letzte Frage des Kurzfragebogens stellte sich als günstiger Stimulus heraus, um auf die erste Frage des Leitfadens hinzulenken und das Gespräch damit einzuleiten.

Nach allen Interviews wurde von mir ein *Postskriptum* angefertigt, das Aspekte der Kontaktaufnahme, Interviewsituation, Ort und Dauer des Interviews und Details der „Nachgespräche“ beinhaltet. Enthielten diese Nachgespräche relevante Informationen zum Themenbereich, wurden sie in die Transkription aufgenommen. Die Interviews dauerten zwischen 1 1/2 und 2 1/2 Stunden.

Alle Interviews wurden mit Einverständnis der InterviewpartnerInnen auf *Tonband* aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Die Transkripte liegen in anonymisierter Form, sowohl hinsichtlich der Person als auch des konkreten Arbeitsbereiches, vor.

Die *Transkription* der Tonbandaufnahmen folgte nachstehenden Regeln:

*Kursivdruck* = auffällige Betonung

.. = kurze Pause

... = mittlere Pause

(Pause) = längere Pause

Der *Zeitraum der Datenerhebung* erstreckt sich von Juni bis August 2000.

## 7.5 Datenauswertung

### 7.5.1 Thematisches Kodieren

Im Zuge meiner Überlegungen zu einer geeigneten Auswertungsmethode der Leitfadengespräche entschied ich mich für ein Verfahren, das auf der Kodierung von Textmaterial mit dem Ziel der Kategorisierung basiert. Das „Thematische Kodieren“ ist in Anlehnung an Strauss für Fragestellungen mit vorab festgelegten Gruppen entwickelt worden (Flick 1999, 206ff). Dabei liegt die Annahme zugrunde, dass in unterschiedlichen sozialen Welten unterschiedliche Sicht- und Erfahrungsweisen anzutreffen sind. Das thematische Kodieren wird als mehrstufiges Vorgehen angewendet.

Der erste Auswertungsschritt bestand in **Einzelfallanalysen**, um einen Überblick über das Interviewmaterial und die Besonderheiten der einzelnen, individuellen „Fälle“ zu bekommen. Der Sinnzusammenhang der Auseinandersetzung der Person mit dem Thema der Untersuchung sollte dabei erhalten werden (ebd., 207). Ich fertigte zu jedem Interview eine **Kurzbeschreibung** an, die eine Darstellung der Person und ihrer Berufsbiographie, einige für das Interview typische Aussagen, die zentralen Themen des Interviews und eine erste hypothetische Charakterisierung des Interviews enthielt.

Im nächsten Schritt wurden für den Einzelfall **thematische Bereiche** und die darauf bezogenen Kategorien generiert. Das so entstandene Kategoriensystem wurde für die Analyse der weiteren Fälle zugrunde gelegt, überprüft und entsprechend abgeglichen. Quer durch alle Interviews wurden aufschlussreiche Äußerungen zu einem Themenkomplex herausgefiltert. Dieses Vorgehen führte dazu, dass einerseits Widersprüche, andererseits Umfang und individuelle Bedeutung bestimmter Themen sichtbar wurden. In Anlehnung an Strauss (1998) wurde bei der **Ausarbeitung des Kategoriensystems** zunächst offen, dann selektiv kodiert (vgl. weiter unten). Diese Phasen des Kodierprozesses sind nicht immer klar voneinander trennbar, vielmehr stellen sie verschiedene Umgangsweisen mit Textmaterial dar, zwischen denen bei Bedarf hin- und hergesprungen werden kann und die miteinander kombiniert werden können (Flick 1999, 197).

Das Ziel des „Kodierens“ ist es, „einen Text aufzubrechen und zu verstehen und dabei Kategorien zu vergeben, zu entwickeln und im Lauf der Zeit in eine Ordnung zu bringen“ (ebd., 200). Dieser Prozess beginnt mit dem „**offenen Kodieren**“, und zielt darauf ab, Daten und Phänomene in Begriffe zu fassen. Dazu werden besonders aufschlussreiche Passagen mit Begriffen (Kodes) versehen, die den Inhalt der Kategorie einigermaßen treffend wiedergeben. Quellen für die Benennung von Kodes sind Begriffe, die entweder der (sozialwissenschaftlichen) Literatur entlehnt, oder von Aussagen der InterviewpartnerInnen übernommen werden. Nach dem von Strauss (1998, 57) vorgeschlagenen Kodierparadigma ist bei der Vergabe von Kodes zu fragen nach:

- den *Bedingungen*: Warum? Was führte zu der Situation? Welcher Hintergrund?
- der *Interaktion* zwischen den AkteurInnen: Wer handelte? Was geschah?
- den *Strategien* und *Taktiken*: Welche Umgangsweisen?
- den *Konsequenzen*: Was folgte daraus? Was veränderte sich?

Die Vielzahl der so erhaltenen Kodes werden in einem nächsten Schritt um besonders relevante Phänomene gruppiert und zu Oberbegriffen zusammengefasst („Kategorisierung“). Ergebnis des offenen Kodierens ist eine Liste der vergebenen Kodes und Kategorien.

Mit dem Vorgang des „**selektiven Kodierens**“ ist gemeint, dass nach ersten Fallanalysen der Kodierprozess der weiteren Fälle auf jene Kategorien begrenzt wird, die sich im Verlauf des offenen Kodierens als zentral erwiesen haben. Zu diesen Kategorien werden dann möglichst viele und unterschiedliche Textstellen als Belege im Text gesucht. Zwischen den verschiedenen Kategorien werden mit Hilfe des Kodierparadigmas Beziehungen herausgearbeitet. Ziel dieses Schrittes ist die „Herausarbeitung der Kernkategorie, um die herum sich die anderen entwickelten Kategorien gruppieren lassen und durch die sie integriert werden“ (Flick 1999, 202).

## 8 Darstellung der Ergebnisse

### 8.1 Allgemeine statistische Angaben

Vor Beginn des Interviews wurde den GesprächspartnerInnen ein statistischer Fragebogen (siehe Anhang) vorgelegt, der die Grundlage für folgende Datenauswertung bildet. Es wurden die Merkmale *Arbeitsbereich*, *Geschlecht*, *Alter*, *Familienstand*, *Anzahl der Kinder*, *Schulbildung*, *Berufsausbildung*, *Sonderausbildung* und *Jahre im Pflegebereich* erhoben.

Insgesamt wurden 15 diplomierte Pflegepersonen interviewt, davon waren 11 Frauen und 4 Männer. Je fünf InterviewpartnerInnen kamen aus der Allgemeinen Pflege (AP), der Intensivpflege (INT) und der Hauskrankenpflege (HKP [4 der 5 fünf Befragten haben vorher im stationären Bereich gearbeitet]).

Das durchschnittliche Alter der interviewten Pflegepersonen beträgt 33 Jahre (Frauen: 34, Männer: 27). Bei den Befragten aus der AP liegt der Altersdurchschnitt darunter (29 Jahre), in der INT und in der HKP liegt er etwas höher (36 bzw. 34 Jahre). Bei den männlichen Interviewpartnern ist der jüngste 22 Jahre, der älteste 48 Jahre alt; bei den weiblichen ist die jüngste 23 Jahre, die älteste 46 Jahre alt.

Verheiratet sind zwei Pflegepersonen (eine Frau, ein Mann), der überwiegende Teil ist ledig (sieben Frauen, ein Mann). Drei Pflegepersonen (zwei Frauen, ein Mann) sind geschieden, zwei (eine Frau, ein Mann) befinden sich in Lebensgemeinschaft mit einem/einer Partner/in.

Ein oder mehrere Kind/er haben sechs Pflegepersonen; vier davon kommen aus der INT (zwei alleinerziehende Frauen/eine verheiratete Frau/ein verheirateter Mann), ein Pfleger aus der AP hat drei Kinder (geschieden, Kinder bei der Mutter), eine Schwester in der HKP hat ein Kind (geschieden, alleinerziehend).

Vier Pflegepersonen haben vor dem Eintritt in die Gesundheits- und Krankenpflegeschule die Matura abgelegt. Davon arbeitet ein Mann in der AP, eine Frau in der HKP, zwei Frauen mit Matura arbeiten in der INT.

Für 11 Pflegepersonen ist die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung die einzige Berufsausbildung, vier Befragte haben davor schon eine andere Ausbildung absolviert. Eine Frau hat eine Lehre zur Friseurin abgeschlossen, eine andere hat als Sachbearbeiterin gearbeitet; ein Mann absolvierte vor dem Besuch der Krankenpflegeschule die Ausbildung zum Pflegehelfer, ein anderer war als Bürokaufmann tätig. Eine Pflegende aus der HKP betreibt neben ihrer Berufstätigkeit ein Psychologie-Studium.

Neben den fünf Pflegepersonen mit Sonderausbildung (SAB) aus der INT, haben auch drei weibliche Pflegepersonen aus der HKP eine SAB absolviert (eine mit SAB in der Intensivpflege, eine mit SAB für Führungsaufgaben, eine mit SAB für Führungsaufgaben plus SAB für Gesundheitsvorsorge).

Die durchschnittliche Berufserfahrung der Pflegepersonen beträgt 10 Jahre (Männer: 6 Jahre, Frauen: 12 Jahre). Mit durchschnittlich 14 bzw. 13 Jahren Berufserfahrung unterscheiden sich die Befragten in der INT und der HKP deutlich von den Pflegepersonen in der AP, welche durchschnittlich 4 Berufsjahre als diplomierte Krankenschwester/-pfleger aufweisen.

Sechs von 15 Befragten haben mehr als 10 Jahre Berufserfahrung im Pflegebereich; davon sind derzeit jeweils drei in der INT und in der HKP tätig (Frauen). Die kürzeste (ein Jahr) und die längste (25 Jahre) Berufserfahrung hatten jeweils Frauen aus der HKP. Ein Pfleger in der AP kann auf 20 Jahre „Erfahrung im Pflegebereich“ verweisen. Er war 15 Jahre als Stationsgehilfe und danach als Pflegehelfer tätig, bevor er vor 5 Jahren das Gesundheits- und Krankenpflegediplom im Zweiten Bildungsweg erworben hat.

## 8.2 Subjektive Vorstellungen zum Begriff „Professionalisierung“

Der Begriff „Professionalisierung“ wird von den Pflegenden überwiegend mit jenen Aspekten assoziiert, die auch in der berufsinternen Debatte diskutiert werden. In der folgenden Tabelle sind jene Merkmale angeführt, die von den Pflegepersonen in direktem Zusammenhang mit der Frage „Was verbinden Sie mit dem Begriff ‚Professionalisierung der Pflege‘?“ genannt wurden.

Merkmals	Häufigkeit der Nennung
Eigenständigkeit der Pflege/Abgrenzung zur Medizin	8
Verbesserung der Ausbildung	8
Aufwertung des Berufsstandes	6
Pflege transparent machen/Inhalte definieren	5
Entwicklung von beruflichem Selbstbewusstsein	5
Verbesserung der Pflegequalität	4
Wissenschaftliches Wissen/Pflegewissenschaft und –forschung	3
Einheitlichkeit von Zielen und Strategien	3
Berufspolitische Aspekte	2
Professionalisierung als „Schlagwort“	4

Professionalisierung wird am häufigsten mit dem Merkmal **„Eigenständigkeit der Pflege“** in Verbindung gebracht. Unter Eigenständigkeit wird in der Regel eine selbstständige Tätigkeit mit hohem Entscheidungsspielraum und hoher Eigenverantwortlichkeit verstanden. Die angestrebte autonome Berufsausübung der Pflege schließt den Einfluss fremder Berufsgruppen aus, insbesondere die Fremdbestimmung durch die Medizin, und macht eine Abgrenzung erforderlich. Professionalisierung gelingt erst dann, wenn die Pflege ihre Inhalte selbstständig bestimmen kann, ohne sich gegenüber anderen Berufen rechtfertigen zu müssen.

Für die meisten Befragten lässt sich Eigenständigkeit in der „direkten“ Pflegearbeit und in der Pflegeorganisation am ehesten verwirklichen. Dies dürfte damit zusammenhängen,

dass Berührungspunkte mit ÄrztInnen hier traditionellerweise weniger sind (vgl. Kap. 8.8 „Wahrnehmung von Einschränkungen der Eigenständigkeit“ ). Von einigen Befragten wird beklagt, dass die Eigenständigkeit des Berufs von den Pflegenden selbst nicht wahrgenommen wird und daher in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen eine Abgrenzung nur unzureichend gelingt.

„... damit verbinde ich, dass man sich abgrenzt zur Medizin und dass es was *Eigenständiges* wird.“ (HKP 7/10/381)

„Für mich heißt Professionalität, einfach *selbst* einmal wahrzunehmen, dass ich einen eigenständigen Beruf habe und sowohl *Rechte* als auch *Pflichten* habe .. (Pause) .. und ich mich wirklich auf meinen Beruf konzentriere, und ja, einfach mal Prioritäten setze .. was eigentlich mein *ureigenster Beruf* ist .. ja, *eben* .. die Eigenständigkeit auch *wahrzunehmen* ..“ (HKP 12/7/276)

„Wir arbeiten *immer* noch zu intensiv mit Ärzten zusammen, wir sind *immer* noch abhängig von den Ärzten, und wir müssen uns teilweise alles diktieren lassen von ihnen .. also Eigenständigkeit, ja, *das* wäre ein Meilenstein .. aber das haben wir immer noch nicht erreicht ..“ (HKP 14/18/729)

Im Zusammenhang mit Eigenständigkeit ist das Fehlen einer eindeutigen **inhaltlichen Definition** von Pflege und der „**Unsichtbarkeit**“ der pflegerischen Tätigkeit besonders relevant. Erst wenn den Pflegenden selbst die Inhalte ihrer Tätigkeit bewusst sind und sie auch sichtbar gemacht werden (z. B. mit Hilfe einer Pflegedokumentation), kann Eigenständigkeit gegenüber anderen Berufsgruppen durchgesetzt werden.

„... das ist halt das .. da stellt sich wieder die Frage .. was *ist* Pflege, was ist *Pflege*? .. was ist das eigentlich?“ (INT 2/11/441)

„... dass genau *definiert* ist, was Pflege sein soll, oder was Pflege ausmacht ..“ (HKP 7/10/382)

„Ich verbinde mit Professionalisierung, dass Tätigkeiten, die wir in der Pflege ausführen ... (Pause) ... *transparent* gemacht werden, das heißt, dass es transparent gemacht werden soll, *was* eigentlich der *Inhalt* der Pflege ist (..) es wird ja in erster Linie für uns *selber* transparent (..) das ist ja symptomatisch für die *ganze* Krankenpflege, dass wir Vieles in uns drinnen haben, und wir können es nicht genau sagen .. und Professionalisierung .. ja, vielleicht können wir einen Weg finden, wie wir das alles einmal *benennen* können, alle *gleich* (..) also *nicht* in erster Linie für die anderen, sondern in *erster* Linie für uns selbst.“ (INT 9/14/550)

Ein Teil der Pflegenden verbindet mit Professionalisierung eine „**Aufwertung des Berufsstandes**“ als Ganzen. Dies könnte insbesondere über eine verbesserte Ausbildung gelingen. Eine „**Verbesserung der Ausbildung**“ zielt hier weniger auf rein

fachpflegerische Inhalte ab, sondern eher auf die Vermittlung allgemeinbildender Inhalte, psychosozialer und kommunikativer Kompetenzen. Wenn sich Pflegende in diesem Sinne nicht auf eine fundierte Ausbildung berufen können, wirken sie nach außen hin unprofessionell und setzen sich im Praxisalltag der Kritik von verschiedenen Seiten aus.

„Professionalisierung bedeutet für mich, einfach die Pflege aufzuwerten, aus dem derzeitigen Stand *herausheben, erhöhen, verbessern* .. und da lässt sich meiner Ansicht nach einfach sehr *viel* verbessern .. das beginnt ganz *unten* und hört ganz *oben* auf (..) dass wir unsere Pflege verbessern, uns an neuen Möglichkeiten orientieren ..“ (HKP 14/17/701)

„Professionalisierung .. was ist professionell, ja .. professionell ist für mich, wenn jemand eine *wirklich gute*, fundierte Ausbildung hat und *das* was er gelernt hat, mit all seinen Fähigkeiten die er hat, also dass er das dann im Beruf umsetzen kann und will, ja, das wäre für mich *professionell*.“ (INT 8/15/601)

Mit der Ausbildung in Zusammenhang steht die **„Entwicklung von beruflichem Selbstbewusstsein“**, da die berufliche Sozialisation, insbesondere durch den praktischen Teil der Ausbildung, bereits während der Schulzeit erfolgt. Es besteht der Wunsch, die eigene Arbeit selbstbewusst und kompetent (gegenüber ÄrztInnen, PatientInnen, Angehörigen, der Öffentlichkeit) vertreten zu können. Berufliches Selbstbewusstsein als Merkmal von Professionalisierung beschränkt sich nicht nur auf die einzelne Pflegeperson, sondern auf die gesamte Berufsgruppe. Einige Befragte kritisieren in diesem Zusammenhang die eigene Berufsgruppe – sie kann sich nach außen hin kaum überzeugend darstellen und verhält sich „unterwürfig“. Professionalisierung kann nur dann erfolgreich sein, wenn sich das Selbstbewusstsein der ganzen Berufsgruppe steigert.

„Ich glaube, dass wir zu einer gefestigten Stellung neben der Medizin nur *dann* kommen, wenn die Leute einfach *selbstbewusster* sind .. das Selbstbewusstsein *gefördert* wird .. das ist ja insgesamt gering ..“ (INT 9/14/577)

„Das Berufsbild hängt sehr damit zusammen, *wie* ich mich als Pflegeperson präsentiere, wie ich in einer Diskussion mit dem Arzt *umgehe*, wie ich mit mir umgehen *lasse* vor allem ..“ (INT 5/9/349)

„... *natürlich* haben die Ärzte gerne Schwestern, die unterwürfig und nett sind und *ja, ja* sagen .. die Ärzte müssen natürlich jetzt auch lernen, damit umzugehen .. das ist ein schleicher Prozess, glaube ich, dass es in Zukunft einfach .. na ja, das ist noch lange hin, glaube ich, bis das *wirklich* abgebaut ist, die Unterwürfigkeit.“ (INT 2/14/580)

Einige Befragte verbinden mit Professionalisierung eine allgemeine „**Verbesserung der Pflegequalität**“. Die Entwicklung von Pflegestandards für gewisse Bereiche und eine adäquate Pflegedokumentation werden als Instrumente gesehen, Pflege – vor allem für die Pflegenden selbst – nachvollziehbar, überprüfbar und sichtbar zu machen, und so die Pflegequalität zu verbessern. Pflegestandards und -dokumentation werden von den Befragten aber nur dann für sinnvoll erachtet, wenn sie sich an den praktischen Bedürfnissen der Pflegenden und PatientInnen orientieren und der administrative Aufwand nicht überhand nimmt.

„... weil es einfach *professioneller* wird, wenn ich dokumentiere (..) ich glaube, dass sich durch das Dokumentieren auch die Qualität verbessert, da ändert sich *schon* was, da gibt man dann einfach auf bestimmte Dinge mehr Acht und hinterfragt auch mehr ..“ (AP 11/19/774)

„... um die *Tätigkeit* und den *Zeitaufwand* zu dokumentieren ... wenn man das einmal *aufschreiben* muss, überlegt man sich einfach *schon* mehr, *warum* und *wieso* .. und ja, dadurch, dass jetzt einfach auch bestimmte Pflegemaßnahmen zeitlich auch immer wieder kontrolliert werden, also da muss ich jetzt schon *mehr* schauen, ob sich das auch alles so entwickelt, wie ich das will (..) ja, dadurch setzt man sich einfach mehr auseinander ..“ (HKP 13/6/221)

„... die Dokumentation *als solche*, das heißt, wenn ich nur das Wichtigste dokumentieren würde, ja, dann nähme das nicht so Überhand wie jetzt, weil (..) ich mein, über die *Form* der Dokumentation muss man diskutieren, ja .. wie *genau* und wie *ausführlich* und *was* alles dokumentiert gehört, da gehen ja die Meinungen auseinander ..“ (HKP 12/9/365)

Nur drei der befragten Pflegepersonen assoziieren unmittelbar mit dem Begriff Professionalisierung „Wissenschaftlichkeit“, also **Pflegewissenschaft und –forschung**. Die Aufgabe einer Pflegewissenschaft liegt unter anderem darin, vorhandenes tradiertes Wissen über Pflege zu ordnen und Pflegeforschung zur Generierung von neuem Wissen zu betreiben. Erst dadurch wird eine Weiterentwicklung pflegerischen Wissens garantiert und die pflegerische Tätigkeit auf eine fundierte Basis gestellt. Nicht mehr rein intuitives Handeln „aus dem Bauch heraus“ ist dann die Maxime, sondern rational begründetes und geplantes pflegerisches Handeln.

Die **Rolle von wissenschaftlichem Wissen** für die Pflege wird insgesamt sehr ambivalent beurteilt: für die „direkte“ Pflege ist Pflegewissenschaft, „das Theoretische“, nicht notwendig, der Berufsstand selbst könnte dadurch aber angehoben werden. Es besteht die Befürchtung, dass mit einer „Verwissenschaftlichung“ der Pflege nur einzelne

Teilfunktionen angehoben und aufgewertet werden und die breite Basis der Pflegepraxis davon unberührt bleiben wird.

„... für die *Krankenpflege*, für den Umgang mit Menschen, wenn ich den Hausverstand einschalte, da brauche ich doch keine *Wissenschaft* draus machen (...) für den Patienten selber muss ich nicht studieren .. da geh ich hin zu ihm als Mensch, stell mich vors Bett, schau ihn einmal an, red ihn an, schau mir an, wie er auf mich reagiert, schenk ihm ein Lächeln, stell mich vor, ja .. da muss ich nichts wissenschaftlich machen (...) also es ist für den Berufsstand sicher ein Weiterkommen, aber in das Theoretische halt, und das brauche ich in der Pflege am Patienten selber *nicht* .. also von den Pflegewissenschaften halte ich eher wenig ... ja, das ist meine Meinung.“ (AP 15/12/502)

„... ich glaube, dass das Pflege-Studium *wenig* Einfluss darauf [auf eine gleichwertige Position der Pflege neben der Medizin] haben wird, weil meiner Ansicht nach, *die* Leute, die Pflegewissenschaft dann studiert haben, nicht *diejenigen* sein werden, die sich im Spitalsalltag behaupten müssen (...) es wird wieder nur für Einzelne die Möglichkeit geben, sich da weiterzuentwickeln, aber das sind *sicher* nicht *die*, die dann am Bett stehen und die Probleme kennen (...) damit werden ja wieder nur Einzelne angehoben und nicht der ganze Berufsstand ..“ (INT 9/21/839)

„Pflégewissenschaft“ nun als Studium zu etablieren, kommt für manche Befragte verfrüht. Erst wenn der inhaltliche Bereich der Pflege definiert und Eigenständigkeit erreicht ist und wenn die Berufsgruppe eine gewisse Einheitlichkeit erreicht hat, macht für sie die Entwicklung von pflegewissenschaftlichem Wissen Sinn.

„Ich glaube, dass wir einfach noch nicht so weit sind ... (Pause) ... ich glaube, jetzt müssen wir zuerst einmal .. und mit *wir* meine ich den ganzen *Berufsstand* .. es müsste uns einmal klar werden, dass wir ein eigener Berufsstand *sind*, ja .. das muss uns klar werden, was wirklich unsere Arbeit ist, was wir als unsere Arbeit *definieren* wollen .. und uns *konstituieren* oder so .. so lange *das* nicht passiert, sind diese ganzen Versuche .. das sind alles *Möchtegerngeschichten*.“ (HKP 12/17/680)

Eine künftige Zusammenarbeit zwischen PraktikerInnen und PflegewissenschaftlerInnen wird ambivalent beurteilt. Man kann sich eine Kooperation zwar vorstellen, aber nur unter gewissen Bedingungen. So wird eine „Theoretikerin“ vor Akzeptanzproblemen in der Praxis stehen, wenn sie keine pflegerische Ausbildung hat und „Überzeugungsarbeit“ nicht gelingt.

„... könnte sie mich *überzeugen*, dann könnte ich mir durchaus eine kreative Zusammenarbeit vorstellen (lacht), aber da müsste sie mich eben zuerst überzeugen .. und das könnte lang dauern, weil ich selber eben überhaupt kein Theoretiker bin ..“ (INT 5/22/900)

„... wenn man sich überlegt, dass dann eine Person, die die Matura gemacht hat, dann Pflegewissenschaften studiert .. also die ist dann fertig, und wird uns dann *vorgesetzt* .. als

*bereichernde* Kollegin ... woher soll die Ahnung von der Pflege haben? Durch Studium? Das kann ich mir nicht vorstellen ..“ (AP 4/12/491)

„Ich denke mir, dass der Pflegeberuf mehr und mehr *gespalten* wird, und die Pflegewissenschaftlerinnen werden dann irgendwo in der Mitte sein, zwischen Arzt und Pflegenden, so könnt ich mir das vorstellen, so wie das derzeit aussieht ... (Pause) .. und direkt am Bett werden die Pflegehelferinnen bleiben .. (lacht) .. das ist *meine* Prognose.“ (HKP 3/13/500)

„**Einheitlichkeit in Zielen und Strategien**“ wird von drei Pflegenden als zentrale Voraussetzung für eine gelingende Professionalisierung betrachtet. Einigkeit und Einheitlichkeit in Zielvorstellungen und Strategien geben Klarheit und Orientierung und ermöglichen es den Pflegenden an der Entwicklung des Berufs zu partizipieren. In den Interviews wird des öfteren das Bedürfnis geäußert, die Pflegenden sollten alle „an einem Strang ziehen“ und so die Entwicklung schneller vorantreiben. Derzeit werden insbesondere die unterschiedlichen Vorstellungen innerhalb der Berufsgruppe zu Fragen der Ausbildung, der Dokumentationssysteme und der anzustrebenden Ziele als Hindernisse am Weg zu einer „professionellen“ Pflege betrachtet.

„... ach, einfach *professioneller* arbeiten .. durch *Voraussetzungen* die man sich schafft, dass genügend *Personal* da ist, dass alle nach dem gleichen Dokumentationsschema arbeiten .. dass da einfach ein *System* drinnen ist, eine *Einheitlichkeit* .. dann kann man von *professionell* sprechen.“ (AP 11/12/489)

„... ich kenne da so viele Geschichten, wo einer gegen den anderen arbeitet .. und wenn *das* nicht aufhört, dann kann ich mir nicht vorstellen, dass so eine große Berufsgruppe was Einheitliches zuwege bringt. (..) Ich finde, man sollte endlich einmal eine klare Linie suchen .. ich finde Pflegewissenschaft *wirklich* gut, aber ich finde *nicht*, dass man das jetzt alles so übereilt und überstürzt machen sollte .. man sollte sich vorher einfach überlegen und einigen, *wie* man es machen will, wie man die Ausbildung jetzt macht ... ja, und dann sollte die ganze Berufsgruppe an einem Strang ziehen .. (Pause) .. das tut derzeit *keiner* .. es ziehen *alle* möglichen Leute in *alle* möglichen Richtungen, und .. *das kann nicht gut gehen* .. so nicht.“ (HKP 14/6/236)

Untergeordnete Bedeutung für die Befragten dürften „**Berufspolitische Aspekte**“ haben. Zwei Aussagen beziehen sich darauf; einerseits auf einen durchsetzungsfähigen Berufsverband,

„Ein Berufsverband, der stark genug ist, könnte viel bewirken .. er kann zum Beispiel eine Leitlinie bewirken, eine Leitlinie, die es ja in der Krankenpflege bis heute nicht gibt ..“ (HKP 14/6/220)

andererseits auf die Einrichtung einer Pflegekammer:

„Wovon ich immer rede .. das wäre eine Schwesternkammer, das würde mir vorschweben .. (lacht) .. einfach eine Lobby schaffen .. ich mein, das ist jetzt aber wirklich utopisch .. (lacht) .. also wenn ich da an die Ärztekammer denke, wenn die was durchsetzen wollen oder publik machen wollen, dann haben die Ärzte die Kammer .. was haben die Schwestern? .. gar nichts.“ (HKP 12/25/1011)

Der Begriff „Professionalisierung“ wurde mehrmals als „**Schlagwort**“ oder „Floskel“ abgetan. Dies könnte Ausdruck dafür sein, dass die Pflegenden mit dem Begriff selbst nur wenig anfangen können und hinsichtlich seiner Bedeutung unsicher sind. Eine Befragte hatte den Begriff „Professionalisierung“ noch nie gehört.

„... das sind für mich immer wieder Floskeln, um unser Berufsbild auch an der Öffentlichkeit ins rechte Licht zu rücken, sei es jetzt mit dem Begriff *Experte*, ich bin *Pflege-Experte* .. oder ich bin *Pflege-Professionalist*, oder eine *Profession am Bett* .. das sind einfach Schlagworte die *modern* sind .. wo aber im Endeffekt nicht viel dahinter ist ..“ (INT 5/14/560)

„... da soll's halt drum gehen, dass der Beruf insgesamt einfach *gehoben* wird .. ich mein, da machen sie ja ein Mordstheater drum momentan .. ich weiß auch nicht, ich kann mit so Schlagworten wenig anfangen ..“ (HKP 3/4/156)

„Für mich ist das eigentlich alles ein Blabla .. weil *Professionalisierung*, ich mein .. wenn ich die *Voraussetzungen* nicht habe, bitte *was soll ich professionalisieren?*“ (AP 11/12/480)

**Insgesamt** bestehen zu „Professionalisierung“ sehr unterschiedliche Vorstellungen. So bezeichnen sich viele der Befragten als „professionell Pflegende“, da sie eine Fachausbildung absolviert haben und praktische Berufserfahrung besitzen. Dass derzeit so viel von Professionalisierung gesprochen wird, können sie nicht immer nachvollziehen.

„Ich weiß nicht recht, was jetzt einen Professionalisten und einen Nicht-Professionalisten ausmacht .. ich mein, wenn ich jetzt 10 Jahre auf der Intensivstation arbeite, bin ich jetzt ein Professionalist, oder verstehe ich eigentlich nichts von dem, was ich da mache? ... ich würde das schon so sehen, dass ich mit einigen Jahren Berufserfahrung *und* mit meiner Ausbildung Professionalist *bin*. Ob ich das jetzt dazuschreibe oder dreimal dazu sage, das ist für mich gleich viel.“ (INT 5/14/564)

Andere wiederum vertreten die Ansicht, der Pflege fehle es an Professionalität „auf der ganzen Linie“, da entsprechende Voraussetzungen und ein gemeinsames Vorgehen, wenn auch nur innerhalb *eines* Arbeitsbereichs, fehlen.

„Professionalität .. ich mein, daran *fehlt* es einfach (..) und was überhaupt fehlt, das ist eine gewisse *Einheitlichkeit* in diesen Dingen (..) ja, da würden wir uns schon viel *leichter* tun .. das wäre dann nicht für alle so zeitaufwändig und mühsam .. also das Beispiel mit den Mindeststandards, nicht, da

erstellt jetzt jede Station oder jede Klinik für sich was .. ich meine, na ist das *professionell*? .. das ist *nicht* professionell .. weil es gibt da kaum eine gemeinsame Basis, gemeinsame Richtlinien .. nicht .. jeder für *sich* und jeder *einzel*n.“ (AP 11/5/198)

### 8.3 Wahrnehmung und Einschätzung der Professionalisierungsdiskussion

Veränderungen im Pflegeberuf und die Beseitigung eines „Reformstaus“ sind notwendig und wünschenswert, darin stimmten alle Befragten überein. Der Beruf sollte sich weiterentwickeln, „moderner“ werden und größere gesellschaftliche Wertschätzung und eine anerkanntere Position neben der Medizin erlangen. Mir war wichtig, herauszufinden, wie von den Pflegenden die derzeitige Professionalisierungsdebatte insgesamt wahrgenommen und beurteilt wird und wie die Pflegenden in diesem Zusammenhang ihre eigene berufliche Position einschätzen. Aus den Interviews ließen sich drei unterschiedliche Sichtweisen herausfiltern.

#### 8.3.1 Die BefürworterInnen

Einige (wenige) Pflegepersonen äußerten explizit den Wunsch, an der Professionalisierung des Berufs mitzuwirken. Sie identifizieren sich im Großen und Ganzen mit den Professionalisierungsstrategien und beurteilen die derzeitigen Entwicklungen positiv. Der aktive persönliche Einsatz für Veränderungen ist Teil ihres beruflichen Selbstverständnisses – sie erleben sich selbst als „mitgestaltendes Element“ im Professionalisierungsprozess.

„Ich möchte mitwirken an der Professionalisierung des Pflegeberufs .. ein *Paradigmenwechsel*, ganz einfach .. (lacht) .. ich glaub nicht, dass ich das *alleine* schaffe, aber einen Teil dazu beitragen .. das mache ich permanent, das mache ich durch meine tägliche Arbeit.“ (HKP 12/24/962)

Dieses „professionelle“ Selbstverständnis zeigen insbesondere Pflegepersonen aus der **Hauskrankenpflege**. Eine gewisse „Arztferne“ und das weitgehende Fehlen institutioneller Zwänge ermöglichen es den Pflegenden hier besser als im Krankenhaus, ihren Aufgabenbereich gegenüber anderen Berufsgruppen klar „abzustecken“ und ein hohes Maß an Eigenständigkeit zu verwirklichen. Die positive Grundhaltung spiegelt sich auch in ihrer täglichen Arbeit wider: Möglichkeiten der Umgestaltung im eigenen

Arbeitsbereich werden erkannt und ergriffen, auftauchende Probleme bei der Umsetzung neuer Anforderungen werden als bewältigbar gesehen.

„Wenn jeder bei *sich* und in *seinem* Bereich anfängt und verschiedene Dinge langsam etabliert und die *Bewusstmachung* forciert, ich glaube, dass das dann wie ein Schneeballsystem vor sich gehen wird .. und ganz besonders bei uns, weil wir viele Kontakte nach außen haben und mit Organisationen zusammenarbeiten, die auch diplomierte Pflegekräfte haben .. und *Kontakt* haben .. und einfach zusammenarbeiten *müssen*, nicht .. dass sich das dann einfach *nach und nach* verbreitet .. das dauert natürlich alles dementsprechend .. und diese optimistische Einstellung habe ich sicher erst in der Hauskrankenpflege, im extramuralen Bereich, gelernt, weil *draußen* da *hört* die Welt nicht auf bei den Krankenhausmauern .. das ist ein großer Unterschied zum stationären Bereich, wo alles halt sehr eng ist .. und auch die Möglichkeiten für Veränderung.“ (HKP 12/27/1119)

Die höhere Eigenständigkeit der Hauskrankenpflege *eröffnet* den dort Tätigen nicht nur Gestaltungsmöglichkeiten, sondern *erfordert* auch vermehrt Reflexions- und Gestaltungsfähigkeiten um „... *auch einmal über die vordefinierten Grenzen zu schauen*“ (HKP 14/20) und den spezifischen Anforderungen in diesem Bereich gerecht zu werden. Diese Bedingungen in der Hauskrankenpflege wirken sich möglicherweise auf das berufliches Selbstverständnis der dort Tätigen aus und prädestiniert sie für eine VorreiterInnenrolle in Sachen Professionalisierung.

„... ein *Drübernachdenken*, ein *Reflektieren*, das ist einfach wichtig, und da sind die neuen Einflüsse *genau so* wichtig, wie die neue Ausbildung .. und auch mit den Kollegen darüber reden und abklären, was machen wir jetzt mit dem neuen Gesetz zum Beispiel .. ich verstehe nicht, dass da immer nur über Überforderung gejammert wird, wir müssen uns auch überlegen, ob wir nicht was anderes abgeben könnten .. ich *kann* nicht immer nur sagen, ich bin überfordert und nichts dagegen tun .. ich muss *argumentieren* können und sagen können, was mich überfordert .. dann kann man versuchen, da konkret was zu tun, und das braucht *Zeit*, diese *Zeit* brauchen wir eben .. wir sollten uns da schon ein bisschen auf die Hinterfüße stellen und behaupten, ja (..) und wir *brauchen* Einzelkämpfer .. weil die *vorgeben*, was eigentlich alles möglich wäre, nicht .. und da bräuchten wir halt auch *die*, die das Ganze dann umsetzen, wir brauchen beides ..“ (HKP 13/14/572)

### 8.3.2 Die SkeptikerInnen

Mehrere Pflegepersonen aus dem **Normal-** und **Intensivpflegebereich** äußerten sich skeptisch, ob Professionalisierung mit den eingeschlagenen Strategien gelingen kann. Obwohl die theoretische Idee einer Aufwertung des Pflegeberufs grundsätzlich befürwortet wird, zweifelt man am derzeitigen Vorgehen. Insbesondere die Umsetzung und Dokumentation des Pflegeprozesses, als „eigener Bereich“ der Pflege, stellt für die

Befragten kaum eine attraktive Perspektive in ihrer Arbeit dar. Ihrer Ansicht nach wird damit „künstlich“ ein Bereich geschaffen, dessen Relevanz von den Pflegenden nicht gesehen und daher nicht anerkannt wird.

„Ich glaube, dass die Professionalisierung über dieses Thema [Pflegeprozess] nicht funktionieren wird, ich kann mir das nicht vorstellen .. die wenigsten haben das Gefühl, dass sie ihr Image *damit* verbessern können, weil sie *das* tun (..) ich weiß nicht, ob man da nicht versucht, *krampfhaft* etwas zu *erreichen* was vielleicht gar nicht *notwendig* ist ... ich glaube nicht, dass es notwendig ist, jetzt einen ganz neuen Bereich zu schaffen, der dann als *das Professionelle* in der Krankenpflege betrachtet wird .. so, wenn wir das jetzt alle *tun*, dann sind wir alle *professionell* .. es ist einfach wichtig, die Leute so gut wie möglich *auszubilden*, ja (..) *das* macht für mich Professionalität aus .. *nicht* die Erschließung von neuen Pfründen, die erst geschaffen werden müssen und bei diesen Tausenden von Pflegepersonen *nicht* willkommen sind, und sich das über *Jahrzehnte* nicht durchsetzen wird, weil die den *Sinn* darin nicht sehen .. weil die Leute die arbeiten, *schon* glauben, dass sie was Sinnvolles tun, sonst würden sie das nicht *machen* ..“ (INT 8/23/932)

Insbesondere Pflegende, die eine Professionalisierung befürworten und sich auch persönlich für Veränderungen engagieren (würden), erleben die Art der Einführung von Veränderungen häufig als „chaotisch“ und „dilettantisch“. Auch der Eindruck, in diesem Prozess keine Möglichkeiten zur Diskussion und Mitgestaltung zu haben, wirkt sich belastend aus und führt zu einer ambivalenten Einstellung.

„Ja, das [die Professionalisierung] hat schon viel Positives aber eben auch Negatives .. mir kommt das oft so vor, wie wenn .. ja, so .. *so und jetzt macht ihr das, und aus, und ohne Diskussion* .. ich meine, sicher, die Aufwertung .. der *Hintergrund* von dieser ganzen Sache ist *schon* gut, ja .. aber *wie* das jetzt passiert .. das finde ich *ziemlich* dilettantisch ..“ (AP 11/13/514)

### **8.3.3 Die Überforderten**

Die derzeitigen Entwicklungen im Berufsfeld werden von mehreren Pflegepersonen als Überforderung wahrgenommen. Insbesondere die Vorgaben durch das neue Berufsgesetz (Umsetzen des Pflegeprozesses, Mitwirkung an Pflegeforschung u. a.) und die geforderte „Geschwindigkeit“ der Umsetzung stellen die Pflegenden vor Anforderungen, für die sie sich nicht „gerüstet“ fühlen. Hinzu kommen eklatanter Personalmangel und das Gefühl, übergangen zu werden. Professionalisierung wird als „von außen“ oder „von oben“ kommend erlebt. Diese Situation führt dazu, dass sich Pflegende unter Druck gesetzt

fühlen und in Verbindung mit den allgemeinen Belastungen des Berufs der Eindruck der Überforderung steigt. Berufssausstiegsabsichten sind nicht selten die Folge.

„Im Pflegeberuf ist jahrzehntelang gar nichts gemacht worden .. und *jetzt auf einmal* will man alles auf einmal machen, das *geht* aber *nicht* (..) diese ganzen Veränderungen jetzt, das geht einfach zu schnell .. die Berufsgruppe ist damit momentan überfordert, das finde ich ..“ (HKP 12/18/719)

„Ich glaube, wenn alles besser *organisiert* wäre, der ganze Betrieb .. wenn überall genügend Ressourcen da wären, dann wäre alles anders .. was mich unzufrieden macht und auslaugt, ist, dass der Druck an der Basis *immer* am größten ist (..) man kann die Leute nicht so *auslaugen*, weil da geht dann bald *gar nichts* mehr, die rennen alle davon, steigen aus dem Beruf aus.“ (INT 2/8/323)

„Was mir momentan fehlt, dass *wir*, die Leute die diplomiert sind, mal *gefragt* werden .. *also, was denkst du, was willst du?* .. man hört immer nur die Entscheidungen, von Politikern, von Pflegedienstleitungen, von Generaloberinnen, ja .. aber ich hab noch nie gehört, dass das ‚einfache Volk‘ sich zu Wort meldet, hab noch keine Entscheidungen vom einfachen Volk gehört, ehrlich nicht.“ (HKP 14/12/466)

#### **8.4 Berufliches Selbstverständnis**

Die Herausbildung eines beruflichen Selbstverständnisses ist ein Prozess der Abstimmung „zwischen persönlichen Zielen und Werten einerseits und beruflichen Anforderungen und Handlungsmaximen andererseits“ (Flick 1991, 327). Widersprüchliche Anforderungen an den Pflegeberuf haben die Herausbildung eines konsistenten beruflichen Selbstverständnisses, sowohl subjektiv als auch kollektiv, erschwert. Die Widersprüchlichkeiten manifestieren sich innerhalb des Berufs in sehr unterschiedlichen Auffassungen von Pflege und Handlungsmaximen. Zwei Pflegeauffassungen, die kontrastreich das „Eigenständige“ bzw. „Nicht-Eigenständige“ der Pflege und ihr Verhältnis zur Medizin widerspiegeln, kommen in den Interviews gut zum Ausdruck und sollen hier aufgegriffen werden.

Für einen Teil der Pflegenden resultiert ihr berufliches Selbstverständnis daraus, Pflege nicht aus der Medizin abzuleiten, sondern ihren eigenständigen Wissens- und Handlungsbereich zu betonen. Dieser spezielle Bereich ergibt sich aus der Betreuung der Grundbedürfnisse der PatientInnen und aus der Interaktion zwischen PatientIn und Pflegekraft. Pflege ist damit mehr als ärztliche Assistenz und betreut Menschen in verschiedenen Lebenssituationen, unabhängig von ihrer Krankheit, ihrer Diagnose, ihrem Alter und ihrem Gesundheitszustand (Bischoff 1994, 175). Dieses „**professionelle**“

**Selbstverständnis** lässt sich in der **Hauskrankenpflege** durch den spezifischen pflegerischen Versorgungsauftrag und die geringere ärztliche Dominanz eher verwirklichen. Es spiegelt sich in den Aussagen einer 26jährigen und einer 42jährigen Schwester aus dem extramuralen Bereich wider:

„Die medizinische Diagnose ist für die Pflege *nicht* relevant .. weil ich hab nichts davon, wenn ich weiß, dass der Patient ein Colonkarzinom hat .. weil Pflege richtet sich nach den Defiziten, die die Konsequenz aus der Krankheit sind, *nicht* nach der Ursache .. ich muss als Schwester die Defizite des Patienten kompensieren, Defizite in der Selbstversorgung, schauen, was kann der Patient nicht selber, wo kommt er nicht zurecht, die psychische Komponente .. die Auswirkungen der Krankheit auf das soziale Umfeld mit den veränderten Lebensumständen, und, und, und ... *damit* muss ich mich auseinandersetzen als Pflegeperson ..“ (HKP 12/18/743)

„Pflege soll was *Ganzheitliches* sein, dass durch Bettlägrigkeit keine Schäden entstehen .. aber auch, dass man die Seele berücksichtigt und *ganzen* Menschen pflegt .. das soll sich *nicht* nur auf .. als Assistentin vom Arzt beschränken .. sondern es soll halt auch was *Eigenes* sein ..“ (HKP 7/1/26)

Für den anderen Teil der Pflegenden leitet sich Pflege „naturgemäß“ aus der Medizin ab. Die ärztliche Diagnose gibt vor, was pflegerisch zu tun ist und bestimmt so Spielraum und Grenzen pflegerischen Handelns. Diese „**traditionelle**“ **Haltung** findet sich eher bei Pflegenden im **Krankenhausbereich** wieder, da hier die enge Orientierung an der Medizin eigenständiges pflegerisches Handeln stark einengt. Die traditionelle Haltung kommt bei einer 23jährigen Schwester einer kardiologischen Bettenstation und einer 30jährigen Intensiv-Schwester in klarer Weise zum Ausdruck:

„Für *mich* gibt es eine medizinische Diagnose und ich als Pflegeperson muss wissen, was das *heißt* und was da *pflegerisch* zu tun ist .. dazu gehe ich ja 4 Jahre in die Schule, wozu brauche ich da eine *Pflegediagnose*, ich *brauche* für mich da keine Diagnose, ich weiß *ganz genau*, was bei dem Patienten zu machen ist ..“ (AP 1/7/262)

„Für mich ist es so, dass der Arzt die Richtung vorgibt .. und ich sehe *meine* Aufgabe darin, den Patienten zu überwachen, auch Assistenzarbeiten zu leisten, und in erster Linie diese Probleme, die sich durch den Aufenthalt auf einer Intensivstation ergeben, hintanzuhalten .. aber die *Richtung* und auch das *Erkennen* des Zustandes .. das ist für mich was, das dem ärztlichen Personal obliegt .. Therapie, Strategien .. Rein praktisch führen wir diese Strategien durch .. im Idealfall gibt mir der Arzt die Richtung vor, *dort* wollen wir heute hinkommen, und ich versuche das zu verwirklichen, durch Verabreichen von Medikamenten, durch entsprechende Überwachung ..“ (INT 9/7/274)

Die unterschiedlichen Pflegeauffassungen und die daraus resultierenden unterschiedlichen Arbeitsstile können Probleme in der täglichen Arbeit hervorrufen: Teamarbeit wird

schwierig, wenn „alte“ und „neue“ Berufsauffassungen aufeinandertreffen und in einer Gruppe von Pflegenden nicht klar ist, ob primär den Anforderungen der Medizin oder jenen der Pflege gefolgt wird. Die Frage, ob die eigene Pfl egetätigkeit eher als Zu- oder Rahmenarbeit für den Arzt verstanden wird oder ob sie sich in erster Linie über die PatientInnenbedürfnisse definiert, drückt sich auch im unterschiedlichen Umgang mit Abgrenzungsfragen in der ärztlichen Zusammenarbeit aus (vgl. Kapitel 8.9.3 „[Neues?] Konfliktpotenzial“).

## **8.5 Einschätzung des Berufsgesetzes durch die Pflegenden**

Im folgenden Abschnitt wird dargestellt, wie das neue Berufsgesetz allgemein wahrgenommen wird, und welche Bedeutung ihm von den Pflegenden zugeschrieben wird.

Das GuKG bemüht sich um eine Abgrenzung pflegerischer und ärztlicher Tätigkeitsbereiche und thematisiert Aspekte, die das Verhältnis von Pflege und Medizin neu bestimmen. Die Abgrenzung der pflegerischen Tätigkeit erfolgt mit der Umschreibung der Tätigkeitsbereiche, und manifestiert sich insbesondere im „eigenverantwortlichen“ und im „mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich“. Diese Regelungen soll es der Pflege einerseits ermöglichen, ihren handlungsautonomen Bereich wahrzunehmen und auszufüllen, und andererseits die bisherigen Rechtsunsicherheiten in der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen zu klären. Diese beiden Bereiche wurden von der Mehrzahl der Pflegenden in den Interviews von selbst und mit großer Intensität thematisiert. Sie stellen den Bezugsrahmen für die weiteren Ausführungen dar:

**„Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich“:** umfasst schwerpunktmäßig die Umsetzung und Dokumentation des Pflegeprozesses; Mitwirkung an der Pflegeforschung.

**„Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich“:** Schwerpunkt ist die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach schriftlicher ärztlicher Anordnung.

Die Frage, wie bekannt das neue Berufsgesetz in seinen schwerpunktmäßigen Änderungen unter den befragten Pflegenden ist, lässt sich nicht eindeutig beantworten. Mehrere gaben an, das Gesetz nicht zu kennen bzw. sich nicht dafür zu interessieren: „*also ich beschäftige mich mit diesen Fragen so wenig, dass ich mich da irgendwie gar nicht auskenne .. weil's mich auch nicht interessiert ..*“ (AP 4). Einige hatten den vollständigen Gesetzestext schon einmal in Händen und kennen die wesentlichen Inhalte relativ genau. Der überwiegende Teil der Befragten kennt die gesetzlichen Vorgaben nur auszugsweise. Durch Aushänge auf den Stationen, wurden ihnen zum Teil der „eigenverantwortliche“ und „mitverantwortliche Tätigkeitsbereich“ nähergebracht, da diese Bereiche in der täglichen Arbeit von wesentlicher Bedeutung sind. Eine Pflegeperson berichtet von mehrmals besuchten Fortbildungsveranstaltungen zu Themen des GuKG.

Informationen zum neuen Berufsgesetz werden häufig über „informelle Kanäle“, also durch Weitersagen bzw. spontane Gespräche im Team, erlangt und weniger über eine systematisierte Informationsweitergabe bzw. –beschaffung:

„... also, dass wer selber Gesetze nachliest, eher nicht .. es hängen zwar auf der Station so Sachen, aber das ist so geschrieben, dass ich mich da eh nicht auskenne, also, für mich als Normalsterblicher, also da kann ich nichts rauslesen, ich bin dann so gescheit oder dumm wie zuvor .. also im Prinzip geht es darum, dass irgendwer sagt, ok, habt ihr schon gehört, das und das ist neu, über Arbeitskollegen, die jemanden kennen, der Oberpfleger ist oder so ..“ (AP 15/17/701)

Mehrere Befragte wünschen sich zum neuen Berufsgesetz mehr „Aufklärungsarbeit von oben“ (HKP 3), da Inhalt und Auswirkungen des Gesetzes zu wenig bekannt sind: „*Wir haben da ja auch überhaupt keine Information zur Verfügung ..*“ (INT 2). Ihrer Ansicht nach wäre es Aufgabe der Pflegedienstleitungen, die Bedeutung des GuKG für die einzelnen Teams transparent zu machen. Durch Informationsarbeit könnten „Hemmschwellen“ abgebaut und eine Auseinandersetzung mit den neuen gesetzlichen Vorgaben gefördert werden.

Andere sehen bei den BerufsinhaberInnen selbst Barrieren, die eine Umsetzung des GuKG erschweren und Entwicklungsmöglichkeiten ungenützt lassen:

„Es wäre eine Veränderung möglich, besonders wegen der neuen Gesetzeslage .. nur, das diplomierte Personal nimmt das einfach nicht wahr, diese Chance (..) zum einen glaube ich, ist es wegen der Gewohnheit, diese Einstellung .. das haben wir immer schon so gemacht, und warum

sollen wir das jetzt anders machen ... zum anderen ist es eine Art Sicherheit, aus der sich die Leute nicht heraus begeben wollen, also Verantwortung eigentlich nicht übernehmen wollen, ja.“ (HKP 12/37119)

Solange sich Pflegende nicht aus der „alten Sicherheit“ herausbegeben, sich mit neuen Entwicklungen auseinandersetzen, Veränderungen initiieren und dafür Verantwortung übernehmen, werden die gesetzlichen Grundlagen nicht mehr als ein abstraktes Bekenntnis in Richtung Eigenständigkeit bleiben.

Von Pflegenden aus der Hauskrankenpflege wird am GuKG grundsätzlich kritisiert, dass der extramurale Bereich mit seinen spezifischen Arbeitsbedingungen und –anforderungen nicht in adäquater Form Berücksichtigung findet:

„Das Problem an der Geschichte ist, dass wir im Gesetz nach wie vor keine Regelung haben, was die Unterscheidung zwischen intra- und extramural betrifft .. das Gesetz gilt für alle, und dass man im extramuralen Bereich manche Sachen nicht so regeln kann, wie sie vielleicht fürs Spital richtig sind .. ja, das haben die Herren leider übersehen .. hier waren wieder mal die falschen Leute am Werk, Leute, die keine Ahnung haben, wie was in der Praxis abläuft, also von der Hauskrankenpflege war da sicher niemand dabei ..“ (HKP 14/20/806)

Hinsichtlich einer **Gesamteinschätzung des GuKG** lassen sich drei Sichtweisen ausmachen, die mit den von mir untersuchten pflegerischen Tätigkeitsfeldern korrespondieren:

### **8.5.1 Das Gesetz als „rechtliche Absicherung“**

*„Ein ganzer Berufsstand wurde aus der Illegalität gehoben ...“ (AP 6)*

Von Pflegenden aus der **Allgemeinen Pflege** wird das neue Berufsgesetz als rechtliche Absicherung von „schon immer“ durchgeführten Tätigkeiten erlebt. Damit sind insbesondere ärztliche Tätigkeiten gemeint, die nun im „mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich“ geregelt sind und unter bestimmten Voraussetzungen von Pflegepersonen durchgeführt werden können. Diese gesetzliche Regelung führt im Stationsalltag einerseits zu mehr Sicherheit und Orientierung in der Übernahme dieser Aufgaben; andererseits wird die Übernahme dieser „ärztlichen“ Tätigkeiten als positiv

bewertete Ausweitung des pflegerischen Handlungsbereichs „nach oben“ hin (und möglicherweise als Statuserhöhung) erlebt.

„... dass wir jetzt gesetzlich abgedeckt sind, bei gewissen Tätigkeiten die wir sowieso vorher schon gemacht haben (..) Dinge, die leicht in die ärztliche Tätigkeit hineingehen .. das finde ich schon toll, wenn ich jetzt aufwändigere Sachen, zum Beispiel einen Verbandwechsel machen kann.“ (AP 4/13/536)

„Ja, es ist *so*, dass sich gesetzlich was geändert hat, also dass sie das neue Berufsgesetz da gemacht haben, dass man jetzt mehr Kompetenzen hat, und du darfst gesetzlich mehr Sachen machen und so.“ (AP 15/15/606)

„Na ja, an meiner Tätigkeit hat sich nichts geändert, das Einzige ist, dass wir halt vorher was illegal gemacht haben, und jetzt sind halt gewisse Dinge legalisiert worden ..“ (AP 6/20/797)

Rechtliche Absicherung meint aber auch die Absicherung gegen etwaige Ansprüche der heute „mündigeren“ PatientInnen. Durch eine lückenlose Pflegedokumentation wird sichergestellt, dass alle durchgeführten Maßnahmen am Patienten/an der Patientin dokumentiert und nachvollziehbar sind und so als „Beweismaterial“ bei rechtlichen Problemen dienen können.

„... weil wir uns ja von der gesetzlichen Seite her absichern müssen, weil Dokumentation ist heute schon sehr wichtig, nicht .. wie soll ich sagen, die Patienten sind einfach ein bisschen *mündiger* geworden, ja, sie akzeptieren nicht mehr alles .. und wenn es zu Diskrepanzen kommt, und du hast keine gute schriftliche Dokumentation, also da bleibst du über, ja ...“ (AP 6/9/776)

Auffallend bei dieser Gruppe ist, dass das GuKG zwar als rechtliche Absicherung erlebt wird, die Problematik der schriftlichen ärztlichen Anordnung aber in diesem Zusammenhang nicht thematisiert wird. Erst mit einer zeitgerechten schriftlichen Anordnung wäre die Übernahme dieser Tätigkeiten durch Pflegende tatsächlich „rechtlich abgesichert“.

### **8.5.2 Das Gesetz als „Beschneidung der pflegerischen Tätigkeit“**

*„... wenn ich nur mehr Schüsseln tragen tue ...“ (INT 8)*

Das GuKG wird von Pflegenden aus der **Intensivpflege** als Beschneidung ihrer bisherigen Tätigkeiten erlebt. Der Unschärfbereich zwischen pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten ist in der Intensivpflege besonders ausgeprägt. Durch die verpflichtende

Sonderausbildung und die intensive Betreuung der PatientInnen können sich Pflegende auf Intensivstationen diagnostisches und medizinisch-therapeutisches Wissen aneignen, dessen Anwendung im Laufe der Zeit auch Teil ihres beruflichen Selbstverständnisses wird. Insbesondere in Krisensituationen wird dieses Wissen häufig auch ohne unmittelbare ärztliche Anordnung eingesetzt. Die nun strikteren gesetzlichen Regelungen führen zu Unzufriedenheit, da Pflegende sich in ihrer Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit eingeschränkt und auf „rein grundpflegerische“ Belange reduziert fühlen. Der Pflegeprozess und seine umfassende Dokumentation, als der eigenverantwortliche Bereich und „*das Primäre der Pflege*“ (INT 5), wird als nicht prestigeträchtig und „profilierungstauglich“ und als kein positiver Anreiz in der täglichen Arbeit erlebt.

„Eine Aufwertung des Berufs halte ich durchaus für wichtig, das wird man aber *nicht* erreichen, durch *Zurückbeschneidung* der erlaubten Tätigkeiten auf rein grundpflegerische Aspekte, ja (..) wenn es da nicht Alternativen für die Leute geben wird, die wirklich *Alternativen sind*, dann wird das ein Berufsstand werden, der völlig versumpert ... weil wenn ich nur mehr Schüsseln tragen tue, und diese rein .. also das, was als Grundpflege angesehen wird .. wenn ich da keine andere Perspektive mehr habe, dann kann ich mir nicht vorstellen, dass das die Leute glücklich macht beim Arbeiten .. wen macht das glücklich, wenn er keine Anreize hat?“ (INT 8/22/902)

„... die Gesetzesform ist halt wirklich, das ist ja *völlig* unrealistisch .. ich mein, man kann doch nicht einfach ein Gesetz so schnell, zack (..) du kannst nicht plötzlich Leuten, Tätigkeiten, die sie immer gemacht haben, plötzlich von einem Tag auf den anderen verbieten, und sagen, *nein, das rührst du nicht mehr an* ..“ (INT 10/4/154)

### 8.5.3 Das Gesetz als „Chance für Weiterentwicklung“

„... *eine wichtige Initiative in Richtung Professionalisierung* ..“ (HKP 12)

Für Pflegende aus der **Hauskrankenpflege** liegt die Bedeutung des GuKG vor allem darin, als es einen „*Anstoß zur Auseinandersetzung*“ (HKP 12) bewirkt hat und eine Chance für die Weiterentwicklung und Umgestaltung des Berufs darstellt. Durch die gesetzlichen Neuerungen wurde innerhalb der Berufsgruppe Aufmerksamkeit erzeugt, die nun positiv genutzt werden sollte.

„Das Gesetz *selber* hat ja nichts *verändert*, ich sag mal, in der *Realität* .. *nur* .. jetzt ist es festgeschrieben und zur Kenntnis gebracht und das hat Auswirkungen und Konsequenzen .. und insofern war das ein Knackpunkt (..) *dadurch*, dass es so *hochgespielt* worden ist, hat es sehr viel Ängste erzeugt, viel Unmut, sehr viel Widerstand auch .. *dadurch* hat es viel bewirkt .. weil eine *Auseinandersetzung* mit dem Thema begonnen hat .. und *deswegen* glaube ich, dass es *sehr gut* war .. ich will jetzt nicht über inhaltliche Details reden, sondern das Gesetz als Initiator für viel

Entwicklungsarbeit sehen .. als Chance in Richtung *Eigenständigkeit* (..) ich sehe das als eine wichtige Initiative in Richtung Professionalisierung.“ (HKP 12/26/1056)

Die detaillierte Regelung der Aufgabenbereiche stellt für die Pflegenden eine Möglichkeit dar, ihren eigenständigen und eigenverantwortlichen Bereich gegenüber den ÄrztInnen besser abzugrenzen. Früher durchgeführte Tätigkeiten werden jetzt selbstbewusster abgelehnt bzw. nicht mehr selbstverständlich übernommen. Obwohl die Umsetzung des GuKG auch die Pflegenden im extramuralen Bereich vor neue und oft schwierige Herausforderungen stellt und die Auseinandersetzung mit den ÄrztInnen naturgemäß nicht konfliktfrei ist, wird die Bewältigung der auftretenden Schwierigkeiten als machbar erlebt: „*Da waren Gespräche notwendig, ein Argumentieren (...) das ist alles ein Prozess, ein Daranarbeiten ..*“ (HKP 13)

Die relative Unabhängigkeit der Hauskrankenpflege von institutionellen und hierarchischen Zwängen erfordert (bzw. ermöglicht) auch eine gewisse „Eigenständigkeit“ bei der Umsetzung des Gesetzes. Im Gegensatz zum Krankenhaus müssen die jeweiligen Ressourcen (personelle, materielle, räumliche) in der Hauskrankenpflege oft erst geschaffen werden und die Neuorganisation der ärztlichen Zusammenarbeit bewerkstelligt werden. Nicht, dass dies im Krankenhaus nicht auch notwendig wäre; aufgrund der räumlichen Distanz zwischen Pflege und Medizin gestaltet sich dies in der Hauskrankenpflege aber ungleich schwieriger.

„Dadurch, dass wir sehr selbstständig arbeiten *müssen* und sehr *autonom* sind, *müssen* wir uns um diese Dinge einfach *selber* kümmern, um das Gesetz zum Beispiel .. wir *können* es nicht ignorieren, wir *müssen* das wahrnehmen und auch *umsetzen* .. das heißt, uns sagt keiner, was wir dürfen und was nicht, und das ist natürlich auch ein Vorteil, weil wenn ich mich mit dem Gesetz auseinandersetzen *muss* .. da habe ich einfach den Vorteil, dass ich *weiß*, worum es geht.“ (HKP 12/4/154)

## 8.6 Wahrnehmung von Auswirkungen des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation auf die eigene Arbeit

„Da hat sich ordentlich was verschoben ..“ (AP 6)

Für die Pflegenden ergeben sich durch die Umsetzung des Pflegeprozesses und seine Dokumentation weitreichende Konsequenzen im Berufsalltag. Pflegende sind aufgefordert, Pflegediagnosen und -standards zu erarbeiten, Pflegeanamnesen und Pflegeplanung zu erstellen und sich das dazu nötige Wissen anzueignen. Wenngleich auch *vor* dem neuen Berufsgesetz pflegerisches Handeln dokumentiert wurde (z. B. Pflegeberichte), besteht nun die Pflicht, dies umfangreicher und systematischer zu tun. Es muss neben den traditionellen Aufgaben und zusätzlich zu dem ohnehin hohen administrativen und organisatorischen Aufwand in der PatientInnenversorgung bewältigt werden.

### 8.6.1 Allgemeine Problembereiche in der Umsetzung des Pflegeprozesses

Für die Pflegekräfte ergibt sich in erster Linie ein **Zeitorganisations-Konflikt**, der in der täglichen Praxis gelöst werden muss: Wenn mit den gegebenen (zeitlichen und personellen) Ressourcen mehr Zeit für Dokumentation aufgewendet wird, bleibt weniger Zeit für den direkten Kontakt mit PatientInnen. Diese weitere Verschiebung der Tätigkeit, weg von der „direkten“ Pflegearbeit hin zu mehr planender und administrativer Tätigkeit („Zettelwirtschaft“), wird von den Pflegenden als unbefriedigend erlebt, da sie nur schwer mit ihrer Sicht einer PatientInnenorientierten Pflege vereinbar ist.

„Wir sind innerlich darauf vorbereitet, dass das [die Pflegeplanung] kommt .. das kommt *sicher*, und davor fürchte ich mich am meisten, weil die *Zeit habe* ich nicht, *ich habe die Zeit dafür nicht* (..) was machen die *Patienten* in der Zwischenzeit, *wer* macht die Arbeit in der Zeit?“ (AP 1/3/111)

„Na ja, schwierig wird es punkto Organisation, also da hapert's *total* (..) ja, dass man manchmal mit dieser Zettelwirtschaft, mit dieser Desorganisation, dass da einfach *nur* unnötige Arbeit geschaffen wird .. da könnte ich viel mehr Zeit für den Patienten rausholen.“ (AP 11/7/274)

„Der Zeitaufwand hat sich enorm vergrößert (..) die Zeit, die du für schriftliche oder administrative Tätigkeiten aufwenden musst, da hat sich ordentlich was verschoben ..“ (AP 6/19/773)

Dass Planung, Organisation und Dokumentation von Pflege „indirekte“ **Pflegearbeit** darstellt, wird insbesondere vom Dienstgeber nicht immer so gesehen. Administratives wird kaum als Pflegezeit anerkannt und demnach nicht zur Verfügung gestellt. Besonders krass stellt sich dieses Problem in der Hauskrankenpflege, da hier formal zwischen „Pflegezeit“ (die Tätigkeit bei den KlientInnen) und „Bürozeit“ (die schriftliche Dokumentation im Büro am Sozialen Stützpunkt) unterschieden wird: *„also, wenn jemand zuwenig Pflegezeit und zu viel Bürozeit hat, da wird dann schon gefragt, ob der überhaupt ausgelastet ist ...“* (HKP 3).

„es muss einfach von allen Seiten akzeptiert werden, dass man sagt, diese Zeit brauche ich dafür .. weil das ist eine Pflegetätigkeit wie alles andere, wie ein Verbandwechsel und so .. aber dafür ist eigentlich keine Zeit vorgesehen, da ist keine Bereitschaft da, dafür *Zeit* zur Verfügung zu stellen .. das sind dann Dinge, die die Kolleginnen teilweise dann zu Hause machen.“ (HKP 13/5/187)

Das „Zeit-Problem“ in Zusammenhang mit Pflegedokumentation hängt für die Befragten eng mit der **personellen Unterbesetzung** zusammen. Im Pflegeberuf ist das Arbeiten unter Zeitdruck „Normalzustand“ und bedeutet in erster Linie eine Konzentration auf das „Wesentliche“ (die PatientInnen) und eine Vernachlässigung des – scheinbar – „Unwesentlichen“ („Schreibarbeit“). Sind Pflegende nun aufgefordert, pflegerische Tätigkeit umfangreicher zu dokumentieren, dann stellt sich die Frage, ob bestimmte Tätigkeiten (welche und in welchem Ausmaß?) an andere Berufsgruppen (an wen?) abgegeben werden können.

„Momentan ist das ein Dilemma, nicht .. weil die Anforderungen an die einzelne Schwester dauernd steigen, also zum Beispiel dieser zusätzliche Aufwand mit Dokumentation .. und andere Arbeiten abzugeben, ja, das ist dann oft auch nicht einfach .. aber diese zusätzliche Belastung, da kann der Einzelne eigentlich gar nicht aus .. das hängt auch *damit* zusammen, dass der Personalstand auch so klein gehalten wird .. und man dann oft über Wochen hindurch am Limit arbeitet, und dann ganz einfach nicht mehr kann.“ (HKP 13/18/734)

Arbeiten nach dem Pflegeprozess-Modell würde eine veränderte **Arbeitsorganisation**, ausreichende **Ressourcen** und entsprechende **Rahmenbedingungen** erfordern. „Würde“ deswegen, da die Verantwortung für die Regelung der Pflegeorganisation dem Pflegepersonal zugewiesen wird, das ohne Einfluss auf die dazu notwendigen Mittel ist. Eine intensive Auseinandersetzung mit Fragen der Arbeitsorganisation findet selten statt,

hat keine Tradition und ist hinsichtlich des anfallenden Arbeitsaufwandes auch nicht leistbar (Schrems 1994, 29).

„Es ist immer wieder diskutiert worden, warum wir Pflegeplanung erstellen müssen .. warum vergeuden wir jetzt noch Zeit mit dem Vertheoretisieren des Ganzen, dieses Hin und Her schreiben, wenn wir eh schon hinten und vorne zuwenig Leute sind, und mit unserer Arbeit die wir zu machen haben und .. ich mein, das bräuchte eine totale Umverteilung der Arbeit .. Bereiche besser abzugrenzen, um das noch unterzubringen .. aber das ist halt dann an und für sich immer auf das hinausgelaufen, also im Gesetz steht das drinnen, ich *muss* das machen ..“ (INT 5/18/727)

„... dass das Gesetz jetzt so aussieht wie's aussieht und eigentlich von wenigen so richtig anerkannt wird .. ich meine, es sind auch die Rahmenbedingungen, die so ein Gesetz dann ausmachen .. ich finde das ja *typisch*, es interessiert *keinen*, und es wird nicht zur Kenntnis genommen, wie die *Rahmenbedingungen* ausschauen ..“ (INT 8/28/1128)

## 8.6.2 Wahrnehmung spezifischer Problembereiche

Neben den allgemeinen Auswirkungen des „eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs“ auf die tägliche Pflegearbeit erschweren insbesondere folgende Faktoren eine adäquate Umsetzung des Pflegeprozesses und führen zu spezifischen Belastungen bei den Pflegenden:

- Wissens- und Steuerungsdefizite
- Mangelnde Identifikation/Sinnhaftigkeit
- Unterschiedliche Interessen im Team
- Die „Scheu vorm Niederschreiben“

### 8.6.2.1 Wissens- und Steuerungsdefizite

„*Es fehlt uns eigentlich das Grundwissen, die Basis ...*“ (AP 11)

Mit dem Pflegeprozess-Modell zu arbeiten und es als Grundlage der eigenen Tätigkeit anzuerkennen erfordert spezielles **Wissen** und Möglichkeiten des Lernens. Häufig kommt in den Interviews zum Ausdruck, dass die Pflegenden das „Hintergrundwissen“ zur adäquaten Umsetzung des Pflegeprozesses vermissen und eine entsprechend systematisierte und wirksame Wissensvermittlung „von oben“ erwartet wird: „*Das Ganze wird einfach nicht an die, die es ausführen sollten, ordentlich vermittelt ..*“ (INT 10). Es

wurde die Erfahrung gemacht, dass auch bei Stations- und Pflegedienstleitungen Wissensdefizite zur praktischen Umsetzung des Pflegeprozesses bestehen und Unterstützung von dieser Seite kaum geleistet wird. Aus dieser Situation ergibt sich ein Spannungsfeld, das sich in Unzufriedenheit und einer tendenziellen Ablehnung von Pflegeanamnesen, -diagnosen und -planung äußert.

„Wir sind dafür [Pflegeplanung] nicht *gebildet*, uns fehlt da der *Hintergrund*, wir haben dafür *keine Ausbildung* .. die Stationschwester-Vertretung organisiert das, das ist *nett*, aber eigentlich fehlt ihr *auch* die Ausbildung (..) und auch mit der Pflegedokumentation ist das so eine Sache, jeder hat ein bisschen was gelernt, ein bisschen was anderes natürlich, und jeder hat dann noch dazu eine andere Meinung, aber es fehlt uns eigentlich das Grundwissen, die *Basis*.“ (AP 11/5/199)

„Ich muss sagen, dass sehr viele Leute mit dieser ganzen Entwicklung Pflegeprozess, -planung, -diagnosen ja *überhaupt* nicht glücklich sind .. ich mein, das ist vom Gesetzgeber zwar vorgegeben, aber im Grunde genommen sind die Leute überfordert, weil keiner weiß, wie das eigentlich wirklich gehört .. von ganz oben angefangen, die wissen das ja *auch* nicht ..“ (INT 10/20/817)

„So wie *ich*, arbeiten da *viele*, die sagen .. pau, *was ist das eigentlich?* .. jetzt wird zwar ständig darüber *geredet*, aber im *Detail* .. du kriegst dann einen Zettel vorgesetzt, und das und das wünscht die Frau [Name der Pflegedienstleitung], also macht's das, ja .. dann sitzt du mit dem Zettel und musst eine Pflegeanamnese machen, wo du dir denkst, *was* für *Daten* glauben die *jemals* da herauslesen zu können, die dem *Patienten* *nützen* sollen .. ich habe keine Ahnung.“ (INT 8/13/514)

Aus der Unsicherheit im Umgang mit dem Pflegeprozess ergibt sich für die Pflegenden das Bedürfnis nach „**Steuerung**“ bei der Einführung und weiteren Arbeit mit diesem Instrument: „*Was uns ganz sicher fehlt, dass sind die Leute, die das Ganze steuern, nämlich auch effizient steuern* ..“ (HKP 12). Wer diese Rolle übernehmen könnte, wird von dieser Befragten nicht spezifiziert, es könnten aber all jene sein, „die ordentlich geschult sind“ und dadurch eine systematischere Wissensvermittlung als bislang fördern könnten.

#### 8.6.2.2 Mangelnde Identifikation

„*Das Aufschreiben macht für mich einfach keinen Sinn ...*“ (INT 8)

In den Interviews wurden Fragen der „Sinnhaftigkeit“ einer umfassenden Pflegeplanung und -dokumentation häufig thematisiert. Insbesondere Erfahrungen der „Nichtbeachtung“ von Geschriebenem (z. B. durch KollegInnen) im Praxisalltag verstärkt die Ansicht, dass

Pflegedokumentation unnötig sei und Zeit für „Wichtigeres“ wegnähme. Im Zusammenhang mit der gesetzlichen Einforderung führt dieses „Identifikationsdefizit“ dazu, dass Pflegedokumentation zwar durchgeführt wird, aber nur „irgendwie mitläuft“, damit „*dem Gesetz genüge getan ist*“ (AP 6) und kaum als Instrument der Systematisierung von pflegerischen Handlungen wahrgenommen und eingesetzt wird.

„Also für mich hat diese ganze Pflegeplanung einfach keinen *Sinn*. Das *Aufschreiben* macht für mich einfach keinen Sinn, außer dass es mich *Zeit* kostet.“ (INT 8/14/552)

„Jetzt ist es so, dass diese ganze Dokumentation *irgendwie* mitläuft, jeder macht es halt *irgendwie* (..) also es ist der dreifache Zeitaufwand, und es kommt ja *kein* Mensch dazu, sich vor Dienstbeginn hinzustellen und die Pflegeplanung durchzulesen, das schaut sich kein Mensch an, das liest sich *keiner* durch .. es geht *erst* wieder unter dieses ganze Geschriebene, weil im Grunde *bespricht* man die wichtigen Sachen sowieso mündlich .. also für mich schaut das immer so aus, *gut*, für den Gesetzgeber haben wir das gemacht, und dann liegen diese Zetteln in der Krankengeschichte drinnen und keinen interessiert es, keiner schaut sich das an.“ (INT 10/19/795)

Ein besonderer Zwiespalt ergibt sich für einen 31jährigen Pfleger durch das „Identifikationsdefizit“ – er hat derzeit die Stationsvertretung einer Intensivpflegeabteilung inne und sollte in dieser Funktion die Implementierung des Pflegeprozesses unterstützen:

„Ich habe das in der Ausbildung gelernt und gehofft, dass ich es dann nie wieder sehen werde .. ich habe immer noch das Problem, dass ich mich nicht wirklich identifizieren kann damit [Pflegeplanung] .. und jetzt, als Vertretung, da habe ich schon auch das Problem, dass ich es von den Leuten einfordern *muss*, aber selber nicht voll dahinterstehe.“ (INT 5/17/673)

Das gebräuchliche Argument, dass Pflege durch Dokumentation sichtbar gemacht und anerkannt wird, findet bei den befragten Pflegenden nicht immer eine Stützung: Pflegedokumentation selbst sei „unsichtbar“ (verschwindet in der Krankengeschichte), könne die tatsächlich geleistete Arbeit nicht in vollem Umfang erfassen und erfahre weder bei PatientInnen noch bei ÄrztInnen eine besondere Wertschätzung. Daraus ergibt sich, dass Dokumentation von den Pflegenden selbst kaum Anerkennung erfährt.

„Ich glaube nicht, dass es für einen Großteil der Leute *tatsächlich* eine Perspektive ist, sich auf diese Pflegedokumentation zu spezialisieren (..) ich kann nicht Image oder Status von jemandem verbessern, wenn ich dem *wichtige* Aufgaben nicht machen lasse, also Aufgaben, die eine gewisse Wertigkeit haben, für Außenstehende, für Ärzte, für Patienten .. da kann ich keine Imageverbesserung betreiben, wenn ich den dokumentieren lasse, was eh keiner sieht .. und der andere [der Arzt/die Ärztin] macht Arbeiten, die eine höhere Wertigkeit haben (..) ich glaube, dass viele Leute

das einfach spüren, dass sie sich über diese Geschichte mit der Pflegedokumentation nicht profilieren werden können .. und deswegen findet das auch keinen Anklang. Die wenigsten haben das Gefühl, dass sie ihr Image *damit* verbessern können, weil sie *das* tun ... ja.“ (INT 8/23/920)

„Das ist natürlich ein zusätzlicher Zeitaufwand, es ist unendlich viel mehr Schreibarbeit .. die Zeit fehlt dann beim Patienten .. aber das sieht keiner .. ja, und vor allem sehen auch die *Patienten* nicht, was wir da noch für Arbeit haben, nicht .. die sind in ihren Zimmern und glauben, wenn sie uns nicht sehen, sitzen wir irgendwo herum ... ja.“ (AP 11/19/785)

### 8.6.2.3 Unterschiedliche Interessen im Team

„*Der eine will das, der andere will das ...*“ (HKP 13)

Wenn es darum geht, in einem Team neue Vorgehensweisen einzuführen und sie für alle Beteiligten akzeptabel zu gestalten, ist zunächst ein Aushandlungsprozess zwischen „change implementor“ und KollegInnen erforderlich. Die Bereitschaft aller, sich an diesem Prozess zu beteiligen und einen Konsens zu finden, ist ein wesentlicher Aspekt für die erfolgreiche Implementierung neuer Arbeitsweisen. Mehrere berichten davon, dass diese Bereitschaft bei KollegInnen und/oder Stationsleitung häufig nicht vorhanden ist, („da rennst du dauernd gegen Wände“), wodurch die Umsetzung von Neuerungen zusätzlich erschwert wird. Auch in der „professionellen“ Hauskrankenpflege werden Möglichkeiten des „gemeinsamen Aushandelns“ von Teammitgliedern nicht immer genützt:

„Wenn’s um eine neue Idee geht, also wenn eine Einzelne einen Vorstoß macht und dann schaut, ah, wie viele Leute unterstützen mich da, wer steht da dahinter .. da wird das schon *schwierig* .. und man kriegt auch keine Einheit zusammen .. also das ganze Team ist dann eigentlich *zersplittert*, der eine will *das*, der andere will *das* .. und es ist auch keine Bereitschaft da, überhaupt auf einen gemeinsamen Nenner kommen zu *wollen* .. ich weiß es nicht, woran das liegt .. vielleicht eine Angst vor Verantwortung.“ (HKP 13/18/741)

Diese Uneinheitlichkeit innerhalb von Pflege-Teams führt vor allem bei jenen, die sich für Veränderungen aktiv einsetzen, zu Enttäuschungen und Frustration. Immer wieder Engagement für Überzeugungsarbeit und „Motivierung“ der KollegInnen und der Stationsleitung aufzubringen, schwächt letztlich die eigene Motivation:

„Ich hab was gemacht auf der letzten Station, aber das ist total in den Dreck gezogen worden .. ich bin auf Widerstand gestoßen vor allem bei den Damen, die überhaupt nicht mehr motiviert und für Veränderungen *überhaupt* nicht zu haben sind .. wir haben auch ein Projekt begonnen zur Arbeitsumorganisation ... da waren ein paar vom Team motiviert und mittlerweile gehen die alle

weg von der Station, ja .. und die anderen, die wollen eh keine Veränderung .. *ach, das lassen wir so wie früher*, die *wollen* einfach nicht mehr, das ist ihnen zu mühselig .. und da powert man sich irgendwo auch aus, weil einfach nichts weitergeht.“ (AP 11/6/221)

#### 8.6.2.4 Die „Scheu vorm Niederschreiben“

Ein häufig genannter Problembereich im Zusammenhang mit Pflegedokumentation betrifft die Hemmschwellen, Pflege zu „verschriftlichen“: „*Ich weiß, was ich zu machen habe, nur das schriftlich zu dokumentieren, das ist ein Horror für mich.*“ (AP 1). Diese „Scheu vorm Niederschreiben“ resultiert insbesondere aus der Unsicherheit bei Formulierungen, Grammatik und Rechtschreibung. Zusätzlich problematisch wird diese Unsicherheit dann, wenn sie, „um sich nicht lächerlich zu machen“, gegenüber KollegInnen nicht offen artikuliert und keine Unterstützung zur Verbesserung (z. B. Fortbildung) gesucht wird. Wenn Pflegendе diese „Defizite“ vorrangig als ihr persönliches Problem betrachten, kann kaum eine systematische Auseinandersetzung darüber in Gang kommen, und eine sinnvolle Beseitigung der Defizite wird erschwert. Eine 26jährige Schwester einer chirurgischen Bettenstation beschreibt ihre Schamgefühle gegenüber KollegInnen aufgrund ihrer „Formulierungsprobleme“:

„Ich mein, es [Pflegeplanung] ist so *aufwändig* .. (lacht) .. und da ist auch irgendwie die Scheu gegenüber den anderen .. also *ich* komme einfach nicht wirklich zurecht damit, also diese Fortbildungen zu machen, dass man sich einfach besser auskennt .. man würde ja vor den anderen auch eingestehen, dass man damit *nicht zurecht* kommt .. ja, man hat schon auch diese Gedanken (..) ich sehe das als mein *persönliches* Problem, diese Formulierungen und so .. ich meine, ich könnte da *schon* an mir arbeiten, aber ich habe bis jetzt nicht die Energien dafür gefunden, dass ich mich, dass ich die Möglichkeiten nütze .. diese Fortbildungen dafür.“ (AP 4/14/561)

„*Natürlich* jammern alle über die Pflegedokumentation .. es jammern *alle*, dass sie viel schreiben müssen .. ah, da ist sicher auch diese Scheu vorm Niederschreiben, ja .. wenn man das nicht gewöhnt ist .. und auch diese Angst, sich lächerlich zu machen, wenn man einen Satz grammatikalisch nicht richtig schreibt .. also Kolleginnen, die sich beim Schreiben irrsinnig schwer tun .. also, ja, da gibt’s schon viele Hemmschwellen .. *massive.*“ (HKP 12/10/401)

#### 8.6.2.5 Vier Strategien des Umgangs mit Problemen

Die individuellen Strategien des Umgangs mit den genannten Problemen sind unterschiedlich. Je nach persönlichem Hintergrund versuchen Pflegendе eine

Auseinandersetzung mit dem Thema zu vermeiden oder es einfach zu verdrängen; andere identifizieren sich zwar nicht mit dem Pflegeprozess, „spielen“ aber aus Angst vor negativen Konsequenzen mit; wiederum andere erleben die neuen Anforderungen zwar als „schwierig“, versuchen aber den Pflegeprozess in die Praxis umzusetzen und sich das nötige Wissen anzueignen. Im Folgenden skizziere ich vier Strategien, die sich im Umgang mit den Problembereichen herauskristallisiert haben.

#### „Verdrängen“, solange es noch geht

Eine verbreitete Strategie besteht darin, sich passiv zu verhalten und den Pflegeprozess so gut als möglich zu „verdrängen“. Mit dem Pflegeprozess-Modell wird vor allem zusätzlicher administrativer Aufwand und letztlich höheres Arbeitsvolumen erwartet. Solange der Druck zur Veränderung (z. B. durch die Stationsleitung) noch nicht zu groß ist, besteht die Möglichkeit, eine Auseinandersetzung mit dem Thema zu vermeiden. Dass diese Taktik langfristig nicht erfolgreich sein wird, ist den Pflegenden bewusst und verursacht „Magenschmerzen“.

Jüngere Pflegenden waren zwar in der Ausbildung bereits mit dem Pflegeprozess konfrontiert, an vielen Stationen wird er aber nicht (vollständig) umgesetzt: *„In der Schule haben wir schon gelernt von diesen Pflegediagnosen und der Pflegeplanung .. aber wir machen das auf der Station nicht, und ich möchte auch nicht damit beginnen“* (AP 15). Sich im ohnehin belastenden Arbeitsalltag mit einem neuen Pflege-Konzept zu befassen, würde heißen, sich zusätzliche Anstrengungen „aufzuladen“ und hat daher wenig Reiz. Auch eine Art „persönliche Abneigung“ dürfte eine Rolle spielen: *„Pflegeplanung, ja, die liegt mir schon seit Jahren quer im Magen, ich mag mich mit der nicht wirklich beschäftigen ..“* (AP 4). Obwohl die Einführung des Pflegeprozesses über kurz oder lang erwartet wird, werden eigene Möglichkeiten der Mitgestaltung kaum wahrgenommen.

## „Mitspielen“

Eine andere Strategie besteht darin, das Pflegeprozess-Modell zwar in die tägliche Arbeit zu integrieren, sich inhaltlich aber nicht mit ihm zu identifizieren: „*Na ja, wir machen es, weil wir müssen, weil es im Gesetz steht .. wir müssen das tun*“ (INT 8). Die gesetzlichen Vorgaben erzeugen Druck, der am besten so verringert wird, indem man sich den Gebräuchlichkeiten der jeweiligen Station anpasst. Dieser „Weg des geringsten Widerstandes“ wird eher von jenen gegangen, die befürchten, dass offene Kritik zu negativen Sanktionen von Pflegedienst- bzw. Stationsleitung (z. B. Arbeitsplatzverlust) führen könnte. Diese Einstellung bedeutet, dass kaum eine Diskussion stattfindet, weder über die Relevanz des Pflegeprozesses als solchen, noch über entstehende Probleme bei der Implementierung.

„Wenn du zum Beispiel heute sagst, ich will dieses und jenes nicht machen, dann gibt's genügend da draußen, die auf einen Job warten ... und ich denke mir, wenn man da jetzt nicht mitmacht, dann kannst du sehr schnell deinen Arbeitsplatz los sein .. ich sehe schon, dass diese Gedanken auch in vielen Leuten drinnen stecken .. ich glaub schon, dass das auch ein Grund ist, warum man da mitspielt .. *nicht* weil man es selber so gut findet.“ (AP 1/15/613)

„Bei den Teamsitzungen wird halt dann von der Stationsschwester gesagt, also o.k. Leute, die Pflegestandards werden uns blühen, spätestens dann und dann *müssen* wir das haben, also machen wir beizeiten was, sonst kriegen wir einen Stress ..“ (AP 15/18/715)

## Engagement und Resignation

Eine eher resignative Haltung zum Thema Pflegeprozess zeigen Pflegendе, die diesem Konzept zwar etwas abgewinnen können und neue Arbeitsweisen in der Pflege grundsätzlich fördern möchten, die aber durch verschiedene demotivierende Erfahrungen (keine Unterstützung durch KollegInnen, eingeschränkter Zugang zu spezifischen Fortbildungsveranstaltungen, das Gefühl, von Führungskräften übergangen zu werden) einen „inneren Rückzug“ angetreten haben und eigene Handlungsmöglichkeiten nicht mehr wahrnehmen.

„Ich hab mich für so einen Dokumentationskurs angemeldet, da bin ich dann nicht drangekommen und da habe ich mir gedacht, *ach was, ich pfeiff drauf* .. warum soll immer nur *ich* was machen, warum soll immer *ich* alles verändern (..) ich hab mich am Anfang schon sehr engagiert, was zu

verbessern, aber das funktioniert irgendwie nicht (..) ich mein, *mir* ist das jetzt nicht mehr wichtig .. ich weiß eh, wie ich *Meines* halbwegs dokumentiere und *aus*.“ (AP 11/18/737)

„Wir sagen immer wieder, *das* und *das* wäre wichtig zu verändern mit diesen Zetteln .. aber bis das nach oben durchdringt vergehen sicher wieder Jahre .. das ist manchmal deprimierend, dass da einfach nichts weiter geht, dass da auf uns gar nicht gehört wird .. das ist demotivierend, weil *wozu* überlegst du dir was? .. nicht .. da hörst dann schön langsam mit dem Denken auf.“ (AP 15/17/691)

Der Unterschied zu den anderen angeführten Strategien besteht darin, dass bei den „Resignierten“ grundsätzlich eine positive und auch engagierte Haltung zu finden ist (war), durch den „inneren Rückzug“ ihr Potenzial als „change adaptors“ aber nicht mehr wahrgenommen und genützt werden kann.

### Aktive Problemlösung und Austausch

Eine offene Auseinandersetzung aller Beteiligten mit der Einführung des Pflegeprozess-Modells findet eher bei Pflegenden aus der Hauskrankenpflege statt. Die Dokumentation des Pflegeprozesses wird als Pflegehandlung „wie jede andere auch“ gesehen und müsse deshalb auch im Rahmen einer Fortbildung erlernt werden. Das Problem, dass viele der älteren Pflegekräfte in der Ausbildung noch nicht mit dem Pflegeprozess konfrontiert waren, wird durch forcierten Austausch mit jüngeren KollegInnen im Team gelöst. Dass die Einführung des Pflegeprozesses nicht immer reibungslos vor sich geht, wird als „natürlicher Aspekt“ von Neuerungen betrachtet, und Problemlösungen werden im Austausch mit KollegInnen aktiv gesucht.

„Ja, wir sind im *Üben*, wir machen jetzt Fortbildungen ja, jetzt *machen* wir das [Pflegeplanung] einfach, *mehr* oder *weniger* gut .. wir haben ein paar junge Kolleginnen dabei, die kommen grade aus der Schule und *können* das schon, schwieriger ist es bei den Leuten in *meinem* Alter, wir haben das ja nie *gemacht* .. (lacht) .. das haben wir in der Schule ja nicht *gelernt* (..) also das erfordert jetzt von uns allen *schon* ein Umdenken .. wir machen jetzt immer wieder so Fallbesprechungen, wo eine Kollegin einen Klienten vorstellt, die Pflegeplanung dazu, was sie sich dabei überlegt hat und so weiter .. also wir besprechen das dann gemeinsam im Team, wie Pflegeplanung *ausschauen* könnte, da tauschen wir uns aus .. *wie* man *was* machen kann ..“ (HKP 13/5/176)

## 8.7 Abgrenzung oder Zusammenarbeit – oder beides?

Im Zusammenhang mit der pflegerischen Eigenständigkeit stellt die Klärung des Verhältnisses zwischen Pflege und Medizin ein zentrales Thema dar. Diese Thematik wurde auch von den Befragten in den Interviews sehr häufig angesprochen.

### 8.7.1 Die „fließenden Grenzen“

Die formale Abgrenzung zur Medizin, insbesondere wie sie im GuKG durch die verschiedenen Tätigkeitsbereiche vorgesehen ist und von BefürworterInnen einer Professionalisierung propagiert wird, beurteilen die Befragten aus der **Normal- und Intensivpflege** überwiegend skeptisch. „Fließende Grenzen“ im Arbeitsalltag, sowohl zur Medizin als auch zur Pflegehilfe, sind gang und gäbe. Sie werden als notwendig erachtet, um eine reibungslose Versorgung der PatientInnen zu garantieren, und werden kaum als belastend erlebt („wir von der Pflege haben eben keine Standesdünkel“).

„... den Stationsalltag kann man sowieso nicht aufrechterhalten, in dem jeder nur *das* macht, was er *darf* ..“ (INT 9/9/370)

„... es ist *unmöglich*, eine strikte Linie zwischen diesen Bereichen zu ziehen.“ (INT 5/10/399)

Wie sehr die „Nicht-Abgrenzung“ zur Medizin Teil des beruflichen Selbstverständnisses werden kann, drückt sich in der Äußerung eines 48jährigen Pflegers einer Normalstation aus. Seine Sichtweise ist vor dem Hintergrund seiner Berufsbiographie zu sehen: Er ist seit 20 Jahren im Pflegebereich tätig, zunächst als Stationsgehilfe (während eines Medizinstudiums, das er später abgebrochen hat), danach als Pflegehelfer und nun als diplomierter Pfleger – „fließende Grenzen“ sind also Bestandteil seines beruflichen Werdegangs:

„Na ja, ich würde sagen, dass die Grenzen eher fließend sind. Weil, strenggenommen, arbeiten wir nicht nach Dienstrecht und Vorschrift und Tätigkeitskatalog oder wie man das sonst bezeichnet, weil viele von uns auch Tätigkeiten machen, die *rein ärztliche* Tätigkeiten sind, die wir aber irgendwo mitmachen, ja .. also so einen großen Unterschied, also bis auf das, dass ich nicht im OP stehe und dort operiere .. aber sonst, ist da eher ein fließender Übergang, ja ..“ (AP 6/5/164)

Die verstärkte Forderung, sich im Arbeitsalltag gegenüber der Medizin besser abzugrenzen, kann unter dem Aspekt der PatientInnenversorgung zu einer latenten Spannung bei den Pflegenden führen: Einerseits soll eine kontinuierliche, qualitätsvolle Betreuung gewährleistet und dafür Verantwortung übernommen werden, andererseits ist dies nur möglich, wenn auch ÄrztInnen ihren Aufgaben zeitgerecht und ohne ständiges Daraufhinweisen nachkommen (Therapieanordnungen, ärztl. Dokumentation). Da dies häufig nicht der Fall ist, kompensieren Pflegende diese Defizite, wodurch sich immer wieder „fließende Grenzen“ ergeben. Diese Ambivalenz führt zu Unzufriedenheit bei den Pflegekräften und lässt den Eindruck entstehen, dass strikte Abgrenzung der pflegerischen und medizinischen Aufgabenfelder eine reibungslose PatientInnenversorgung gefährden würde, da ein Bereich entstünde, für den sich dann keiner zuständig fühlt.

„Man kann nicht sagen .. so, da ist *Schnitt* und jetzt müssen die Ärzte *ihre* Arbeit machen und die Schwestern *ihre* Arbeit und dazwischen ist ein großes Loch .. weil das geht auf Kosten der Patienten und das geht auf Kosten von *dem* Personal, das sich sagt .. pau, das kann ich jetzt aber *nicht* mehr verantworten, vor mir selber nicht, ja ...“ (INT 8/11/438)

Der Konflikt, der sich daraus ergibt, dem eigenen Bedürfnis nach Abgrenzung gerecht zu werden und zugleich ständig Situationen ausgesetzt zu sein, in denen ÄrztInnen auf ihre Aufgaben erst hingewiesen werden müssen, wird in der Beschreibung einer 23jährigen Schwester einer kardiologischen Bettenstation deutlich:

„Na ja, ich sag das jetzt mal *so* .. eine der *großen* Aufgaben einer Krankenschwester ist, den Ärzten nachzurrennen (..) ich mein, das Nachrennen ist an sich *nicht* meine Aufgabe, aber wenn ich das *nicht* tue und *nicht* frage und *nicht* nachrenne und *nicht* aufmerksam mache ... dann muss sich die nächste Kollegin drum kümmern und für den Patienten verzögert sich alles (..) Den Ärzten nachzurrennen (lacht) .. das ist der große mitverantwortliche Bereich .. (Pause) .. und das sehe ich überhaupt *nicht* ein .. das machen wir aber eigentlich auch immer wieder .. wir regen uns zwar immer wieder auf, aber letztlich machen wir es immer.“ (AP 1/6/199)

### 8.7.2 „*Es artet derzeit eigentlich total in Konkurrenz aus*“

Das Thema „Abgrenzung“ ist für Pflegende aus dem Bereich der **Normal- und Intensivpflege** häufig negativ besetzt und wird mit „Nicht-Zusammenarbeit“, Konkurrenzverhalten, Aufbau von Hierarchien und einer Zersplitterung der Versorgung

der PatientInnen assoziiert. Der „ganzheitliche“ Anspruch an die PatientInnenbetreuung kann nur über ein „Miteinander“ gelingen, was für diese Gruppe der Befragten eine strikte Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche zu anderen Berufsgruppen ausschließt. Eine 40jährige Intensiv-Schwester beschreibt anschaulich, wie sie den „Ruf nach Abgrenzung“ zu anderen Berufsgruppen erlebt:

„Ich finde, die streng hierarchischen Strukturen sind erst wieder *aufgebrochen*, die waren eine Zeit lang mehr oder weniger doch in Grenzen, vor allem in Bereichen wie der Intensiv war das alles fließend .. dadurch haben wir zwar keine rechtliche Rückendeckung gehabt, aber es war irgendwie, wie soll man sagen .. für den Patienten war es besser ... (Pause) .. also, *generell ganzheitlicher*. Und jetzt ist es so, dass sich jeder abgrenzt und sagt .. das ist der Bereich des Labors, das ist der Bereich der Physiotherapie, das ist das Medizinische und das ist das Pflegerische ... und keiner hat mehr ein Ganzes vor sich (...) dass sich unser Beruf jetzt so darauf *versteift* und sagt, wir müssen unser *Selbstbewusstsein* heben und unsere *Selbstständigkeit* haben .. das ist *sicher* richtig und notwendig, *nur* .. es artet derzeit eigentlich total in *Konkurrenz* aus, und es stürzen sich jetzt manche mit einem *Fanatismus* darauf, so, *jetzt machen wir unsere Pflege, und jetzt stellen wir Unseres oben auf* .. so geht's einfach *auch* nicht .. ich mein, wenn man dieses Ziel verfolgt, dann sollte man nicht so auf Konfrontation mit allen anderen Berufen in diesem Bereich gehen (..) wie die Pflege das ja jetzt mit dem neuen Gesetz tut, sich *abgrenzen nach allen Richtungen*, und weiß Gott was für *Kompetenzen* für sich beansprucht .. das ist *meines* und das ist *seines*, und der Masseur ist sowieso ein Verbrecher .. also ich hoffe, dass die Pflege das anders macht, und andere Berufe nebenbei *auch* gelten lässt .. dass man mehr in Richtung *Miteinander* kommt, dass man *miteinander* für Kranke, Alte, Behinderte arbeitet und nicht *gegeneinander*, weil das ist ja weniger eine Sache von Geld, sondern eine Sache der Einstellung, der Akzeptanz .. ja, wenn *die* nicht da ist, vor allem auch nicht bei *denen* die entscheiden und die Schienen legen *könnten*, na ja, also .. was *willst*?“ (INT 10/28/1144)

### 8.7.3 „Es reicht nicht, nur für die Pflege zu denken ...“

Unscharfe Abgrenzungen zu ärztlichen Kompetenzen finden sich vor allem im diagnostischen und therapeutischen Wissen, das sich Pflegende im Laufe ihrer Berufsausübung erwerben können. Dieses Wissen befähigt sie, Situationen richtig einzuschätzen und therapeutische Maßnahmen zu setzen. Oft würde es einfach zu lange dauern, bis ein Arzt/eine Ärztin gerufen werden könnte. „Nur für die Pflege zu denken“, und den medizinisch-therapeutischen Aspekt völlig auszublenden, würde im Praxisalltag zu Situationen führen, die eine adäquate Versorgung der PatientInnen gefährden können.

„Mitzudenken“ heißt auch, ärztliche Entscheidungen und Maßnahmen nicht kritiklos zu übernehmen, sondern wenn nötig in Frage zu stellen. An **Intensivabteilungen** ist „Mitdenken“ in der Zusammenarbeit mit unerfahrenen ÄrztInnen besonders wichtig, da

lebensbedrohende Situationen häufiger als auf Normalstationen auftreten. Die Berufserfahrung einer routinierten Pflegekraft kann einerseits Entscheidungshilfe für den Arzt/die Ärztin sein, andererseits weist sie den Arzt/die Ärztin manchmal auf notwendige medizinische Maßnahmen erst hin.

„Ich mein, wir auf der Intensiv, die da schon *jahrelang* arbeiten .. wir *haben* einfach die Erfahrung .. und das sollte man bitte nicht einfach *ignorieren* und auch, ah .. unterschätzen. Und es machen aber Ärzte Dienst, die *keine Ahnung* von der Intensivmedizin haben, und die haben aber das *Recht* anzuordnen und zu machen .. da wird dir wirklich oft schlecht dabei, da könnte dir übel werden, wenn du denen zuschaust .. da *kannst* du nicht zuschauen .. aber wenn du als Schwester da eingreifst, dann bist *du* dran vor dem Gesetz .. und nicht der Arzt, der die Beatmungsmaschine falsch eingestellt hat .. natürlich macht man das manchmal.“ (INT 10/ 5/179)

Wie schwierig es im Arbeitsalltag sein kann, eine Balance zwischen pflegerisch-medizinischem Wissen, Erfahrung und Handeln zu finden kommt auch in der Beschreibung einer 36jährigen Schwester einer Intensivstation zum Ausdruck:

„Es reicht nicht, nur für die *Pflege* zu denken, auch wenn das mein Beruf ist .. und das ist genau *das*, was uns die Pflegedirektion ständig sagt, ihr macht's eure *Pflege*, und ihr schaut's auf eure *Pflege*, und alles andere hat euch nicht zu tangieren, und wenn ihr die anderen Sachen nicht mehr macht's, dann habt's ihr Zeit für die Dokumentation ... ja, das ist die *Argumentation* .. aber wenn ich das so mache, und ich nicht mehr über *das* nachdenke, was mich nichts *angeht* .. dann können tausend Sachen passieren .. so *kann* man einfach in einem Beruf, der mit einem anderen *so* verwoben ist, so *kann* man nicht arbeiten miteinander.“ (INT 8/17/681)

#### **8.7.4 „Jeder Beruf braucht irgendwie eine Abgrenzung“**

Insbesondere Pflegende aus der **Hauskrankenpflege** sehen gerade in der Abgrenzung zur Medizin eine Möglichkeit, den eigenständigen Beitrag der Pflege zu definieren und eine „ganzheitliche“ Pflege umzusetzen. Durch eine stärkere Konzentration auf grundpflegerische und psychosoziale Aspekte abseits des Medizinischen könnte sich die Pflege besser profilieren und so einen autonomen Handlungsspielraum erlangen. „Übertriebene“ (theoretische) Abgrenzungsversuche halten sie allerdings für wenig sinnvoll, da dies auf Ablehnung bei „PraktikerInnen“ stoßen und Konfliktlinien zwischen Theorie und Praxis erzeugen würde.

„Ich finde das *sehr* notwendig, Pflege von der Medizin abzugrenzen, dass es was *Eigenständiges* wird .. weil es irgendwie *mehr* ist, weil es um den *ganzen* Menschen geht, ja .. eine Schwester hat ja, wenn sie den Patienten wäscht und pflegt, viel mehr *Zeit* als ein Arzt, die Schwester *kennt* ihn

besser und kennt dadurch viel besser seine Bedürfnisse, die über das rein Medizinische *hinausgehen* ... (Pause) ... für den Beruf *an sich* ist eine Abgrenzung wichtig. Ich meine, *jeder* Beruf braucht irgendwie eine Abgrenzung und eine Definition .. das wäre für die Pflege auch wichtig. Ich glaube, dass dieser Wunsch prinzipiell *schon da* ist, nur dass die Vorstellungen *wie* das passieren soll sehr verschieden sind und dass es keine gemeinsame Richtung gibt, weil es gibt .. (lacht) .. es gibt Schwestern, die das *sehr* übertreiben mit den *Pflegediagnosen* zum Beispiel, mit der *Abgrenzung* .. und das alles *sehr* abgehoben bringen, und wenn jetzt jemand schon lange im Beruf arbeitet, und sehr *praktisch* ist, der macht sich dann natürlich darüber lustig, wenn er dann stundenlang dokumentieren muss und genau aufschreiben muss, dann empfindet er das erstens als große Belastung, weil er ja was Anderes auch noch zu tun hat, und zweitens, ja, es entstehen halt viele Konflikte dadurch .. wenn man das dann so übertreibt ..“ (HKP 7/4/129)

Die Grenzen zwischen Pflege und Medizin werden auch in der Hauskrankenpflege nicht immer klar gezogen. Von einem 26jährigen Pfleger einer privaten Organisation im extramuralen Bereich wird kritisiert, dass eine Abgrenzung zwischen pflegerischem und medizinischem Handeln nicht von allen KollegInnen als notwendig erachtet wird und nur „allzu gerne“ ärztliche Tätigkeiten übernommen werden. Die Durchführung einer arztnahen Tätigkeit wird als Prestigegewinn und Stuserhöhung erlebt. Durch dieses „ärztliche Zuarbeiten“ wird aber letztlich eine Grenzziehung erschwert:

„Na ja, diese Grenze schwimmt allzu oft, die Grenze zu den Ärzten .. und dass da die Grenzen schwimmen, das kommt auch oft aus unseren Reihen .. ich sag mal so, viele von uns tendieren in diese ärztliche Richtung, ja .. meine Aufgabe kann es aber nicht sein, für die Ärzte zu arbeiten, wir sollten am *Krankenbett* arbeiten und nicht zu ärztlichen Tätigkeiten hinschwimmen. Leider wird das nicht von allen Kolleginnen so gesehen .. und ärztliche Tätigkeiten werden oft *allzu gerne* und *allzu oft* übernommen und akzeptiert, weil es für manche Diplomierete eine Stuserhöhung ist, wenn sie Blut abnehmen kann .. *nur*, es ist im Grunde nicht unser Job ... also ich denke, wir sollten wieder ein bisschen zurück tendieren, mehr am Krankenbett zu arbeiten ..“ (HKP 14/14/546)

## **8.8 Wahrnehmung von Einschränkungen der Eigenständigkeit**

Einschränkungen der pflegerischen Eigenständigkeit werden von den Befragten aus dem stationären Bereich zum einen auf ärztlicher Seite, zum anderen in arbeitsorganisatorischen und stationsspezifischen Bedingungen wahrgenommen. Im extramuralen Bereich wird das Fehlen politischer Entscheidungen als *der* wesentliche Faktor für die Einschränkung der pflegerischen Tätigkeit erlebt.

### 8.8.1 Einschränkungen durch die Medizin

Einschränkungen durch die Medizin werden vor allem in der direkten Zusammenarbeit erlebt: das „Gerangel“ um Kompetenzen und Zuständigkeiten, Unterschriften und Anordnungen, Delegation und Übernahme von Tätigkeiten ist Teil des Alltags – ÄrztInnen setzen sich dabei aufgrund ihrer Machtposition eher durch. Wenn Pflegende künftig häufiger medizinische Hilfsdienste ablehnen und vehementer Kompetenzen für sich beanspruchen, nehmen sie auch die Position der Medizin stärker als „Bremse“ in der Entfaltung ihrer Eigenständigkeit wahr. Für ÄrztInnen ergibt sich dadurch der zunehmende Verlust von Pflegenden als Hilfskräfte:

„Ich glaube *schon*, dass wir alle das Bestreben haben, im Beruf eigenständiger arbeiten zu können .. der bremsende Faktor ist, dass die Ärzte schön langsam heiß laufen, weil ihnen die *Assistenz* abgeht, und weil sie an niemanden mehr Tätigkeiten delegieren können und auch nicht sagen können .. *du, bring mir dieses und jenes*, weil da ist jetzt möglicherweise ein Gegenüber das sagt, *hol dir das selber, weil ich bin nicht dein Hilfsschackl* ..“ (INT 5/24/1003)

Auch Pflegeforschung lässt sich nicht unabhängig und ohne Widerstände von Seiten der Medizin betreiben. Eine 42jährige Intensiv-Schwester berichtet von einem Pflegeforschungsprojekt, das letztlich durch Intervention von MedizinerInnen aus für sie undurchsichtigen Gründen abgebrochen werden musste:

„Wir können alleine nichts Pflegewissenschaftliches machen, weil wir da immer irgendwie die Ärzte haben .. wir haben da jetzt eine Studie gehabt, über das Verbinden von zentralvenösen Kathetern .. das ist nur in Kooperation mit der Krankenhaushygiene gegangen .. das war ein Pflegeforschungsprojekt und toll durchdacht (..) und plötzlich hat es geheißen, bei dieser Studie wird nicht ordentlich gearbeitet, damit ist die Studie in Verruf geraten und gestrichen worden. Und die Krankenhaushygiene hat dieses Projekt *vernichtet* .. einen vernichtenden Brief dazu geschrieben, obwohl die das vorher abgesegnet haben (..) Ich meine, es gibt *nichts* zum Thema Pflegeforschung, es hätte dieses Projekt gegeben .. aber wir sind bei fast allem das wir erforschen wollen auf ärztliche Zusammenarbeit angewiesen, und wenn die nicht mitspielen, haben wir Pech gehabt. Soviel zur Eigenständigkeit im Pflegeberuf.“ (INT 2/22/880)

### 8.8.2 Einschränkungen durch Arbeitsorganisation und „Stationsbrauch“

In den Interviews kommt zum Ausdruck, dass pflegerische Eigenständigkeit oft weniger durch „ärztliche Barrieren“, als vielmehr aufgrund stationsspezifischer Traditionen nicht

wahrgenommen werden kann. Ob Pflegende bestimmte Tätigkeiten (z. B. Infusionen verabreichen, Blut abnehmen, Harnkatheter setzen) eigenständig und eigenverantwortlich durchführen können, hängt u. a. davon ab, ob es auf der Station „üblich“ ist, dass Pflegende diese Tätigkeiten übernehmen. Ist dies nicht so, bedeutet das für die Pflegekraft eine Einschränkung ihrer „Professionalität“: Sie besitzt zwar die Kompetenz, ist rechtlich „abgesichert“, „darf“ aber die Tätigkeit nicht ausführen, da „Stationsbräuche“ erst überwunden werden müssten und sie sich unter Umständen die Missbilligung des Teams bzw. der Stationsleitung zuziehen würde.

Formale Kompetenzen im Stationsalltag nicht ausschöpfen und einsetzen zu können, wird von Pflegenden aber auch als „Entlastung“ erlebt. Zum einen bedeutet die Übernahme weiterer Tätigkeiten eine Steigerung des Arbeitsanfalls, zum anderen macht eine Modernisierung von „Stationsbräuchen“ arbeitsorganisatorische Veränderungen (v. a. die Regelung der ärztlichen Zusammenarbeit) notwendig, die nicht immer von allen Beteiligten geleistet werden wollen. Die Sichtweise eines 22jährigen Pflegers einer Normalstation verdeutlicht diese Problematik und die dabei wirksamen Mechanismen:

„Es gibt genug Kompetenzen die ich *hätte* .. *theoretisch*, aber die kann ich auf meiner Station nicht *ausüben*, weil es einfach nicht *Brauch* ist, und ich werde den *Brauch* nicht unbedingt ändern wollen, weil *mir* soll's recht sein (..) weil wir ja auch eine gewisse *Sturheit* haben .. wir haben das *nie* gemacht, wir *dürften* das zwar, aber der *Tenor* auf der Station ist *so*, dass wir das nicht machen, weil wir es einfach nicht *machen* .. rein *theoretisch* muss da der *Oberarzt* unterschreiben, dass du das kannst, aber das ist einfach nicht *üblich* und damit machen wir es nicht, und ich kann damit leben (..) da müsste man auch den *ganzen Tagesablauf* ändern .. und wenn wir diese Sachen *auch* noch machen, die *Arbeit* ist eh schon *so*, dass man kaum fertig wird .. ja, da gibt es halt gewisse *Abteilungstraditionen*, und bis man die überwindet .. also, eine *gesetzliche Vorschrift* reicht nicht aus, dass sich da was ändert, da müsste man eine *Radikalkur* machen, also alle *Stationsschwester*n austauschen und *junge Teams* einsetzen .. die *motiviert* sind und was *verändern wollen*.“ (AP 15/15/608)

Nicht nur im „mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich“ sondern auch in rein pflegerischen Belangen fühlen sich Pflegekräfte in ihrer Eigenständigkeit durch „Besonderheiten der Stationsführung“ eingeschränkt. Dabei ist die Rolle der Stationsleitung eine zentrale: Veränderungsresistenz, geringe Innovationsbereitschaft und hierarchischer Führungsstil schränken Entscheidungskompetenzen und Handlungsspielraum der Pflegenden ein.

„... es gibt genug Stationen, wo *sämtliche* Entscheidungen *nur* über die Stationsschwester laufen .. wo die Stationsschwester sagt, welche Salbe der Patient bekommt .. wo auch Ärzte *nur* zur Stations-schwester gehen und sagen, der Patient bekommt *das* und *das*, und da geht dann die Stationsschwester zu *der* Schwester, die den Patienten direkt betreut, und sagt ihr das (..) das ist für mich nicht Aufgabe der Stationsschwester, zu beurteilen, wie Pflorgetechniken angewendet werden .. sie soll *schon* auch die Erfahrung haben, aber ich sehe es *absolut* nicht *so*, dass die *Stationsschwester* zu entscheiden hat, *wie* gepflegt wird, und da der einzelnen Schwester dieses Entscheidungsrecht abspricht .. aber das *gibt* es einfach noch ..“ (INT 8/10/398)

### 8.8.3 Einschränkungen durch fehlende politische Entscheidungen

Pflegende in der **Hauskrankenpflege** können ihre Eigenständigkeit gegenüber der Medizin in vielerlei Hinsicht besser entfalten als jene im stationären Bereich. Grobe Einschränkungen des Aufgaben- und Selbstverständnisses erfahren sie allerdings von (gesundheits-)politischer Seite. Mangelhafte personelle und finanzielle Ressourcen sind Ausdruck dafür, dass die politische Forderung nach Ausbau des extramuralen Bereichs derzeit eher ein Schlagwort als eine fundierte politische Strategie ist. Für die Pflegenden ergibt sich aus dieser Einschränkung das Gefühl, in ein „Korsett“ gezwängt zu sein, und ihren pflegerischen Auftrag eigentlich nicht erfüllen zu können.

Eine 46jährige Schwester, seit 25 Jahren in der direkten KlientInnenbetreuung tätig und gleichzeitig in leitender Position, schildert diese unbefriedigende Situation:

„Momentan ist auch diese ständige unterschwellige *Ungewissheit*, was geschieht *überhaupt* mit der Hauskrankenpflege .. was haben sie mit uns vor? in welche *Richtung* soll das gehen? *wo* liegt unser Auftrag? *was* sollen wir alles anbieten? .. das finde ich manchmal sehr belastend .. wir sollen zwar alles möglichst gut machen, *wissen* aber nicht genau, was wir alles machen *können*, oder was wir alles *abgeben* dürfen .. es gibt da keine klaren *Richtlinien* .. ja, Ausbau im extramuralen Bereich, das kostet eben eine Menge und die politische Strategie ist, möglichst wenig *anzubieten*, und den Zugang möglichst *schwierig* zu machen, und *unsere* Bedingungen möglichst schwierig zu machen, um die Hauskrankenpflege klein zu halten .. wenn wir mehr Personal wären, dann könnten wir mehr machen .. mehr *Vorsorge*, *Prophylaxe* und *Schulung der Angehörigen* .. diese Dinge könnten wir dann übernehmen (..) dass man einen Hausbesuch macht *bevor* irgend etwas passiert, oder *bevor* ein pflegerisches Problem auftaucht .. oder *bevor Fragen* auftauchen .. ja, das *geht* eben nicht, weil wir jetzt *nur* hingehen können, wenn es schon ein Problem gibt, nicht .. also *Vorsorge* in dem Bereich, ja, das wäre ein Aufgabengebiet, das sicher interessant wäre ..“ (HKP 13/10/377)

## **8.9 Der „mitverantwortliche Tätigkeitsbereich“ – ein geklärtes Verhältnis zwischen Pflege und Medizin?**

Durch den „mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich“ wird im GuKG die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege in der täglichen Praxis geregelt. Frühere Unsicherheiten, *wer, was, wann* durchführen bzw. delegieren darf, sollen bereinigt werden und eine bessere Zusammenarbeit ermöglichen.

Mich hat interessiert, wie Pflegende die „neue Klärung“ des Verhältnisses zu den ÄrztInnen erleben und ob durch die gesetzliche Neuregelung „alte Unsicherheiten“ in der Zusammenarbeit aufgelöst werden konnten. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich bekannte „Graubereiche“ hartnäckig halten und neue Konfliktbereiche hinzugekommen sind. Unklare Verhältnisse bestehen in allen drei pflegerischen Tätigkeitsbereichen, wengleich sie sich in der Hauskrankenpflege etwas anders darstellen. Symptomatisch für bestehende Unsicherheiten ist jedenfalls die Äußerung einer 26jährigen Schwester: *„Also, wir arbeiten vielleicht nicht ganz nach dem Gesetz, aber ja, schon nach dem Gesetz .. nein, ich mein, es passt eigentlich“* (AP 4).

### **8.9.1 Einschätzung der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen**

Die Einschätzung der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen durch die Befragten ist sehr unterschiedlich. Je nach Erfahrungshintergrund reicht die Palette der Äußerungen von *„ich selbst fühle mich einem Arzt gegenüber gleichwertig“* (AP 11) über *„eigentlich bin ich ein Handlanger für den Doktor“* (AP 15) und *„es sind so viele Kompetenz- und Hierarchiemauern, dass da eine echte Zusammenarbeit fast unmöglich ist“* (INT 10) bis zu *„das ist oft einfacher, als mit der Oberschwester zu reden“* (INT 2).

Diese starke Variation in der Einschätzung spiegelt bekannte Ambivalenzen wider: das Ringen um Anerkennung und Gleichwertigkeit einerseits, Pflege als Hilfs- und Assistenzdienst andererseits, Unterordnung unter die Medizin und gleichzeitig ausgeprägte innerberufliche Hierarchien. Das Verhältnis zwischen Medizin und Pflege ist nach wie vor

durch ein ausgeprägtes Status- und Machtgefälle bestimmt. Auf den Punkt bringt es ein 31jähriger Intensiv-Pfleger:

„Bezeichnend ist, dass eine Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Ärzten, aus Sicht der Ärzte, immer dann super ist, solange das Pflegepersonal alles macht, was die Ärzte sagen. Wenn das Pflegepersonal einen Punkt gefunden hat, das machen wir nicht, dann ist die Zusammenarbeit einfach furchtbar.“ (INT 5/10/400)

Fördernde und hemmende Bedingungen einer zufriedenstellenden Zusammenarbeit lassen sich sowohl auf Seite der Pflege als auch auf Seite der Medizin festmachen. Aufgrund der Aussagen der Pflegenden ließen sich drei wesentliche Faktoren einer gelingenden Kooperation herausfiltern, die im Folgenden dargestellt werden.

#### 8.9.1.1 Die Bedeutung der „persönlichen Beziehung“ und des „Aushandelns“

Wesentlich für die Einschätzung der Zusammenarbeit sind die „persönliche Beziehung“ und der Prozess des „Aushandelns“ zwischen Pflegekraft und Arzt/Ärztin.

Die Zusammenarbeit mit einzelnen ÄrztInnen ist dann gut, wenn man sich kennt und „als Mensch versteht“ – dies erleichtert die gegenseitige Einschätzung, fördert das Vertrauen und eine offenere Kommunikation. Ein **„guter persönlicher Draht“** ist im Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten relevant: Wird die Beziehung zum Arzt/zur Ärztin als gut eingeschätzt, werden diese Tätigkeiten eher übernommen (auch ohne schriftliche Anordnung), ist das Verhältnis ein weniger gutes und wird kein Rückhalt vom Arzt/von der Ärztin verspürt, werden die gesetzlichen Grenzen genauer gezogen. Ein eher „anordnungs- und abgrenzungsorientiertes“ Handeln ist die Folge.

„Es kommt immer wieder zu Konflikten bei diesen Sachen, wenn es heißt *mach das so und so*, und wo ich sage, *nein, das mach ich nicht, aus diesen und diesen Gründen* .. in der Nacht eskaliert das immer wieder einmal .. jedes Medikament muss ja jetzt mit Zeitpunkt und Unterschrift des Arztes jedesmal *extra* angeordnet werden .. also, wenn ich mit einem Arzt *insgesamt* einen guten Umgang habe, dann habe ich auch bei diesen Dingen kein Problem, da kann ich Medikamente in der Nacht nur auf telefonische Rücksprache verabreichen .. die *echten Probleme* gibt's dort, wo Ärzte dann behaupten, sie hätten das am Telefon *nicht gesagt* .. da hilft dir das ganze Gesetz nicht .. bei diesen Ärzten hänge ich in der Nacht auch kein Medikament mehr an, wenn der mir mal gesagt hat, er hätte irgendwas *nicht* gesagt .. *das* sind dann die Probleme, weil da weiß man, man hat keinen

Rückhalt .. vor dem neuen Gesetz, da hat man sich da einfach weniger Gedanken gemacht, wo die *eigene* Verantwortlichkeit liegt .. jetzt ist es so, dass ich *schon* ganz genau weiß, bei *dem* Arzt bin ich mir einfach nicht sicher, ob der hinter mir steht, *wenn* was ist .. ja, das hängt *sehr* viel von den persönlichen Erfahrungen mit bestimmten Ärzten ab.“ (INT 8/8/323)

Die Zusammenarbeit wird als belastend erlebt, wenn ÄrztInnen sich überheblich verhalten und wenig Bereitschaft zum Gespräch zeigen. Pflegende setzen in diesem Fall durchaus **Macht- und Druckstrategien** ein, die auf einer sehr persönlichen Ebene ausgetragen werden. Eine 28jährige Schwester beschreibt, wie sie mit Situationen umgeht, in denen sie ihre pflegerische Kompetenz gegenüber ÄrztInnen nicht einbringen kann und sich übergeben fühlt:

„Wenn ich mich als Schwester nicht einbringen kann, wenn da was abgeblockt wird von einem Arzt, da werde ich dann halt *partout nicht* mitdenken, wenn das nicht meine Tätigkeit ist .. da denk ich mir, ok, wenn ich von dem nichts haben kann, kann *er* von *mir* auch nichts haben .. für den Patienten mache ich natürlich das Beste, aber *sonst*, alles was mich nichts angeht, der medizinische Bereich, da kümmerge ich mich dann einfach nicht darum .. wenn einer ungut ist zu mir, ja, da weiß ich mir schon zu helfen, den kann ich auch bloßstellen, wenn's drauf ankommt.“ (AP 11/8/321)

Ein 22jähriger Pfleger einer Normalstation übernimmt das Verabreichen einer Infusion dann, wenn er „den Doktor kennt“ – ist er mit dem Arzt nicht bekannt, übernimmt er diese Tätigkeit eher nicht. Er setzt dieses Vorgehen auch als Strategie ein, um den selten anwesenden Arzt zu einem Patienten zu „locken“ und ihn so dazu zu bringen, seinen ärztlichen Aufgaben nachzukommen:

„Ich mein, Infusionen anhängen, da sag ich, also wenn ich den Doktor kenn' und er mich, dann mach ich das schon, aber wenn ich mir denk, ich kenn den nicht und der kennt den Patienten nicht, dann soll er das selber anhängen, dann sieht er den Patienten wenigstens.“ (AP 15/4/138)

Bedingt durch den Unschärfbereich zwischen pflegerischem und ärztlichem Handeln und unzureichender Regelungen im wechselseitigen Umgang, ist die Zusammenarbeit von einem ständigen **Aushandlungsprozess** geprägt: „*Es hat etwas von Geschäft und Gegengeschäft, das weicht diese Linie zwischen Pflege und Ärzten irgendwie auf ..*“ (INT 5). Je nach Gelingen dieses individuellen „Handels“ wird die Zusammenarbeit entweder reibungslos und positiv oder chaotisch und unbefriedigend erlebt.

Die Frage, wer welche Tätigkeit unter welchen Bedingungen übernimmt, ist weniger eine Frage gesetzlicher Regelungen, sondern eher eine der „persönlichen Beziehung“ und des Abgrenzungs- und Aushandlungsvermögens der jeweiligen Pflegekraft: „*Das regelt dann jeder eigentlich irgendwie für sich ..*“ (AP 6). Daraus ergibt sich, dass die Arbeitsteilung auf einer persönlichen Ebene geregelt und jeweils zwischen Pflegeperson und Arzt/Ärztin in einer spezifischen Situation ausgehandelt wird. Sowohl für Pflegende als auch für ÄrztInnen ergibt sich dadurch Unsicherheit und Instabilität im täglichen Umgang, da AnsprechpartnerInnen wechseln und der Aushandlungsprozess immer wieder von neuem beginnen muss.

#### 8.9.1.2 Die Bedeutung des beruflichen Selbstverständnisses

Die Wahrnehmung der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen hängt mit dem Aufgaben- und Selbstverständnis der Pflegenden zusammen. Jene, mit einer eher **professionellen Haltung** haben einen kritischeren Zugang zur ärztlichen Delegation. Sie hinterfragen Anordnungen häufiger und weisen die Übernahme bestimmter Tätigkeiten eher zurück. Insbesondere ärztlich-administrative Aufgaben werden nicht als zum pflegerischen Bereich gehörend aufgefasst. Sich mit dieser professionellen Auffassung gegenüber ÄrztInnen *und* Team durchzusetzen, ist nicht immer einfach und stößt auf Widerstände, wie die 28jährige Schwester einer internen Bettenstation beschreibt:

„... da gibt's immer wieder Probleme .. weil ich sehe es *nicht* so, dass ein Röntgen telefonisch anzumelden zum pflegerischen Bereich gehört, das ist *ärztliche* Tätigkeit, weil das ja eine *ärztliche Indikation* ist, ich mein, dass ich ihm den Zettel hingebe und ein Pickerl draufgebe, von *mir* aus, aber ich sehe es *nicht* als meine Aufgabe, da den Zettel auszufüllen und anzurufen .. aber es ist ja dann so, nicht, *das war schon immer so, also machen wir das weiter so, nicht?*“ (AP 11/20/824)

Die klare und bestimmte Zurückweisung von verschiedenen Tätigkeiten durch Pflegenden stellt ÄrztInnen vor neue und ungewohnte Situationen und zwingt eine Auseinandersetzung über dieses Thema herbei. Aus ärztlicher Sicht ist die Zusammenarbeit mit der Pflege dadurch „schwierig“ und vermutlich auch konfliktreicher. Nicht mehr alles delegieren zu können, stellt letztlich auch die eigene (Macht-)Position in Frage.

Im **extramuralen Bereich** kommen Pflegende durch die deutlichere Trennung von Pflege und Medizin weniger häufig in Situationen, ärztliche Tätigkeiten zu übernehmen. Dass aber auch hier Auseinandersetzungen und „klärende“ Gespräche mit HausärztInnen notwendig waren, beschreibt eine 46jährige Schwester:

„Es ist für die Ärzte *insofern* schwieriger geworden mit uns zusammenzuarbeiten, weil wir selbständiger geworden sind, weil wir sagen was wir *machen* und was *nicht*, und nicht mehr so gefügig sind, nicht mehr *das* machen, was wir mal gemacht haben (..) da waren Gespräche notwendig und ein Argumentieren .. ah, dies oder jenes ist nicht meine Tätigkeit, und das ist *keine* Hauskrankenpflege, und ich geh da nicht hin, und er soll die Hausbesuche selber machen (..) mittlerweile komme ich persönlich ganz gut zurecht damit, das klarzulegen, was mein Job ist .. und mittlerweile kommen auch die Ärzte damit zurecht .. das ist halt ein Prozess .. da hat sich schon auch mit dem Gesetz was geändert, wie wir dann gesagt haben, wir machen keine Injektionen mehr, weil wir das nicht zur Hauskrankenpflege gehörig sehen .. das war ihnen natürlich nicht sehr *angenehm*, dass wir das nicht mehr übernommen haben ..“ (HKP 13/13/504)

Im Unterschied zu den „Professionellen“ nehmen Pflegende mit einem eher **traditionellen Aufgaben- und Selbstverständnis** ihre Möglichkeiten der Abgrenzung und ihren Anteil an der Gestaltung der Zusammenarbeit weniger wahr. Sich gegenüber Anforderungen von Seiten der Medizin abzugrenzen, „sich auf die Füße zu stellen“ und Tätigkeiten nicht mehr selbstverständlich zu übernehmen, wird nicht als eigene Handlungsmöglichkeit erlebt:

„Bei gewissen Fortbildungen .. da schauen sie *schon*, dass sie uns das vermitteln, dass wir uns auf die Füße stellen können und sagen können, nein, jetzt nicht ... und .. ja, da wird sich *einiges* tun, aber *wer* da den Stein ins Rollen bringt, und wie sie das machen .. das weiß ich nicht, das kann ich mir auch nicht *vorstellen*.“ (AP 4/18/730)

### 8.9.1.3 Die Bedeutung von Diskussion und Selbstbewusstsein

Für mehrere Befragte bedeutet Zusammenarbeit vor allem, sich ausführlich über PatientInnen **auszutauschen**, zu **diskutieren** und gemeinsam mit ÄrztInnen zu einem Konsens zu kommen. Die Chancen für eine positiv erlebte Zusammenarbeit steigen, wenn Pflegende ihren Standpunkt fachlich fundiert vertreten und „handfest“ **argumentieren** können. Ein derartiges Verhalten stärkt aus pflegerischer Sicht das Selbstbewusstsein, erhöht die Wertschätzung bei ÄrztInnen und fördert letztlich die Zusammenarbeit. Ein 48jähriger Pfleger einer Normalstation schildert sein Vorgehen in Diskussionen – er betont

im Interview, dass ihm dabei sein medizinisches Wissen zugute kommt, das er sich im Rahmen eines (abgebrochenen) Medizinstudiums angeeignet hat:

„Wenn ich mit Argumenten komme und die auch begründen kann, ja, da kommen wir dann meistens auf einen grünen Zweig .. aber, da musst schon mit einer fachlichen Kompetenz kommen und argumentieren, nicht irgendein Wischiwaschi erzählen, das darfst nicht.“ (AP 6/6/237)

Möglichkeiten zur Diskussion mit ÄrztInnen sind auf **Intensivstationen** durch die engere Zusammenarbeit und die geringeren hierarchischen Strukturen eher gegeben als auf Normalstationen. Durch den ständigen Austausch lernt man als Pflegekraft zu argumentieren und sich im Gespräch durchzusetzen. Ein 30jähriger Pfleger einer Intensivstation ist überzeugt, dass Gesprächsbereitschaft „das Um und Auf“ einer zufriedenstellenden Kooperation ist. Sein „persönliches Naturell“ zur Auseinandersetzung erlebt er als „förderlich“ für die Zusammenarbeit:

„Ich versuch immer zu diskutieren oder vorzuschlagen, das ist *mein* Naturell (..) und ich getraue mich zu sagen, dass das Intensivpersonal *mündiger* ist, *aufzutreten*, seine *Meinung* zu sagen, als das Personal von der Normalstation (..) ich glaube, dass man sich durch die tägliche Arbeit verändert .. man hat auf einer Normalstation oft gar nicht die *Möglichkeit* einem Arzt gegenüber *so* aufzutreten (..) das sind die vielen Situationen, die man auf der Intensiv hat, zu *argumentieren*, wo man als Pflegeperson auch irrsinnig *trainieren* kann, seine Meinung durchzusetzen oder miteinfließen zu lassen (..) es ist Vieles in der Zusammenarbeit einfach leichter *möglich*.“ (INT 5/7/265)

Dennoch ist die Bereitschaft zu Kommunikation und Austausch durch die Belastungen der täglichen Arbeit weder bei ÄrztInnen noch bei Intensiv-Pflegenden immer vorhanden. Arbeitsüberlastung, eine gewisse „Jobmentalität“ und „anordnungsorientiertes“ Pflegehandeln lassen Diskussionen häufig erst gar nicht aufkommen, wie eine 36jährige Intensiv-Schwester bedauert:

„Es gibt viele Kollegen, die einfach vor sich *hinarbeiten*, die das Reden gar nicht mehr interessiert .. das ist ein großes Problem, weil viele Leute einen Punkt erreichen, die sagen .. ich gehe da hin, um mein Geld zu verdienen, und der Rest interessiert mich nicht mehr.“ (INT 8/16/628)

In der Gestaltung der Kommunikation mit ÄrztInnen spielt für die Befragten das **pflegerische Selbstbewusstsein** eine wichtige Rolle. Die eigene Position und den eigenen

Aufgabenbereich selbstbewusst vertreten zu können wird nach Erfahrung der Befragten von ÄrztInnen zwar nicht immer auf Anhieb goutiert, mit einer gewissen Hartnäckigkeit stellt sich aber Akzeptanz und Anerkennung ein. Sich im täglichen Umgang „unterwürfig“ zu verhalten, stellt hingegen die hierarchischen Beziehungen in der Zusammenarbeit immer wieder neu her und verfestigt das Status- und Machtgefälle zwischen Pflegenden und ÄrztInnen, wodurch eine gleichberechtigte, befriedigende Zusammenarbeit erschwert wird. Ein 30jähriger Intensiv-Pfleger beschreibt seine Beobachtungen des Umgangs zwischen Pflegenden und ÄrztInnen:

„Ich glaube, es hängt stark vom Auftreten der Pflegeperson dem Arzt gegenüber ab .. das Verhalten ist oft *so*, dass sich ein Arzt in seiner Rolle bestätigt fühlt und noch einmal oben drauf drückt .. weil wenn die Schwester kommt und dem Arzt den Kaffee bringt, oder was weiß ich, so Kleinigkeiten im gegenseitigen Verhalten .. der Arzt gibt eine Anweisung und die Schwester bedankt sich dafür .. oder, darf ich dem Patienten den Harnkatheter herausnehmen .. und der Arzt sagt *ja*, und sie sagt .. *danke* .. das sind so unterwürfige Bemerkungen, wo ich glaube, dass im Unterbewusstsein dann doch der Arzt als Gott in Weiß wieder stabiler dasteht ... das war jetzt nur ein Beispiel, das ist ja mit den Pflegern nichts anderes ... (Pause) ... Pfleger leben das halt eher auf der technischen Seite aus .. aber das sind alles Handlungen, die einen einem Arzt gegenüber in eine unterdrückte Rolle bringen, ich glaube, dass sehr viel mit dem Auftreten, mit dem Verhalten zu tun hat.“ (INT 5/3/98)

An Selbstbewusstsein mangelt es aus Sicht der Befragten nicht nur der „Basis“, auch in Führungsetagen ist eine gewisse „Unterwürfigkeit“ gegenüber der Medizin bemerkbar. Insbesondere bei öffentlichen Auftritten lässt die Pflege der ärztlichen Leitung des Krankenhauses immer noch gerne den Vortritt. Eben zitiertes Intensiv-Pfleger schildert ein derartiges Erlebnis:

„... es ist wer Prominenter auf der Station verstorben, es gibt eine Pressekonferenz, und als Vertreter der Pflege geht *eine* hin, nämlich die Stationschwester, und Ärzte ein ganzer *Schwarm* .. *das* ist sehr bezeichnend, wenn wir nicht einmal den Mut haben, in der Öffentlichkeit aufzutreten und zu sagen .. *wir* haben *auch* eine gewichtige Rolle in der Behandlung des Patienten gespielt .. oder dass die Direktorin des Pflegedienstes den ärztlichen Direktor anruft und fragt, was sie in dieser Situation jetzt sagen darf oder nicht .. das ist für mich total *unterwürfig*, ich mein, im ärztlichen Bereich hat sie sowieso nicht Auskunft zu geben, und im pflegerischen Bereich muss sie selber wissen, was sie sagen oder nicht sagen darf .. so spielt sich das die Hierarchie hinauf und hinunter, ich kann nicht immer sagen, die arme kleine Schwester am Bett und der arme kleine Pfleger am Bett sind Schuld am Berufsbild, das geht sehr wohl die ganze Hierarchie weiter.“ (INT 5/3/124)

## 8.9.2 Zwei typische Problembereiche in der Zusammenarbeit

### 8.9.2.1 Die schriftliche ärztliche Anordnung

„... *solange die Ärzte da nicht mitmachen geht gar nichts ..*“ (AP 1)

Für *alle* Befragten aus der **Normal-, Intensiv- und Hauskrankenpflege** stellt eine Regelung des „mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs“ ein Problem in der täglichen Arbeit dar: die schriftliche ärztliche Anordnung für Maßnahmen, die an Pflegende im „Einzelfall“ delegiert werden dürfen und von ihnen übernommen werden (z. B. Blutabnahme aus der Vene, das Setzen eines Harnkatheters, die Verabreichung von Medikamenten). Da ÄrztInnen ihrer Verpflichtung zur schriftlichen Dokumentation häufig nicht zeitgerecht oder im nötigen Umfang nachkommen, vollziehen Pflegende bei der Durchführung der genannten Tätigkeiten permanent eine „Gratwanderung“ zwischen gesetzlichem und gesetzwidrigem Handeln. Dieser bekannte Problembereich führt bei den Pflegekräften zu Unsicherheit in der Verantwortungsübernahme und zu unbefriedigendem Arbeitsablauf.

Beim Fehlen einer schriftlichen Anordnung haben Pflegende in der Regel folgende Handlungsmöglichkeiten (die letztlich zu Lasten der Pflegenden gehen):

- die notwendige Tätigkeit *nicht auszuführen* – darunter leidet der Patient/die Patientin,
- die Tätigkeit *ohne schriftliche Anordnung durchzuführen* – in diesem Fall handeln Pflegende gesetzwidrig, sofern die ärztliche Unterschrift nicht innerhalb von 24 Stunden geleistet wird.
- sich vor Durchführung *um eine schriftliche ärztliche Anordnung zu bemühen* – dies heißt vor allem, dem Arzt/der Ärztin „nachzulaufen“, was beträchtlichen Aufwand bedeutet und zu einer zeitlichen Verzögerung für den Patienten/die Patientin führt.

Bei den Befragten herrscht die einhellige Ansicht, dass der „mitverantwortliche Tätigkeitsbereich“ völlig realitätsfern geregelt wurde:

„Es ist vom Praktischen her nicht durchführbar so wie es im Gesetz steht .. es geht einfach nicht, dass für jedes Medikament oder für jede Änderung der laufenden Medikamente der Arzt hergeht und das unterzeichnet, das geht nicht“ (INT 9/9/360)

Daraus ergibt sich für Pflegende ein immenser Druck: Auf der einen Seite das Gesetz mit einer „eindeutigen“ Vorgabe, auf der anderen Seite die tägliche Erfahrung, nicht entsprechend dieser Anforderungen handeln zu können, da die Kooperation der ÄrztInnen immer Voraussetzung ist.

Ein Beispiel zur Veranschaulichung: Pflegekräfte können in der Regel entscheiden, ob das Setzen eines Harnkatheters notwendig ist und besitzen die Fertigkeiten, diese Maßnahme durchzuführen. Durch die gesetzlichen Regelungen bräuchte es nun vor Durchführung eine schriftliche ärztliche Anordnung. Pflegende haben zum einen kaum Verständnis, dass ihnen die Entscheidungskompetenz zur Durchführung nun nicht mehr übertragen wird, zum anderen resultieren durch das Fehlen einer schriftlichen Anordnung beträchtlicher organisatorischer Aufwand und Unsicherheit in der rechtlichen „Rückendeckung“. Die Beschreibung einer 28jährigen Schwester bringt dieses Dilemma zum Ausdruck und weist außerdem darauf hin, dass, egal *wer* eine bestimmte Maßnahme durchführt, sich ÄrztInnen ihrer Verantwortung auf vielerlei Art entziehen können, und Verantwortung auf die Pflege „abgeschoben“ wird – das Thema der „Verantwortungsübernahme“ durch Pflegende ist also kritisch zu betrachten, da in diesem Zusammenhang mit zweierlei Maß gemessen wird:

„Wenn ich einer Patientin einen Dauerkatheter setze, dann muss das vom Gesetz her der Arzt anordnen, aber *bitte* .. das gibt's auf *keiner* Station (..) ich hab kein Problem den Katheter zu setzen, aber in Wirklichkeit muss ich dem Arzt nachrennen und ihn bitten, dass er das anordnet, in die Kurve einträgt, oder .. das macht aber keiner, *das* ist der Wahnsinn .. sollte die Patientin dann eine Infektion bekommen, *warum auch immer*, dann bist *du* als Schwester alleine Schuld, da wird dann gefragt, *wer* den Katheter gesetzt hat, und dann stehst *du* da .. obwohl das sonst *niemanden* interessiert, *wer* den Katheter gesetzt hat .. und wenn der Arzt beispielsweise den Katheter gesetzt hat, und die Patientin bekommt eine Infektion, da fragt dann kein *Mensch*, *wer* den gesetzt hat .. da ist halt dann die mangelnde Pflege Schuld an der Infektion .. im Extremfall wird das so laufen, der Arzt kann sich immer abputzen .. wir stehen letztlich alleine da, und ich finde, wir werden damit einfach *sehr viel alleine* gelassen .. was bei den Ärzten nicht so ist .. wenn bei uns was ist, wenn eine Schwester einen Blödsinn macht, da wird sofort die Stationschwester und *alle* wissen es, und es wird sofort „*weitergeleitet*“ .. wenn ein Arzt einen Blödsinn macht, wie *wir* das ja oft mitkriegen, da wird das fest vertuscht, nicht, da ist dann einfach nichts passiert.“ (AP 11/20/802)

Diese widersprüchlichen Situationen sind nicht neu, haben aber durch die gesetzlichen Regelungen eine Verschärfung erfahren. Ein Möglichkeit, die hartnäckigen Probleme zu lösen, sehen Pflegende vor allem darin, dass ÄrztInnen ihrer Verpflichtung zur

Dokumentation besser nachkommen. Solange dies nicht der Fall ist, kann das Problem nicht gelöst werden und sich der Druck auf die Pflegenden kaum verringern:

„Kürzlich bei einer Teambesprechung war das Thema, dass wir Therapien nur nach ausdrücklicher Anordnung durchführen, und das muss *schriftlich* sein und erst dann .. wir haben uns vorgenommen, nicht mehr nachzulaufen und zu bitten .. aber es ist *so* .. also *ich* sage, wir können uns vornehmen was wir wollen, solange die Ärzte nicht mitmachen geht gar nichts ..“ (AP 1/6/212)

#### 8.9.2.2 Die „Graubereiche“

„*Das ist ein Dilemma, das sich mit dem Gesetz überhaupt nicht löst ..*“ (INT 10)

In engem Zusammenhang mit erstgenanntem Problembereich stehen die „Graubereiche“ zwischen ärztlichen und pflegerischen Aufgaben. Pflegende besitzen häufig Erfahrung und Fertigkeiten für medizinisch-ärztliche Tätigkeiten und setzen dieses Wissen auch ein, wodurch eine Grenzziehung erschwert wird. Die alten Rechtsunsicherheiten haben sich bislang nicht gelöst. Konflikte ergeben sich vor allem dadurch, dass das neue Gesetz „delegationsfähige“ Tätigkeiten nur sehr allgemein umschreibt und bei einzelnen Tätigkeiten immer wieder „individuelle“ Regeln zum Einsatz kommen. Für die Pflegekräfte ergibt sich dadurch die Notwendigkeit des ständigen Abwägens, Aushandelns und Diskutierens mit den MedizinerInnen, das vor allem Zeit und Energie kostet.

„Nein, da ist nichts klarer mit dem neuen Gesetz .. eigentlich war das *nie* sehr klar, es hat immer irgendwelche Ausnahmeregelungen gegeben, was ich als Schwester darf, es war *nie* sehr klar .. du kommst da wohin, und du machst eigentlich *das*, was alle anderen machen ..“ (HKP 3/11/454)

„Das Problem an dieser Regelung ist, dass es immer *Graubereiche* gibt, wo du als Schwester aufgrund deiner Erfahrung und aufgrund der Situation, ah, einfach Dinge machst, die du rein gesetzlich nicht dürftest (..) das lässt sich nicht durchziehen, weil die Ärzte auch oft in dem Moment nicht verfügbar sind, und der Patient aber *jetzt* was braucht, nicht (..) also das ist ein Dilemma, das sich mit dem Gesetz überhaupt nicht löst.“ (INT 10/4/166)

Zu Konflikten führen die „Graubereiche“ eher *dann* nicht, wenn für ÄrztInnen lästige Tätigkeiten übernommen werden, die nicht unbedingt in den pflegerischen Aufgabenbereich gehören, und sich Pflegende dadurch gewissermaßen „instrumentalisieren“ lassen:

„Einerseits sehen sie die Schwestern eher als Putzfrauen, andererseits verlangen sie aber auch von ihnen, wenn sie etwas selber nicht machen wollen .. also das soll dann die Schwester machen, weil

*die kann das schon* (..) Bei uns habe ich so das Gefühl, manche Ärzte sind ganz froh, wenn eine Schwester weiß, was sie jetzt machen muss .. so auf die Art *ja, machen Sie nur, das ist mir eh zuviel, ich will mich eh nicht damit befassen ..*“ (HKP 7/8/311)

In der **Hauskrankenpflege** stellen sich Probleme der „Graubereiche“ etwas anders dar als im stationären Bereich, da medizinisch-ärztliche Aufgaben einen geringeren Teil der Tätigkeit ausmachen. Pflegende erleben die Abgrenzung zum ärztlichen Bereich als weniger unklar und Belastungen der „unfreiwilligen Verantwortungsübernahme“ sind geringer. Eine 30jährige Schwester mit Sonderausbildung in Intensivpflege und seit einem Jahr im extramuralen Bereich tätig, schildert rückblickend ihre neuen Erfahrungen:

„... jetzt in der Hauskrankenpflege habe ich *wesentlich* weniger Verantwortung, vor allem was diesen Grenzbereich zwischen ärztlicher und pflegerischer Arbeit angeht. Für den klar *pflegerischen* Bereich habe ich natürlich die volle Verantwortung, das ist klar .. aber es sind viel weniger so unklare Situationen .. weil, genauso wie bei den Ärzten haben wir im pflegerischen Bereich unsere Indikationen und unsere Therapien ..“ (HKP 3/11/459)

Abgrenzungsprobleme ergeben sich im extramuralen Bereich eher zur Pflegehilfe als zur Medizin. PflegehelferInnen übernehmen in der Regel die Grundpflege, diplomierte Pflegekräfte die Behandlungspflege bzw. die sogenannte Fachaufsicht, d. h. eine eher anleitende und überwachende Funktion. Vielfach ist es so, dass Pflegehilfen aufgrund organisatorischer oder personeller Engpässe Tätigkeiten der „Diplomierten“ übernehmen, so dass hier die Grenzen nach „unten“ verschwimmen:

„Ein großes Thema war zum Beispiel die Medikamentengabe, weil rein *praktisch* können wir da die gesetzlichen Vorgaben nicht erfüllen, weil im Prinzip müsste das eine Diplomierte machen .. das geht aber in vielen Fällen nicht (..) die Pflegehelfer verbringen auch *wesentlich* mehr Zeit bei den Klienten, im Prinzip führen *sie* ja die Pflege durch .. *auch* die Behandlungspflege, also Verbände und so .. obwohl das vom Gesetz her in die Medizinische HKP fällt, aber das ist nicht *umsetzbar* .. da haben wir einfach zuwenig Leute .. im Normalfall schaut das so aus, dass die Diplomierte die Erstversorgung macht und die weitere Versorgung dann an die Pflegehelfer abgibt, und dann nur mehr die Pflegevisiten macht, also nachschaut, wie sich das entwickelt ..“ (HKP 12/5/184)

Für einen 26jährigen Pfleger ergibt sich durch den Rückzug der „Diplomierten“ aus dem grundpflegerischen Bereich ein grundsätzlich unbefriedigender Zustand, da sein eigenes Berufsverständnis durch die „direkte Arbeit mit dem Patienten“ geprägt ist:

„Ich denke, dass die Abgrenzung nicht in der direkten Pflege sein soll .. weil manche Diplomierte sind ja der Meinung, dass der Pflegehelfer für die *rein körperlichen Pfl egetätigkeiten* da ist, und die Diplomierte Tabletten einschachtelt .. also *so* sollte es *nicht* sein .. ich denke, dass wir Diplomierten mehr am Krankenbett arbeiten sollten, als wir das manchmal tun, ja ..“ (HKP 14/13/533)

### 8.9.3 (Neues?) Konfliktpotenzial

Strikte, „gesetzeskonforme“ Abgrenzung des pflegerischen und ärztlichen Tätigkeitsbereichs lässt sich im Krankenhausalltag kaum realisieren. Durch den individualisierten, „flexiblen“ und wenig systematisierten Umgang in „Abgrenzungsfragen“ entstehen Konfliktbereiche neuer Art.

**Unterschiedliche „Stile“** und Handhabungsweisen innerhalb eines Pflege-Teams erzeugen neues Konfliktpotenzial zwischen KollegInnen. Die einen finden das Gesetz gut, machen „ihre Pflege“ und „*grenzen sich zur Medizin schon fast bösartig ab*“ (INT 10). Einstellungen wie „*die Ärzte sollen sich ihre Arbeit selber machen, bekommen ja auch dafür bezahlt*“ kollidieren mit der Einstellung jener KollegInnen, die ihrem traditionellen Verhalten treu bleiben und (aus unterschiedlichen Gründen) ärztliche Tätigkeiten auch ohne dezidierte Anordnung ausführen. Dieser unterschiedliche Umgang führt zu Konflikten innerhalb des Teams, die letztlich die Teamarbeit erschweren und den Zusammenhalt schwächen. Eine 40jährige „traditionelle“ Intensiv-Schwester beschreibt ihre Erfahrung mit Kolleginnen:

„Also .. als diese gesetzliche Neuregelung kam, und ich da einen Arzt in der Nacht nicht geholt habe, da bin ich von meinen Kolleginnen fast gekillt worden, nur weil ich für die Abnahme von einem Blutgas den total übermüdeten Arzt *nicht* geholt habe ..“ (INT 10/6/222)

Durch die unterschiedlichen Umgangsweisen mit gesetzlichen Vorgaben ergibt sich eine Teilung des Pflege-Teams in **die „Schwierigen“** (jene, die sich an die gesetzlichen Vorgaben halten und gewisse Tätigkeiten nur nach schriftlicher ärztlicher Anordnung übernehmen) und in **die „Verlässlichen“** (jene, die ärztlichen Tätigkeiten auch ohne dezidierte Anordnung übernehmen). Es liegt auf der Hand, dass ÄrztInnen bevorzugt mit den „Verlässlichen“ kooperieren. Daraus ergibt sich für die „Schwierigen“ ein

Anerkennungsdefizit, das zu Unbehagen führt und die Zusammenarbeit kaum fördert. Sie erfahren sozialen Druck auch von Seiten der KollegInnen, der sie immer wieder in Situationen bringt, in denen ärztliche Tätigkeiten auch gegen die eigene Überzeugung und ohne die nötige Sicherheit durchgeführt werden. Je nachdem ob die „Verlässlichen“ oder die „Schwierigen“ in einer Gruppe überwiegen, erfolgt der soziale Druck von unterschiedlicher Seite.

Probleme neuer Art ergeben sich auch für **Pflegekräfte mit unzureichenden Fertigkeiten** zur Durchführung diverser ärztlicher Tätigkeiten. Sie kommen in „Zugzwang“, sich die nötigen Kenntnisse entweder anzueignen oder die Tätigkeiten nicht zu übernehmen, woraus sich Verzögerungen in der PatientInnenversorgung ergeben können. Ein 48jähriger Pfleger schildert diese Problematik:

„Es hat Kolleginnen im Team gegeben, die haben Probleme mit gewissen Tätigkeiten gehabt, weil sie vorher gesagt haben, *nein, das darf ich nicht tun* und jetzt *dürfen* sie es .. ja, ein gutes Beispiel ist die Blutabnahme aus der Vene (..) jetzt kommt es zu Diskrepanzen insofern, als es Ärzte gibt, die sagen .. muss ich jetzt wirklich um 4 Uhr für die Gerinnungskontrolle aufstehen, *ihr dürft das ja eh ..* und die muss dann sagen, ich kann's nicht weil ich stech' nicht so oft .. ja, da gibt's Kolleginnen, die damit ein Problem haben .. ich mein, *ich* hab keines damit, weil ich *kann* das (..) ja, das ist nach wie vor so, dass da unklare Verhältnisse herrschen .. das wird dann auf dem Rücken der Patienten ausgetragen (..) ich mein, du bist zwar gesetzlich abgesichert, wenn du es *nicht* machst, da kann dir nichts passieren, aber es wird ein Problem, wenn der Arzt nicht kommt und du dir das nicht zutraust (..) ja klar könnte ich jetzt mit dem Gesetz argumentieren und sagen, ja, das ist nicht meines die Infusionen anhängen, ich *muss* es nicht machen, das ist ja eine Kann- aber keine Muss-Bestimmung, aber es bleibt im Prinzip der Patient über, weil für den ist es ja nicht egal, wann er sein Medikament bekommt .. das ist ja nicht unwesentlich.“ (AP 6/20/800)

**Mangelnde Kenntnisse der gesetzlichen Regelungen** erzeugen sowohl bei Pflegenden als auch bei ÄrztInnen Verunsicherung. Weiß der eine nicht, welche Tätigkeiten er übernehmen darf, und der andere nicht, welche Tätigkeiten er unter welchen Voraussetzungen delegieren darf, führt dies zu unklaren Erwartungen und muss in unterschiedlichen Situationen jeweils auf spezifische individuelle Weise gelöst werden.

„Die ganze *Tragweite* vom Gesetz, in welche *Bereiche* das jetzt *hinein* spielt .. *das* ist mir bis *heute* nicht klar (..) jetzt ist da so eine Front und Mauer aufgebaut worden, auch durch die gesetzlichen Änderungen erst *entstanden* .. weil die Ärzte kennen sich nicht aus, die wissen ja *selber* nicht, was sie eigentlich dürfen und nicht dürfen, was darf das Pflegepersonal und was kann ich dem

Pflegepersonal anordnen und zumuten .. *es hat ja keiner eine Ahnung* .. ich weiß nicht, da gibt's jetzt viel mehr Probleme und Unsicherheiten als früher.“ (INT 10/24/988)

„... was eigentlich *fehlt*, das ist ein *Rechtsberater* oder wie man zu Informationen kommt, wenn man Fragen zum Gesetz hat .. bei *Alltäglichkeiten* ist das oft sehr unklar, auch hinsichtlich meines Aufgabenbereiches, meiner Grenzen .. ich mein, ich weiß schon, was ich zu tun habe, aber trotzdem, das schwimmt oft sehr mit den Ärzten .. und das Gesetz ja, das kann man auch auf verschiedene Arten interpretieren ..“ (HKP 3/11/439)

Die selbstverständliche und unkritische Übernahme ärztlicher Kompetenzen ist einer der Gründe für die Überlastung von Pflegenden. Sie führt letztendlich dazu, dass ÄrztInnen Arbeit abgenommen wird und **„die eigene Arbeit oft übrigbleibt“** (AP 4). Für die Pflegekräfte hat dies positive und negative Auswirkungen: Einerseits wird man durch die Übernahme der Tätigkeiten zur anerkannten, „verlässlichen“ Pflegekraft; andererseits ladet man sich Mehrarbeit auf und kann die Verantwortung für durchgeführte Tätigkeiten nicht immer übernehmen. Diese belastende Spannung in der täglichen Arbeit, zeigt sich anschaulich bei einem 22jährigen Pfleger einer Normalstation:

„Also wenn ich weiß, mit dem Patienten schaut's so und so aus und der braucht Blutkonserven, ja, dann bereite ich das alles vor und sag zum Doktor, *Herr Doktor, der Patient Sowieso, ich glaub, der würd das und das brauchen, ich hab das schon hergerichtet* .. die Ärzte sind ganz froh, wenn man ihnen Arbeit abnimmt, wenn man selber mitdenkt. Ja, da gibt's natürlich dann Situationen, da wird man für Sachen verantwortlich gemacht, die eigentlich die Arbeit vom Doktor sind, und *ich* bin dann Schuld.“ (AP 15/3/97)

Unklare Abgrenzungen in der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen lassen sich offenbar nur schwer über gesetzliche Regelungen lösen. Es scheint eher so zu sein, dass gewisse Leitlinien der Zusammenarbeit für Pflegende und ÄrztInnen eine befriedigende Kooperation unterstützen könnten. Daraus würde ein einigermaßen konsistentes Vorgehen resultieren, das sowohl den Druck der „individuellen Problemlösung“ von den Pflegenden nehmen, als auch Orientierung bei den ÄrztInnen schaffen würde:

„Ich denke, dass es bei einem entsprechendem Umgang zwischen Pflege und Ärzten Möglichkeiten gibt, dem Gesetz entsprechend zu handeln .. und auch dabei den Stationsalltag nicht zu gefährden .. also auch vom Organisatorischen her, dass man da eine Übereinkunft findet. (..) ja, man muss da halt Möglichkeiten finden, wie man das .. da hilft das ganze Gesetz nicht.“ (INT 9/9/364)

## 8.10 Wahrgenommene Unterstützung von Stations- und Pflegedienstleitung

„In Wirklichkeit sind die Mitarbeiter wurscht .. so läuft's doch.“ (INT 2)

Pflegende brauchen, um neue Vorgehensweisen einführen zu können und ihrem Anspruch einer qualitätvollen, patientInnenorientierten Pflege gerecht zu werden, ein unterstützendes Umfeld. Stations- und Pflegedienstleitung kommt dabei eine besondere Rolle zu, da sie organisatorische Rahmenbedingungen und ein förderndes Klima schaffen können.

### 8.10.1 „... dass die eigenen Leute so einen Druck ausüben ..“

Insbesondere von Befragten aus der **Normal-** und **Intensivpflege** werden Stations- und Pflegedienstleitung für das „Chaos“ (AP 1) und den bestehenden Druck in der Praxis im Zusammenhang mit der Umsetzung des Pflegeprozesses verantwortlich gemacht. Führungskräfte müssten sich mehr und effizienter für ausreichend Personal, weniger belastende Arbeitsbedingungen und für einen besseren Kommunikations- und Informationsfluss einsetzen, dann ließen sich die gesetzlichen Vorgaben erfüllen und Pflegeplanung einführen. Forderungen nach Modernisierung und Verbesserung der Pflegequalität werden unter den derzeitigen Bedingungen als zynisch erlebt und verstärken den Eindruck der „Praxisferne der leitenden Pflegekräfte“. Aus dieser Diskrepanz von Anspruch und Wirklichkeit resultieren bei den Pflegenden **Gefühle der „Ohnmacht“**, **Frustration** und **Resignation**, die Motivation und persönlichen Einsatz für Veränderung verhindern.

„Wenn du dem Oberpfleger sagst .. wie sollen wir das mit der Pflegeplanung machen, wir sind so wenig Leute im Dienst .. der zuckt auch nur mit den Schultern .. wir haben ihn schon oft eingeladen zu Teambesprechungen, der kennt die Probleme ganz genau .. aber der sagt, er kann da auch nichts machen (..) und du *kannst* dir nicht helfen, ausser dass du arbeitest *was geht*, und da bist du dann einfach oft überfordert ... und das ist extrem frustrierend.“ (AP 1/13/510)

„Ich find das *ziemlich* arg, dass die eigenen Leute so einen Druck auf uns ausüben .. die müssten ja wissen, was diese tägliche Arbeit *heißt*, was das für eine *Belastung* ist .. da kommen sie trotzdem immer wieder mit was Neuem, da müssen wir dies und jenes noch dazu machen, und am besten in *kürzerer Zeit* und mit *weniger Personal* ... ja, das heißt dann immer *die Pflegequalität steigern* .. das ist schon recht, nur muss man auch die Bedingungen dafür schaffen ..“ (INT 2/8/326)

### 8.10.2 Führungskräfte – die „feindliche Seite“

Von einem anderen Teil der Pflegenden im stationären Bereich werden Führungskräfte in der Pflege eher zum „System“ (also zur Organisation) als zur eigenen Berufsgruppe gehörend wahrgenommen und stehen „auf der feindlichen Seite“: *„Irgendetwas wehrt sich in mir, diesem System mehr zu dienen, als ich es durch meine tägliche Arbeit tue ..“* (INT 8). Das traditionellerweise schwierige Verhältnis zur Pflegedienstleitung verstärkt sich gerade in Zeiten steigender Anforderungen und mangelhafter Rahmenbedingungen.

*„Wir hören immer nur, wir sollen uns mit unseren Problemen an die Pflegedienstleitung wenden .. dass ich nicht lache! .. letztlich bist du als einzelne Schwester für alles verantwortlich, alles wird auf dich abgewälzt, und die Pflegedirektion putzt sich erst recht ab .. ja, so ist es in Wirklichkeit.“* (AP 11/21/851)

*„Das ist die hierarchische Ordnung die herrscht ... ich hab das Gefühl, dass man keine Leute will die innovative Ideen haben, sondern die in ihrem Ding fortarbeiten, nützlich, loyal .. die keine Intentionen zeigen, sich gegen das System aufzulehnen .. die sind einfach bequemer.“* (AP 6/2/66)

### 8.10.3 „Echte Veränderung wird von oben gar nicht gewollt ..“

Von Befragten aus **Normal-, Intensiv- und Hauskrankenpflege** wird vielfach **Misstrauen** darüber geäußert, ob eine Veränderung im Berufsfeld und die Idee einer „selbstbewussteren“ Pflege von den Führungskräften tatsächlich unterstützt wird. Wäre dies der Fall, so die Vermutung, würden Pflegende mehr Rückhalt und Unterstützung bei den neuen Anforderungen erfahren. Themen wie Qualität, Bildung, Innovation und Eigenständigkeit in der Pflege seien „Schönrederei“, damit die Organisation „nach außen gut da steht“, und lenkten von den bekannten Problemen im Berufsfeld ab. Auf das GuKG berufe man sich alibihalber, *„eine echte Umsetzung wird von oben gar nicht gewollt“* (AP 11), vielmehr ist es ein *„absichtliches Verhaftetbleiben in ganz alten Strukturen“* (INT 2) um eine starke und selbstbewusste Berufsgruppe zu verhindern, und – *„so lange das ganze Werkl irgendwie einigermaßen funktioniert, so lange wird man das noch so laufen lassen, also so wirklich wird sich da nichts tun.“* (AP 6)

Eine 40jährige Intensiv-Schwester, die sich als „Kämpferin gegen Macht- und Hierarchiestrukturen“ bezeichnet, schildert, wie sie die derzeitigen Entwicklungen der Pflege im Krankenhaus erlebt:

„Ich habe immer noch den Eindruck, dass man das Pflegepersonal schön klein halten will, weil da kann man sie einfach besser manipulieren, als wenn sie dann eine Matura oder ein Studium *und und und* haben .. weil *so* jemand, läßt sich nicht mehr alles gefallen (..) ich mein, nach außen hin wird da groß von Modernisierung und Pflegequalität und blabla geredet, und da sind wir so *liberal* und so *tolerant* und so *weltoffen* .. aber innerhalb hast du einfach noch die ganz alten *Strukturen* (..) das *Potential* für Veränderung ist *sicher* da, nur wenn sie sich noch lange spielen, und diese ohnehin straffen Strukturen *weiter* anziehen .. also ich spreche da auch die *Personalpolitik* an (..) eine Veränderung wäre so notwendig, aber ich glaube, sie *wollen* da einfach keine echte Veränderung ... es läuft jetzt so, dass es heißt, das ist gesetzlich erforderlich und wir müssen das machen und .. friss oder stirb ..“ (INT 10/20/805)

## **8.11 Fort- und Weiterbildung – ein autodidaktisches Unterfangen?**

In Zusammenhang mit den neuen Qualifikationsanforderungen und der gesetzlichen Verpflichtung zur Fortbildung werden Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegende relevant. Wie erleben sie ihre derzeitigen Möglichkeiten, welche Probleme ergeben sich und wie gehen sie damit um?

### **8.11.1 Einschätzung der Fortbildungsmöglichkeiten**

„*Da wird schon sehr gefiltert, wer was machen kann ..*“ (INT 9)

Inhaltliche **Ausbildungs- und Fortbildungsdefizite** wurden von den Befragten vor allem in Bezug auf Allgemeinbildung (Fremdsprachen, Mathematik u. a.), Gesprächsführung und Konfliktbewältigung, Kommunikationstechniken, Psychologie, rechtliche Grundlagen und Rechtsberatung, Angehörigenbetreuung und „fachspezifische, ganz praktische Sachen“, die in die tägliche Arbeit integriert werden können, genannt. Diese Bereiche kamen in der Ausbildung zu kurz und werden ihrer Wahrnehmung nach auch in der Fortbildung nicht in ausreichendem Maße und in der nötigen Kapazität angeboten: „*bei gewissen Angeboten kriegst du so schwer einen Platz .. da steht schon im Katalog, Anmeldung nicht mehr möglich, also, da fühle ich mich auch verarscht*“ (AP 4), „*für die Fortbildungen, für die ich mich interessiere und für die ich mich angemeldet habe .. da kann ich zwei, drei Jahre*

warten, bis ich das machen kann ..“ (INT 10), „diese Fortbildungen .. also das ist so wahllos irgendwie, du musst das zwar machen, aber ..“ (INT 2).

Als **spezifisches inhaltliches Defizit** der Fortbildung wurden von mehreren Pflegenden die „neuesten Sachen“, z. B. Pflegeprozess und Pflegeforschung, genannt, vor allem im Hinblick auf die diesbezüglichen Gesetzesvorgaben. Ihre Möglichkeiten des Zugangs zu dieser spezifischen Fortbildung erleben sie als begrenzt, wodurch beispielsweise die Forderung nach „Mitwirkung an Pflegeforschung“ inhaltslos bleibt.

„... eine Kollegin hat sich angemeldet für eine Fortbildung, Pflegeforschung, und hat die Antwort bekommen, das sei nur für Führungspersonen, obwohl diese Einschränkung nicht bekannt war .. ja, und damit sind wir wieder dort wo wir waren .. wie will ich etwas etablieren in einem großen Personalbereich, wenn ich nur die Führungspersonen daran teilnehmen lasse? .. das ist ja etwas, das wir zwar alle machen müssten, aber das gibt's in dem Sinne nur für Leute aus der Pflegedirektion, die sich halt damit beschäftigen (..) es müsste intensive Fortbildungen geben für das *gesamte* Personal, in Bezug auf das, was *die* von uns wollen, auch in Bezug auf den Gesetzgeber .. also Pflegeforschung, -dokumentation, Pflegevisiten und -anamnesen .. da schreibt der Gesetzgeber vor, was wir tun *müssen*, aber er hat nicht die Grundlage geschaffen .. also wenn sie schon damit arbeiten *müssen*, dass sie auch wissen, wie sie das genau machen sollen.“ (INT 8/27/1024)

„... diese Kurse gibt's nur auf der Akademie und da auch nur *einmal* im Jahr, das ist viel zu wenig, .. das fehlt in der internen Fortbildung *komplett*, es fehlen *überhaupt* die neuesten Sachen.“ (AP 11/5/176)

„Wenn sie das [Mitwirkung an Pflegeforschung] vorschreiben, dann sollte auch mehr Fortbildung sein in dem Bereich, das ist ja alles nicht .. es ist zwar die Verpflichtung da, aber die Rahmenbedingungen dazu werden nicht geschaffen.“ (HKP 7/17/680)

Das **Ausmaß** der verpflichtenden Fortbildung (40 Stunden alle fünf Jahre) wird insgesamt als zu gering betrachtet: „40 Stunden, was ist das? .. das ist ein Scherz. Ich bringe bei dem Verein, wo ich als Rettungssanitäter unterwegs bin 40 Stunden in einem Monat zusammen“ (HKP 14). Einige erleben die geringe Stundenanzahl als „Alibiaktion“ des Dienst- und Gesetzgebers: „Alles, was den Leuten das Gefühl gibt, sich könnten sich weiterentwickeln, ist äußerst schwammig, es hat nicht Hand und Fuß“ (INT 2).

Die **Veranstaltungszeiten** der Fortbildung werden kritisiert. Häufig muss Fortbildung während der Arbeitszeit besucht werden, was dazu führt, aus dem Arbeitsablauf

herausgerissen zu werden, gehetzt zu sein und sich unter Umständen dem Unmut der KollegInnen auszusetzen, da man sich ja „nur schöne Stunden“ machen will.

„Das ist ein Problem mit den *Zeiten* .. entweder passt der Kurs von der *Zeit her* nicht oder du kannst nicht wegbleiben von der Station.“ (AP 11/4/156)

Vielfach wird die **Stationsleitung als „Barriere“** erlebt, interessierende Fortbildung zu besuchen: Sie entscheidet mit und steuert, wer welche Veranstaltung besuchen kann. Nach Ansicht der Befragten werden Fortbildungen nicht für alle im gleichen Ausmaß und entsprechend der bestehenden Interessen angeboten. Sie nehmen dies als Einschränkung ihrer „Wahlfreiheit“, als nicht nachvollziehbaren „Filter“ und als starre Reglementierung wahr, woraus letztendlich abnehmendes Interesse an Fortbildung resultiert.

„... da kriege ich von der Stationsleitung zu hören .. *da brauchst du dich gar nicht anmelden, weil das geht eh nicht durch* .. ja, da wird schon sehr gefiltert, wer was machen kann, so eine Anmeldung geht ja die ganze Hierarchieleiter weiter, das muss dann der *Oberpfleger* begutachten und dann wird das *genehmigt* .. und da gibt's dann eine beschränkte Teilnehmerzahl und vielleicht nur *einen* Kurs, obwohl *drei* nicht schlecht wären für das ganze Haus ... der zweite Kurs für den ich mich angemeldet hätte, Umgang mit Aids-Patienten .. da heißt es dann, *na, du arbeitest ja nicht auf einer Aids-Station* .. aber das heißt ja noch *lange* nicht, dass ich mich nicht dafür *interessieren* darf .. wenn ich mich nur anmelden darf für Dinge, die jemand *anderer* für gut hält, *bitte*, ja .. *was soll das?*“ .. was *mich* stört, ist, dass ich *erst* wieder keine freie Wahl habe, dass das vom Gutdünken der Obrigkeiten abhängt, *welche* Fortbildung ich *wann, wie* besuchen kann .. ja, und da muss ich ehrlich sagen .. uninteressant.“ (INT 10/17/710)

„Es ist ja nicht überall die Tendenz da ... *wir schauen jetzt, dass unsere Leute sich für irgendwas interessieren und das dann weitergeben*, also das ist ja nicht der Fall .. ja, und das sind in erster Linie die Stationsleitungen, von denen so eine Einstellung ausgeht.“ (INT 9/3/119)

**Berufliches Fortkommen**, das sich aus Fort- und Weiterbildung ergeben könnte, wird insbesondere von jenen kritisch beurteilt, die bereits viel Zeit und Energie in die Aneignung von Zusatzqualifikationen investiert haben, letztlich aber keine Gratifikationen erhalten: „*Die Kenntnisse die du hast, die sind eigentlich wurscht .. egal was du kannst, da kriegt jeder gleich viel Geld*“ (AP 11). Hinzu kommt der „Sackgassencharakter“ des Berufs und insgesamt wenig attraktive Möglichkeiten sich weiterzuentwickeln. Eine 36jährige Intensiv-Schwester (mit Sonderausbildung für Intensivpflege und für Hygiene, Kurs für Praxisanleitung, Abendmatura, Ausbildung in Akupunkt-Massage) erlebt ihre Position als Praxisanleiterin als „Nicht-Position“ im Stationsgefüge, da sie weder von

KollegInnen („die drückt sich vor der Arbeit“) noch vom Dienstgeber (keine finanzielle Verbesserung) anerkannt wird. Sie beschreibt die fehlenden Perspektiven im Beruf anschaulich:

„Ich habe fast alle Sonderausbildungen, die für mich möglich waren, gemacht (..) ich bin eigentlich *hochqualifiziert*, verdiene deswegen aber *nicht* mehr, ich habe *sehr* viel Aufwand dafür betrieben, so gut informiert zu sein wie ich *bin, habe* aber nichts davon, im Prinzip habe ich nichts davon. Die einzige Alternative wäre, zu sagen, ich will *Stationsschwester* oder *Oberschwester* werden .. das ist halt Geschmackssache, weil *ich bin nicht* der Typ, der sich so einem System von der *Dienstgeberseite* her unterwirft .. (lacht) .. das würde mir nichts geben diese administrative Arbeit .. ich *könnte* das, das ist *nicht* das *Problem*, aber das ist für mich kein erstrebenswertes Ziel. Nur, jetzt tue ich mir schon ein bisschen schwer mit meinen Zielen im Beruf, also .. (lacht) .. die gehen mir irgendwie aus .. es ist irgendwann ein Level erreicht, wo man sagen muss, ja, jetzt habe ich alles gemacht, was man machen *kann* .. aber was mache ich weiter, nicht? Und ich muss sagen, das ist ein *echtes Dilemma*. .. ich meine, wie lange will ich *noch* am Bett arbeiten? .. es ist einfach *anstrengend*, es ist *schwere* Arbeit .. ah, irgendwann musst du dir die Frage stellen, was tue ich weiter, aber wie sättest du in diesem Beruf um .. *wohin?*“ (INT 8/12/469)

### 8.11.2 Zwei Strategien des Umgangs

Angesichts der als unterentwickelt angesehenen Fortbildungsstrukturen wählt ein Teil der Pflegenden verstärkt den Weg der „**persönlichen Fortbildung**“. Sie möchten Erfahrungen sammeln und „dazulernen“. Daher wechseln sie öfters die Stationen bzw. eignen sich auf informellem, außerberuflichem Weg fachspezifisches bzw. berufsrelevantes Wissen an:

„Ich habe halt das meiste privat gemacht, einen Englischkurs zum Beispiel, ich wollte mich unbedingt verbessern, weil das brauch ich ja auch im Beruf, das geht ja in der Ausbildung total unter (..) meine persönliche Fortbildung sehe ich halt so, dass ich mich auf den verschiedenen Stationen fortbilde, fachspezifisch .. es ist besser ich wechsele öfters und sehe mehr und lerne dadurch, weil anders ist das in dem System ja nur schwer möglich ..“ (AP 11/4/160)

„... ich such mir halt die Sachen die mich interessieren auf privater Basis, oder besorge mir Literatur, wenn das so nicht geht.“ (INT 10/17/724)

Eine andere Strategie mit dem Thema Fortbildung umzugehen, besteht darin, trotz geringem Interesse Veranstaltungen zu besuchen, um die (gesetzliche) „**Pflicht zu erfüllen**“ und keine Probleme mit dem Dienstgeber zu bekommen:

„Die meisten machen das nur, dass sie auf ihre 40 Stunden kommen, damit sie ja mit niemandem Probleme bekommen (..) alle die älter sind, also da steht's einfach an, das Interesse nimmt ab, die machen das nur ungerne, sie müssen es halt machen, aber echtes Interesse, na ja.“ (AP 1/9/361)

Geringes Fortbildungsinteresse hängt für diesen Teil der Befragten auch mit Erfahrungen der schwierigen Umsetzbarkeit des Gelernten zusammen: „*in der Praxis, da ist ja kaum Zeit für Extrasachen*“ (AP 15). Wenig Spielraum zu haben, um eigene Fachkompetenzen im unmittelbaren Arbeitszusammenhang einbringen zu können, ist Ausdruck der veränderungsresistenten, strukturellen Bedingungen im Pflegebereich und kein positiver Anreiz, Zeit und Energie in die eigene Fortbildung zu investieren.

## **8.12 Wahrgenommene berufliche Perspektiven – drei Fallbeispiele**

„*Karriere, ich mein, was ist das in dem Beruf?*“ (INT 10)

Fallbeispiel 1: Die Diffuse – „*Ich weiß nur, das ich nicht ewig am Bett arbeiten will ..*“

Die Schwester ist 26 Jahre alt und arbeitet auf einer chirurgischen Bettenstation. Sie ist mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden, fühlt sich ausgelaugt („*die Patienten sind wie Vampire, sie saugen dich aus*“) und über ihre körperliche und psychische Kraft hinaus beansprucht.

Ihre derzeitige Situation erlebt sie schon längere Zeit als belastend, weiß aber nicht konkret, wie sie das ändern könnte. Zu ihrer beruflichen Entwicklung hat sie demnach unklare Vorstellungen: „*irgendwie will ich schon mit der Pflege was zu tun haben*“. Die Schwester möchte weg von der „direkten“ Pflege, sieht für sich persönlich aber kaum Perspektiven im Berufsfeld. Karriere im Pflegeberuf zu machen, hieße für sie, eine Stationsleitung zu übernehmen und die „*Hierarchieleiter hinaufzusteigen*“. Dieser Weg hat für sie keinen Reiz, da man als Stationsschwester „*so dirigierbar für oben*“ wird. Das Dilemma versucht sie zu lösen, indem sie „*halt einmal für Psychologie die Studienberechtigungsprüfung*“ macht, da sie damit auch die Möglichkeit hätte, Pflegewissenschaft zu studieren. Allzu konkrete Studienpläne hat sie allerdings nicht und steht Pflegewissenschaft sehr ambivalent gegenüber. Jedenfalls möchte sie sich weiterentwickeln „*nur, wohin es mich treiben wird, da habe ich keine Ahnung*“.

Eine gewisse Diffusität wird auch in ihrer Einschätzung der Veränderungen im Beruf deutlich: „*da gehört sicher einiges gemacht, ja, aber das wird noch Jahre dauern .. sonst*

*fällt mir da nichts dazu ein“*. Obwohl die Schwester Probleme und ungünstige Bedingungen der täglichen Arbeit häufig anspricht, sieht sie kaum eigene Möglichkeiten der Veränderung und Mitgestaltung. Vielmehr entsteht der Eindruck, dass sie sich „außerhalb der Pflege stehend“ wahrnimmt.

### Fallbeispiel 2: Die Karriereplanerin – *„Ich habe da schon sehr klare Vorstellungen ..“*

Die 30jährige Intensiv-Schwester hat nach Ablegung der Matura die Krankenpflegeschule absolviert. Seit 8 Jahren arbeitet sie auf Intensivstationen.

Die Schwester hat konkrete Vorstellungen von ihrer beruflichen Entwicklung und ein hohes Weiterbildungsbedürfnis. Fort- und Weiterbildung betrachtet sie als Mittel zum beruflichen Fortkommen im Sinne einer Karriereplanung (und z. B. nicht als Mittel zur Hebung der Pflegequalität). Sie strebt ein „*Stationsmanagement*“ an und arbeitet zielstrebig darauf hin, d. h. sie besucht einschlägige Fortbildungen (Präsentationstechniken, Rhetorik, Persönlichkeitsentwicklung, Konfliktmanagement), spezialisiert sich in einer bestimmten Pflorgetechnik und hält Vorträge darüber. Im Zuge einer Bewerbung für eine Stationsvertretung hatte sie kürzlich ihr erstes Hearing. Ihre Freizeit widmet sie in beträchtlichem Ausmaß ihrer Arbeit und Fortbildung.

Wichtig für eine professionelle Weiterentwicklung des Berufs ist ihrer Ansicht nach *„intensive Förderung jeder einzelnen Pflegeperson in der Praxis“*: ihr Spielraum und Kompetenz bei pflegerischen Entscheidungen zugestehen, Möglichkeiten zur Selbstständigkeit bieten, sie durch Fort- und Weiterbildung fördern – nur so lässt sich das Selbstbewusstsein der Einzelnen und der ganzen Berufsgruppe heben, nicht durch ein „Vertheoretisieren“ des Berufs, wie das ihrer Ansicht nach derzeit der Fall ist.

Kürzlich hat sie die Station gewechselt, da sie auf der neuen Abteilung bessere Chancen für ihre Entwicklung vorfindet: *„Ich habe nicht gewechselt, weil mich das Krankengut so interessiert, sondern für meine Weiterentwicklung finde ich da einfach bessere Möglichkeiten (..) ich habe gewusst, dass ich da natürlich auch wen brauche, der mir hilft,*

*mich zu entwickeln, der mich unterstützt.“ (INT 9) Informelle Unterstützung für ihre Karriere findet sich bei Stations- und Klinikleitung z. B. in der Form, dass ihr spezielle Fortbildungsveranstaltungen problemlos genehmigt werden. Sie bedauert, dass nicht alle Pflegenden gleichermaßen gefördert, unterstützt und „entwickelt“ werden; sie selbst erlebt sich durch ihre persönlichen Kontakte zu Führungskräften privilegiert.*

### Fallbeispiel 3: Der Pflegeexperte – „... erfolgreich für die Patienten arbeiten ..“

Der Pfleger ist 26 Jahre alt und arbeitet bei einer privaten Organisation in der Hauskrankenpflege. Davor war er im Krankenhaus beschäftigt und dann, *„um der Spitalsroutine zu entkommen“*, in einem Pflegeheim. Eine Rückkehr in den stationären Bereich kann er sich unter keinen Umständen vorstellen, die dortigen *„Strukturen zwingen ein, und machen eine Entwicklung im Pflegebereich unmöglich“*. Seiner Erfahrung nach sind engagierte und informierte Pflegekräfte (wie er) von Stations- und Pflegedienstleitungen nicht gerne gesehen, denn *„Unbequeme werden abseviert“*.

Seine beruflichen Perspektiven sieht er klar im extramuralen Bereich in der *„direkten Arbeit mit KlientInnen“*. Für ihn ist Hauskrankenpflege ein „spannender“ Bereich, in dem er selbstständig entscheiden und arbeiten kann, und wo er viele Möglichkeiten für seine berufliche Entwicklung sieht. Karriere im Pflegeberuf könnte für ihn heißen, *„dass man innerhalb der Pflege bekannt wird, indem man Fachmann auf einem bestimmten Gebiet wird und das dann weitergibt“*.

Die derzeitigen Professionalisierungsbestrebungen erlebt er als „zerrissen“ und nicht erfolgversprechend. Ohne starken Berufsverband ist eine Professionalisierung seiner Ansicht nach nicht möglich, seine Bedeutung für eine Weiterentwicklung sieht er darin, *„eine Berufseinheit zu schaffen“* und *„Informationsarbeit“* zu leisten, da bei Pflegenden *„grober Informationsmangel“* über Veränderungen in der Berufsgruppe herrscht.

Informationsmangel hat seiner Ansicht nach auch eine Funktion: eine Pflegeperson die viel weiß, gefährdet einerseits die Macht des Arztes, andererseits die Positionen der „alteinge-

sessenen“ Pflegekräfte (-dienstleitungen) – „*mit Wissen macht man sich eben unbeliebt*“. Ein Anliegen ist ihm daher die Einrichtung einer zentralen Informationsstelle für Berufsangehörige – sein Beitrag dazu könnte eine Pflege-Webseite sein, die zu einem verbesserten Informationsfluss in der Berufsgruppe beitragen soll.

## ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE

Thema dieser Arbeit waren die Professionalisierungstendenzen im Pflegeberuf. Der *theoretische Teil* zielte darauf ab, die Vielschichtigkeit des Begriffs „Professionalisierung“ und seine Bedeutung für die Pflege darzustellen. Es zeigte sich, dass es bisher kein umfassendes Erklärungsmodell für den Professionalisierungsprozess der Pflege gibt. Jeder Ansatz leistet einen spezifischen Beitrag zur Professionalisierungsdiskussion. Davon ausgehend wurden die Berufsentwicklung, der Wandel in den Anforderungen an die Pflege und die Ambivalenzen im Beruf dargestellt. Anhand der aktuellen Professionalisierungsdiskussion in Österreich wurde deutlich, dass, angeregt von jüngsten Reformen, das Berufsfeld auch hierzulande in Bewegung geraten ist. Die Darstellung der spezifischen Rahmenbedingungen und Anforderungen in drei pflegerischen Handlungsfeldern stellen den organisatorisch-institutionellen Hintergrund für die durchgeführte Untersuchung dar.

In der *qualitativen Untersuchung* bin ich der Frage nachgegangen, wie „objektive“ Professionalisierungsaspekte auf der „subjektiven“ Ebene der BerufsinhaberInnen wahrgenommen werden und welche Bedeutung sie für die tägliche Arbeit haben. Grundlage der Untersuchung waren 15 Leitfadeninterviews mit weiblichen und männlichen Pflegenden aus den Bereichen Normal-, Intensiv- und Hauskrankenpflege im Alter zwischen 22 und 48 Jahren.

Die subjektiven Vorstellungen zum Begriff „Professionalisierung“ decken sich im Wesentlichen mit jenen Merkmalen, die auch in der Professionalisierungsdiskussion eine Rolle spielen. Mit dem Begriff werden in erster Linie Eigenständigkeit, Verbesserung der Ausbildung und eine generelle Aufwertung des Berufsstandes assoziiert. Um diese Aspekte zu verwirklichen, ist es notwendig, Pflege „transparent“ zu machen und ihre Inhalte zu definieren, die Pflegequalität zu verbessern, Einheitlichkeit und berufliches Selbstbewusstsein zu entwickeln. Die Rolle von wissenschaftlichem Wissen für die „direkte Pflege“ und eine Zusammenarbeit mit PflegewissenschaftlerInnen wird ambivalent beurteilt. Die geäußerte Skepsis bezieht sich insbesondere auf das „Theorie-Praxis-Problem“. Mehrere Befragte sind sich hinsichtlich der Bedeutung des Begriffs „Professionalisierung“ unsicher und bezeichneten ihn als „modernes Schlagwort“.

Von den Befragten werden die derzeitigen Entwicklungen im Berufsfeld nicht als einheitliches, zielorientiertes Vorgehen der gesamten Berufsgruppe wahrgenommen. Entsprechende Variation zeigt sich bei der Gesamteinschätzung der Professionalisierungsdiskussion. Es ließen sich drei Typen herausfiltern: Pflegende aus der Hauskrankenpflege schätzen die Entwicklungen im Großen und Ganzen positiv ein und können als „BefürworterInnen“ bezeichnet werden. Der Typus der „SkeptikerInnen“ findet sich vor allem in der Normal- und Intensivpflege: Die theoretische Idee der Aufwertung des Berufs wird zwar befürwortet, aber die aktuelle Strategie, nämlich den Pflegeprozess als eigenständigen und eigenverantwortlichen Bereich der Pflege („künstlich“) zu schaffen, findet kaum Anerkennung. Die Gruppe der „Überforderten“ fühlt sich für die derzeitigen Anforderungen nicht entsprechend „gerüstet“ und unter Druck gesetzt: Fehlende Rahmenbedingungen zur Umsetzung des GuKG, die „Geschwindigkeit“ der Veränderungen und die allgemeinen Belastungen des Berufs führen zum Eindruck der Überforderung. Sie erleben Professionalisierung als von „außen“ bzw. „oben“ kommend und nehmen keine eigenen Anteile wahr, sich in diese Entwicklung einzubringen.

Bei den Befragten zeigen sich zwei konträre Typen von beruflichem Selbstverständnis. Das „professionelle“ Berufsverständnis der Pflegenden aus der Hauskrankenpflege zeichnet sich dadurch aus, dass Pflege nicht automatisch aus der Medizin abgeleitet wird, sondern sich aus der Betreuung der Grundbedürfnisse der PatientInnen und aus der Beziehung zwischen PatientIn und Pflegekraft ergibt. Eine eher „traditionelle“ Haltung findet sich bei Pflegekräften im stationären Bereich. Für sie leitet sich Pflege „naturgemäß“ aus der Medizin ab – die ärztliche Diagnose gibt vor, was pflegerisch zu tun ist.

Hinsichtlich der Gesamteinschätzung des Berufsgesetzes durch die Befragten bestehen deutliche Unterschiede zwischen den drei Tätigkeitsbereichen: Pflegende aus der Normalpflege nehmen das GuKG als „rechtliche Absicherung“ von „schon immer“ durchgeführten Tätigkeiten wahr. Auffallend bei dieser Gruppe ist, dass die Problematik der schriftlichen ärztlichen Anordnung in diesem Zusammenhang nicht thematisiert wird. Erst mit einer zeitgerechten schriftlichen Anordnung wäre die Übernahme dieser Tätigkeiten tatsächlich „rechtlich abgesichert“. Das GuKG wird von Befragten aus der Intensivpflege als „Beschneidung der pflegerischen Tätigkeit“ erlebt. Sie fühlen sich in

ihrer Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit eingeschränkt und auf grundpflegerische Aspekte ihrer Arbeit „reduziert“. Für Pflegende aus der Hauskrankenpflege liegt die Bedeutung des Berufsgesetzes darin, dass es eine „Chance für die Weiterentwicklung“ und Umgestaltung des Berufs darstellt. Mit dem Gesetz „im Rücken“ können sie sich nun gegenüber den ÄrztInnen klarer abgrenzen und den genuin pflegerischen Teil ihrer Arbeit besser wahrnehmen.

Die Frage, welche Auswirkungen das GuKG in der Praxis zeigt, lässt sich zunächst so beantworten: es erzeugt Druck. Aus Sicht der Pflegenden beziehen sich die Auswirkungen des „eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs“ auf die eigene Arbeit vor allem auf eine weitere Verschiebung der direkten pflegerischen Arbeit hin zu mehr Schreibarbeit und „Zettelwirtschaft“. Daraus ergibt sich eine Verschärfung des bekannten Zeitorganisations-Konflikts, der insbesondere durch die prekäre Personalsituation, mangelnde Ressourcen und eine nicht adäquate Arbeitsorganisation begründet ist. Spezifische Problembereiche in der Umsetzung des Pflegeprozesses ergeben sich durch Wissens- und Steuerungsdefizite, mangelnde Identifikation, unterschiedliche Interessen im Team und durch eine gewisse Scheu, Pflege zu „verschriftlichen“. Eine verbreitete Strategie des Umgangs mit dem Thema Pflegeprozess besteht darin, sich passiv zu verhalten und eine aktive Auseinandersetzung zu vermeiden. Andere „spielen“ aus Angst vor negativen Sanktionen mit oder haben nach anfänglichem Engagement aufgrund demotivierender Erfahrungen den „inneren Rückzug“ angetreten. Pflegende aus dem extramuralen Bereich versuchen trotz „Anfangsschwierigkeiten“ eher, den Pflegeprozess in die Praxis umzusetzen und aktiv Möglichkeiten der Realisierung zu finden.

Für die Pflegenden aus dem stationären Bereich stellt der Ruf nach Abgrenzung zur Medizin ein „Reizthema“ dar: „Fließende Grenzen“ und „Mitdenken“ im Arbeitsalltag sind gang und gäbe und garantieren aus ihrer Sicht eine kontinuierliche Versorgung der PatientInnen. Der Begriff „Abgrenzung“ ist negativ besetzt und wird mit Nicht-Zusammenarbeit, Konkurrenzverhalten, Aufbau von Hierarchien und Zersplitterung der PatientInnenversorgung assoziiert. Der bestehende Forderung, sich gegenüber dem ärztlichen Handlungsbereich besser abzugrenzen, resultiert in einem Dilemma: einerseits der Druck, primär den eigenständigen Bereich der Pflege wahrzunehmen und sich weniger

um medizinisch-ärztliche Angelegenheiten zu kümmern, andererseits die alltägliche Erfahrung, dass Kontinuität in der PatientInnenversorgung nicht aufrechterhalten werden kann, wenn sich die Pflegenden „nur um ihre Pflege“ kümmern und ärztliche Defizite nicht kompensieren. In der Hauskrankenpflege hingegen wird gerade in der Abgrenzung zur Medizin eine Möglichkeit gesehen, den eigenständigen Beitrag der Pflege zu definieren und eine „ganzheitliche“ Pflege umzusetzen.

Einschränkungen der Eigenständigkeit im täglichen Berufsvollzug nehmen die Befragten durch die Medizin, durch Arbeitsorganisation und „Stationstraditionen“ und (insbesondere im extramuralen Bereich) durch fehlende politische Entscheidungen wahr. Diese „Einschränkungen“ werden zum Teil auch als Entlastung erlebt: Entfaltung von pflegerischer Eigenständigkeit würde zunächst arbeitsorganisatorische Veränderungen (z. B. eine Neuorganisation der ärztlichen Zusammenarbeit) erforderlich machen, woraus aber, zumindest temporär, Mehrarbeit resultieren würde, die nicht von allen geleistet werden will.

In der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen haben für die Befragten die „persönliche Beziehung“, das berufliche Selbstverständnis, Diskussionsbereitschaft und Selbstbewusstsein wesentliche Bedeutung. Je nach Beteiligten und Situation werden „Abgrenzungsfragen“ auf individueller Ebene mehr oder weniger erfolgreich und täglich anders gelöst. Gesetzliche Abgrenzungsversuche, wie sie in Form des „mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs“ vorliegen, klären somit das Verhältnis zur Medizin im Arbeitsalltag nicht. Zwei typische Problembereiche, die schriftliche ärztliche Anordnung und die „Graubereiche“, scheinen sich hartnäckig zu halten und durch die strikteren gesetzlichen Regelungen zu Verunsicherung und erhöhtem Druck zu führen. Neues Konfliktpotenzial, sowohl innerhalb eines Pflege-Teams als auch in der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen, ergibt sich durch die unterschiedlichen Handhabungsweisen der gesetzlichen Vorgaben und die unterschiedlichen „Informationsniveaus“ bei Pflegekräften und ÄrztInnen. Die Durchführungs- und Umsetzungsbedingungen in der Praxis stehen in deutlichem Widerspruch zu den intendierten Zielen des Berufsgesetzes, das aus Sicht der Pflegenden in diesem Bereich nicht mehr als eine „Scheinklarheit“ erzeugt hat.

Unterstützung von Stations- und Pflegedienstleitungen hinsichtlich der neuen Anforderungen wird von Befragten im stationären Bereich kaum wahrgenommen. Als besonders belastend wird erlebt, dass „die eigenen Leute so einen Druck ausüben“, wo sie die Probleme der Pflegepraxis kennen (müssten). Ein anderer Teil der Pflegenden nimmt Führungskräfte in der Pflege eher zum „System“ als zur eigenen Berufsgruppe gehörend wahr. Sie werden für das „Chaos“ im Zusammenhang mit den neuen Anforderungen verantwortlich gemacht. Vielfach wird Misstrauen dahingehend geäußert, dass eine starke und selbstbewusste Pflegebasis von „oben“ gar nicht gewollt wird. So deuten Pflegende die unzureichenden Rahmenbedingungen gewissermaßen als „Strategie“ um echte Veränderungen zu verhindern.

Die unzulänglichen Fort- und Weiterbildungsstrukturen im Pflegeberuf werden von den Befragten hinsichtlich der neuen Qualifikationsanforderungen besonders kritisch bewertet. Als spezifisches Defizit wird Fortbildung im Bereich Pflegeprozess und Pflegeforschung wahrgenommen. Ein Teil der Pflegenden wählt aufgrund dieser Situation verstärkt den Weg der „persönlichen Fortbildung“ und eignet sich auf autodidaktischem Weg berufsrelevantes bzw. fachspezifisches Wissen an. Eine andere Strategie besteht darin, die angebotenen Fortbildungsveranstaltungen deswegen zu besuchen, um die „gesetzliche Pflicht zu erfüllen“ und keine Probleme mit dem Dienstgeber zu bekommen. Diese geringe Motivation hängt auch mit der begrenzten Umsetzbarkeit des Gelernten zusammen. Das unzureichende Angebot dürfte auch dazu führen, dass „neue Themen“ von den Pflegenden nicht in ausreichendem Maße „ernst genommen“ werden und die Relevanz nicht vermittelt werden kann.

Die Wahrnehmung beruflicher Perspektiven durch die Pflegenden ist relativ konsistent. Ein Großteil der Befragten assoziiert mit „Karriere im Beruf“ den Weg einer leitenden Führungskraft – dies wird einerseits als Möglichkeit gesehen, den Belastungen des Stationsbetriebs zu entkommen, andererseits wird damit die Hoffnung verbunden, in leitender Position wirksam Veränderungen herbeiführen zu können. Allerdings nehmen nur wenige der Befragten diesen Weg als echte Alternative wahr. Ausstiegsabsichten im Sinne einer totalen Abwendung vom Pflegeberuf wurden in den Interviews nicht geäußert. Mehrere Befragte sind aber „auf der Suche“ nach Entwicklungsmöglichkeiten im Berufs-

feld. Das Studium Pflegewissenschaft wird allgemein eher ambivalent beurteilt, nur zwei der befragten Pflegepersonen sehen darin eine mögliche berufliche Perspektive für sich selbst.

Hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Wahrnehmung der Professionalisierungsdiskussion lassen sich keine eindeutigen Aussagen machen. Die Sichtweisen der vier von mir interviewten Pfleger unterscheiden sich nicht wesentlich von jenen der weiblichen Pflegenden. Um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen, hätte die Zahl der Pfleger in der Untersuchung höher sein und möglicherweise ein geschlechtsspezifischer Fragebereich im Leitfaden vorgesehen werden müssen.

## DISKUSSION

Die BerufsinhaberInnen stehen derzeit vor der Schwierigkeit, einerseits ihren „neu“ geschaffenen eigenständigen Handlungsbereich wahrzunehmen und ihn selbstbewusst gegenüber anderen Berufsgruppen zu vertreten, andererseits sind sie mit veränderungsresistenten Strukturen (innerhalb und außerhalb der Pflege) und mangelhaften Rahmenbedingungen konfrontiert, die eine Erweiterung des pflegerischen Handlungsspielraums zum jetzigen Zeitpunkt nur schwer ermöglichen. Aus diesem Dilemma ergibt sich ein neues, spezifisches Belastungspotenzial innerhalb der Berufsgruppe.

Im stationären Bereich ist der Pflegeberuf nach wie vor von der Medizin dominiert, es bestehen zu wenig Freiräume für Innovationen bzw. können diese aus Mangel an Kompetenzen zu wenig genützt werden. Die Organisation selbst unternimmt wenig Anstrengungen, Arbeitsbedingungen zu schaffen, die den Pflegenden die Entwicklung ihrer Professionalität ermöglichen. Wenngleich die Pflege im extramuralen Bereich ihre Autonomie besser entfalten kann, so sind es auch dort unzureichende Ressourcen und fehlende politische Entscheidungen, die die Pflege in ein „Korsett“ zwingen. Der neue „Handlungsspielraum“ kann unter diesen Bedingungen nur als ein abstraktes Bekenntnis gewertet werden, das von den tatsächlichen Verhältnissen ablenkt.

In der theoretischen Diskussion wird immer wieder die Notwendigkeit der Veränderung des pflegerischen Selbst- und Aufgabenverständnisses angesprochen. Wenn es um die Frage geht, welche Spielräume Pflegende für die Berücksichtigung gesetzlicher Anforderungen haben, dann zeigt sich, dass dies eher Grenzen als „Spielräume“ sind: Für eine Umsetzung des GuKG fehlen insbesondere im stationären Bereich vielfach die Voraussetzungen. Für die Pflegenden ergibt sich daraus ein immenser Druck in der täglichen Arbeit, da letztlich die Verantwortung für die „Erfüllung“ eines „realitätsfernen“ Gesetzes (und eine Professionalisierung) auf die einzelne Pflegekraft verlagert wird. Damit setzt sich jene Einstellung fort, die Veränderungspotenzial *vor allem* beim Einzelnen sucht und nicht in strukturellen Bedingungen.

Wenn z. B. der Pflegeprozess als lästige Zusatzarbeit gesehen und entsprechend flüchtig ausgeführt wird, müssen bedingende Faktoren ausgemacht und bearbeitet werden, ansonsten kann sich sein möglicher Wert für eine systematisierte Pflege nicht entfalten. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob vorhandene Strategien zur Umgestaltung der Pflegepraxis ausreichen, oder ob nicht spezifischere Konzepte zur Einführung von Neuerungen erforderlich sind. Wenn weiters z. B. das Verständnis von „Abgrenzung“ bei den Pflegenden größtenteils negativ besetzt ist und abgelehnt wird, handelt es sich möglicherweise um ein „Missverständnis“ auf Seiten der Pflegenden, oder es besteht dringender Handlungsbedarf für Führungskräfte und jene ProtagonistInnen der Professionalisierungsbestrebungen, die „Abgrenzung“ als Drehpunkt- und Angelpunkt einer Professionalisierung sehen.

Betrachtet man die Professionalisierungsdiskussion im Pflegeberuf und die Reaktionen in der Praxis, so entsteht der Eindruck, dass Professionalisierung von „oben“ nach „unten“ stattfindet. Appelle an die BerufsinhaberInnen, umzudenken, ihr Selbstverständnis zu erweitern, sich mit Wissenschaft und Forschung zu befassen usw. kommen von einer „pflegerischen Elite“, die sich all diese Kompetenzen offensichtlich bereits angeeignet hat und nun Dynamik in die „unteren Bereiche“ bringen soll. Diese Teilung zwischen „denen da oben“ und „jenen da unten“ hat durch die hierarchischen Strukturen in der Pflege und ihrem Umfeld eine lange Tradition. Soll echte Weiterentwicklung in Gang kommen, wird die „Elite“ den Abstand zwischen „oben“ und „unten“ gezielt verringern müssen.

Insgesamt zeigt die Untersuchung die Notwendigkeit, sich mit neuen Formen von Belastungen und Barrieren auseinanderzusetzen, die letztlich eine Professionalisierung behindern. Von zentraler Bedeutung ist die Frage nach Ausweitung der Mitgestaltungsmöglichkeiten der Pflegenden in der Praxis. Es reicht nicht, ein neues Selbstverständnis „herbeizureden“ und gesetzliche Vorgaben und die Implementierung von Neuerungen einzufordern. Stattdessen muss die Frage gestellt werden, wie die bekannt schwierigen Bedingungen in der Praxis *tatsächlich* verbessert werden können und wie Pflegende Handlungskompetenzen erlangen, die sie befähigen, neue Anforderungen zu bewältigen. Kraftanstrengungen einzelner Pflegekräfte oder einzelner Teams werden nicht genügen. Veränderungen über die Praxis hinaus sind notwendig.

## ANHANG

### Leitfaden

1. Was haben Sie in Ihrem Leben beruflich schon alles gemacht?
2. Wie würden Sie Ihren Beruf beschreiben?  
Was ist für Sie das Spezielle am Pflegeberuf?  
Was gefällt Ihnen an Ihrer Tätigkeit besonders, was nicht so besonders?
3. Worin sehen Sie den Hauptunterschied Ihrer Tätigkeit zur ärztlichen Tätigkeit?
4. Worin sehen Sie den Hauptunterschied Ihrer Tätigkeit zur Tätigkeit der Pflegehilfe?
5. Finden Sie, dass Sie in Ihrer Arbeit eigenständig entscheiden können?  
In welchen Bereichen? Falls nein, wodurch fühlen Sie sich eingeschränkt?
6. Welches Ansehen hat Ihrer Meinung nach der Pflegeberuf in der Öffentlichkeit?
7. Welchen Stellenwert hat Ihrer Meinung nach der Pflegeberuf bei den ÄrztInnen?
8. Welchen Stellenwert hat Ihr Beruf (AP, INT, HKP) innerhalb der Pflege?
9. Wie wichtig ist Ihnen Ihre Berufstätigkeit im Vergleich zu anderen Lebensbereichen (Familie, Freizeit, Freundeskreis)?
10. Was verbinden Sie mit dem Begriff „Professionalisierung der Pflege“?
11. Welche fachl./persönl. Fähigkeiten sind Ihrer Meinung nach im Pflegeberuf besonders wichtig?
12. Fühlen Sie sich gut vorbereitet hinsichtlich der Anforderungen, die an Sie gestellt werden?  
Wenn nein, in welchen Bereichen fühlen Sie sich nicht gut vorbereitet?  
Wie könnte man das Ihrer Ansicht nach ändern?
13. Wenn Sie auf Ihre Ausbildung und auf Ihre Berufstätigkeit zurückblicken: Wo haben Sie ihr derzeitiges berufliches Wissen erworben?
14. Haben Sie Fort- oder Weiterbildungen absolviert?

Welche? Warum?

Gibt es Bereiche, wo Sie sich mehr Fort- und Weiterbildung wünschen würden?

15. Wie sind Sie mit Ihrer derzeitigen Arbeitssituation zufrieden?

Haben Sie berufliche Pläne für die Zukunft?

16. Können Sie sich vorstellen, Karriere in Ihrem Beruf zu machen?

17. Wie beurteilen Sie die derzeitigen Ausbildungsmöglichkeiten im Pflegeberuf?

19. Wussten Sie, dass man in Wien „Pflegerwissenschaften“ studieren kann?

Was halten Sie von dieser Möglichkeit generell, und für Sie persönlich?

20. Für wen könnten Sie sich ein Pflege-Studium vorstellen?

21. Welche konkreten Veränderungen haben sich in den letzten Jahren in Ihrem eigenen Arbeitsbereich ergeben?

22. Wie empfinden Sie diese Veränderungen?

Wie gehen Sie mit Schwierigkeiten um?

Erhalten Sie dabei Unterstützung? Von wem und in welcher Form?

24. Welche Veränderungen haben sich Ihrer Meinung nach für den Beruf insgesamt in den letzten Jahren ergeben?

25. Sind Ihnen Änderungen im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz bekannt?

Warum glauben Sie, dass es diese Änderungen gibt?

27. Was sagen Sie zum „eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich“?

Finden Sie, dass Ihr Tätigkeitsbereich im Vergleich zu vorher nun klarer geregelt ist?

28. Was sagen Sie zu „Mitwirkung an Pflegeforschung“?

Können Sie sich vorstellen, dazu einen Beitrag zu leisten?

29. Wenn Sie eine Prognose abgeben müssten: In welche Richtung geht Ihrer Meinung nach die Entwicklung des Berufs?

## Statistischer Fragebogen

**1. Geschlecht:** weiblich  **Alter:** .....  
männlich

**Familienstand:** verheiratet   
ledig   
geschieden   
in Lebensgemeinschaft

**Haben Sie Kinder?** ja   
nein

**Wenn ja, wieviele Kinder haben Sie?** .....

**2. Schulbildung:** Matura   
Krankenpflegeschule   
Sonstige: .....

### Über welche Krankenpflegeausbildung verfügen Sie?

Allgemeine Gesundheits- u. Krankenpflege   
Kinder- und Jugendlichenpflege   
Psychiatrische Gesundheits- u. Krankenpflege

### 3. Haben Sie eine Sonderausbildung absolviert?

Ja   
Nein

**Wenn ja, welche?** .....

### 4. In welchem Bereich arbeiten Sie derzeit?

Allgemeine Pflege   
Intensivpflege   
Hauskrankenpflege

### 5. Seit wievielen Jahren sind Sie im Pflegebereich tätig (ohne Schule)?

.....

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

## LITERATUR

ALBERT, M. *Krankenpflege auf dem Weg zur Professionalisierung*. Eine qualitative Untersuchung mit Studierenden der berufsintegrierten Studiengänge „Pflegedienstleitung/Pflegemanagement“ und „Pflegepädagogik“ an der Katholischen Fachhochschule Freiburg. Dissertation, Freiburg: 1998.

ALBRECHT, G./DAHEIM, H./SACK, F. (Hg.) *Soziologie*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1973.

ALLMER, G. Die Bedeutung der Akademisierung der Pflege aus juristischer Sicht. In: KOZON, V./MAYER, H./SEIDL, E. (Hg.) *Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich*. Wien: Facultas-Univ.-Verl., 2000. S. 101-106.

BADURA, B. Arbeit im Krankenhaus. In: BADURA, B./FEUERSTEIN, G. *Systemgestaltung im Gesundheitswesen*. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim; München: Juventa Verlag, 1994. S. 21-82.

BADURA, B. Systemgestaltung im Gesundheitswesen: das Beispiel Krankenhaus. In: BADURA, B./FEUERSTEIN, G./SCHOTT, T. (Hg.) *System Krankenhaus*. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim und München: Juventa Verlag, 1993. S. 28-40.

BADURA, B./FEUERSTEIN, G. *Systemgestaltung im Gesundheitswesen*. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim; München: Juventa Verlag, 1994.

BADURA, B./FEUERSTEIN, G./SCHOTT, T. (Hg.) *System Krankenhaus*. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim; München: Juventa Verlag, 1993.

BARTHOLOMEYCZIK, S. Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus. In: BADURA, B./FEUERSTEIN, G./SCHOTT, T. (Hg.) *System Krankenhaus*. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim; München: Juventa Verlag, 1993. S. 83-99.

BARTHOLOMEYCZIK, S. Geleitwort. In: BROBST, R. A., u. a. *Der Pflegeprozess in der Praxis*. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber, 1997. S. 9-10.

BARTHOLOMEYCZIK, S. Versorgungsleistungen durch Pflege. In: HURRELMANN, K./LAASER, U. (Hg.) *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Neuausgabe. Weinheim; München: Juventa Verlag, 1998. S. 659-682.

BARTHOLOMEYCZIK, S. Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland. In: *Pflege*, 12, 1999. S. 158-162.

BECK, U./BRATER, M./DAHEIM, H. J. *Soziologie der Arbeit und der Berufe*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag, 1980.

BERGER, K. *Qualifikationsanforderungen im Krankenhaus*. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer, 2000.

BERNER, P./ZAPOTOCZKY, K. (Hg.) *Gesundheit im Brennpunkt: Zwischen Professionalisierung, Laiensystem und Bürokratie*. Band 3. Linz: Veritas Verlag, 1992.

BISCHOFF, C. *Frauen in der Krankenpflege*. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. 3., durchges. Aufl., überarb. und erw. Neuausg. Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag, 1997.

BLANE, D. Health Professions. In: SCAMBLER, G. (Hg.) *Sociology as applied to Medicine*. Third edition. London-Philadelphia-Toronto-Sidney-Tokyo: Baillière Tindal, 1995. S. 221-235.

BOLLINGER, H./HOHL, J. Auf dem Weg von der Profession zum Beruf: Zur Deprofessionalisierung des Ärzte-Standes. In: *Soziale Welt*. Jahrgang 32, 1981. Heft 4. S. 440-465.

BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER, B. Imagination „Schwester“. Zur Entwicklung des Berufsbildes der Krankenschwester in Österreich seit dem 19. Jahrhundert. In: *L'Homme. Zeitschrift für Feministische Geschichtswissenschaft*. 8. Jg., 1997. Heft 1. S. 155-177.

BROBST, R. A., u. a. *Der Pflegeprozess in der Praxis*. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber, 1997.

BUCHER, R./STRAUSS, A. Wandlungsprozesse in Professionen. In: LUCKMANN, T./SPRONDEL, W. M. (Hg.). *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1972. S. 182-197.

DAHEIM, H. Professionalisierung. Begriff und einige latente Makrofunktionen. In: ALBRECHT, G., DAHEIM, H., SACK, F. (Hg.) *Soziologie*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1973. S. 232-249.

DAHEIM, H. J. Zum Stand der Professionssoziologie. Rekonstruktion machttheoretischer Modelle der Profession. In: DEWE, B., FERCHHOFF, W., OLAF-RADTKE, F. (Hg.). *Erziehen als Profession*. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen: Leske + Budrich, 1992. S. 21-35.

DEWE, B./FERCHHOFF, W./OLAF-RADTKE, F. (Hg.) *Erziehen als Profession*. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen: Leske + Budrich, 1992.

DIEKMANN, A. *Empirische Sozialforschung*. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 1995.

DORFFNER, G. *Die Professionalisierung der Krankenpflege in Österreich unter besonderer Berücksichtigung der „Verordnung des Ministers des Innern vom 25. Juni 1914, betreffend die berufsmäßig Krankenpflege“*. Dissertation, Wien: 1999.

FIRBAS, W. Medizin und Pflegewissenschaften. In: KOZON, V./MAYER, H./SEIDL, E. (Hg.) *Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich*. Wien: Facultas-Univ.-Verl., 2000. S. 37-40.

FLEMMICH, G./IVANSITS, H. *Einführung in das Gesundheitsrecht und in die Gesundheitsökonomie*. Wien: Verlag des ÖGB GesmbH, 1994.

FLICK, U. *Qualitative Forschung*. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. 4. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 1999.

FLICK, U., u. a. (Hg.) *Handbuch Qualitative Sozialforschung*. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl. München: Psychologie Verlags Union, 1991.

FORSTER, R. Der Wandel der Pflege und die Bedeutung der Pflegewissenschaft – eine soziologische Perspektive. In: KOZON, V., MAYER, H., SEIDL, E. (Hg.) *Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich*. Wien: Facultas, 2000. S. 55-71.

FREIDSON, E. *Der Ärztestand*. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Stuttgart: Enke Verlag, 1979.

FUCHS, U. Dokumentation – mehr als eine gesetzliche Notwendigkeit! In: GRUNDBÖCK, A./NOWAK, P./PELIKAN, J. M. (Hg.) *Neue Herausforderungen für Krankenhauser*. Qualität durch Gesundheitsförderung – Gesundheitsförderung mit Qualität. Wien: Facultas-Univ.-Verl., 1998. S. 284-289.

FÜLÖP, G./SCHÄFER, E./FRISCH, R. *Hauskrankenpflege in Österreich*. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hg.). Wien, 1988.

GROSSMANN, R. Leitungsfunktionen und Organisationsentwicklung im Krankenhaus. In: BADURA, B./FEUERSTEIN, G./SCHOTT, T. (Hg.) *System Krankenhaus*. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim; München: Juventa Verlag, 1993. S. 301-321.

GRUBER, E./KUSS, S. (Hg.) *Weiterbildung im Gesundheits- und Pflegebereich*. Österreichische und internationale Entwicklungen. Wien: Facultas-Univ.-Verl., 1998.

GRUBER, E./KUSS, S. *Karriere nach dem Studium: PflegeakademikerInnen im Beruf*. Wien: Facultas-Univ.-Verl., 1999.

GRUNDBÖCK, A./NOWAK, P./PELIKAN, J. M. (Hg.) *Neue Herausforderungen für Krankenhauser*. Qualität durch Gesundheitsförderung – Gesundheitsförderung mit Qualität. Wien: Facultas-Univ.-Verl., 1998.

HARTMANN, H. Arbeit, Beruf, Profession. In: LUCKMANN, T./SPRONDEL, W.M. (Hg.) *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1972. S. 36-52.

HAUSREITHER, M. Neue Rechtsgrundlagen für die Gesundheits- und Krankenpflege. In: GRUBER, E./KUSS, S. D. (Hg.) *Weiterbildung im Gesundheits- und Pflegebereich*. Österreichische und internationale Entwicklungen. Wien: Facultas-Univ.-Verlag, 1998. S. 28-42.

HEINTZ, B. *Ungleich unter Gleichen: Studien zur geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes*. Frankfurt/Main: Campus Verlag, 1997.

HELLER, A./SCHAEFFER, D./SEIDL, E. (Hg.) *Akademisierung von Pflege und Public Health*. Ein gesundheitswissenschaftlicher Dialog. Reihe Pflegewissenschaft heute. Bd. 3. Wien; München; Bern: Verlag W. Maudrich, 1995.

HELLER, A. Pflege und Public Health. Zur Situation und Entwicklung zweier gesundheitswissenschaftlicher Disziplinen. In: HELLER, A. /SCHAEFFER, D./SEIDL, E. (Hg.)

*Akademisierung von Pflege und Public Health. Ein gesundheitswissenschaftlicher Dialog.* Reihe Pflegewissenschaft heute. Bd. 3. Wien; München; Bern: Verlag W. Maudrich, 1995. S. 192-209.

HELLER, A. Universitäre Pflegeforschung in Österreich. In: SEIDL, E. (Hg.) *Betrifft: Pflegewissenschaft. Beiträge zum Selbstverständnis einer neuen Wissenschaftsdisziplin.* Pflegewissenschaft heute: Bd. 1. Wien: Verlag W. Maudrich, 1993. S. 61-74.

HELLER, A. Pflegerische Arbeitsbelastungen als ethische Konflikte? Wider die Individualisierung struktureller Probleme. In: SEIDL, E./STANKOVÁ, M. (Hg.) *Ende der Pflegekrise? Ein interkultureller Vergleich zur Arbeitssituation im Krankenhaus.* Pflegewissenschaft heute: Bd. 2. Wien: Verlag W. Maudrich, 1994. S. 187-203.

HESSE, H. A. *Berufe im Wandel. Ein Beitrag zum Problem der Professionalisierung.* Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1968.

HINGHOFER-SZALKAY, I. M. Pflegestandards – ein trojanisches Pferd in der Pflege? In: GRUNDBÖCK, A./NOWAK, P./PELIKAN, J. M. (Hg.) *Neue Herausforderungen für Krankenhauser. Qualität durch Gesundheitsförderung – Gesundheitsförderung mit Qualität.* Wien: Facultas-Univ.-Verl., 1998. S. 235-237.

HURRELMANN, K./LAASER, U. (Hg.) *Handbuch Gesundheitswissenschaften.* Neuausgabe. Weinheim; München: Juventa Verlag, 1998.

KATHAN, Bernhard. *Mein sozialer Tic ist geheilt: Krankenschwestern sprechen über ihre Belastungen.* Innsbrucker Institut für Alltagsforschung und Forschungsdesign (Hg.). Innsbruck, 1991.

KELLNHAUSER, E. *Krankenpflegekammern und Professionalisierung der Pflege: ein internationaler Vergleich mit Prüfung der Übertragbarkeit auf die BRD.* Melsungen: Bibliomed, 1994.

KOZON, V./FORTNER, N. (Hg.) *Bildung und Professionalisierung in der Pflege.* Wien: Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege, 1999.

KOZON, V./MAYER, H./SEIDL, E. (Hg.) *Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich.* Wien: Facultas-Univ.-Verl., 2000.

KRIEGL, M. Hochschullehrgänge für leitende und lehrende Pflegekräfte – eine Bilanz nach 25 Jahren. In: HELLER, A./SCHAEFFER, D./SEIDL, E. (Hg.) *Akademisierung von*

*Pflege und Public Health. Ein gesundheitswissenschaftlicher Dialog. Reihe Pflegewissenschaft heute. Bd. 3. Wien; München; Bern: Verlag W. Maudrich, 1995. S. 81-92.*

KRIEGL, M. Akademisierung der Pflege in Österreich. In: KOZON, V./FORTNER, N. (Hg.) *Bildung und Professionalisierung in der Pflege*. Wien: Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege, 1999. S. 7-15.

KUSS, S. Die Grazer Gesellschaft der PflegeakademikerInnen. In: GRUBER, E./KUSS, S. (Hg.) *Weiterbildung im Gesundheits- und Pflegebereich. Österreichische und internationale Entwicklungen*. Wien: Facultas-Univ.-Verl., 1998. S. 10-11.

KÜHNE-PONESCH, S. *Miteinander oder gegeneinander. Eine Studie über Solidarität und Konkurrenz des Krankenpflegepersonals in den öffentlichen Spitälern in Wien*. Dipl. Arb., Wien: 1996.

KÜPPER, G. *Weibliche Berufskarrieren in der stationären Krankenpflege*. Bielefeld: Kleine Verlag, 1996.

LAMNEK, S. *Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken*. München: Psychologie Verlags Union, 1989.

LANDENBERGER, M. Akademisierung der Pflege – ein Anliegen der Universität. In: KOZON, V./MAYER, H./SEIDL, E. (Hg.) *Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich*. Wien: Facultas-Univ.-Verl., 2000. S. 41-54.

LUCKMANN, T./SPRONDEL, W. M. (Hg.) *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1972.

LUCKMANN, T./SPRONDEL, W. M. Einleitung. In: LUCKMANN, T./SPRONDEL, W. M. (Hg.) *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1972. S. 11-19.

MAIER-WAGRANDL, V. Von der Sonderausbildung zum Hochschullehrgang. In: HELLER, A. /SCHAEFFER, D./SEIDL, E. (Hg.) *Akademisierung von Pflege und Public Health. Ein gesundheitswissenschaftlicher Dialog. Reihe Pflegewissenschaft heute. Bd. 3. Wien; München; Bern: Verlag W. Maudrich, 1995. S. 93-99.*

MOERS, M. Pflegewissenschaft: Die Bedeutung von Pflegestudiengängen für die Pflegeberufe. In: KOZON, V./MAYER, H./SEIDL, E. (Hg.) *Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich*. Wien: Facultas-Univ.-Verl., 2000. S. 72-85.

MOERS, M. Anforderungs- und Berufsprofil der Pflege im Wandel. In: SCHAEFFER, D./MOERS, M./ROSENBROCK, R. (Hg.) *Public Health und Pflege*. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: Edition Sigma, 1994. S. 159-174.

NAPIWOTZKY, A.-D. *Selbstbewußt verantwortlich pflegen*. Ein Weg zur Professionalisierung mütterlicher Kompetenzen. Reihe Pflegewissenschaft. (zugl.: Diss.) Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber, 1998.

ORENDI, B. Veränderung der Arbeitssituation im Krankenhaus: Systemisch denken und handeln. In: BADURA, B./FEUERSTEIN, G./SCHOTT, T. (Hg.) *System Krankenhaus*. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim; München: Juventa Verlag, 1993. S. 137-160.

OSTNER, I./BECK-GERNSHEIM, E. *Mitmenschlichkeit als Beruf*. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege. New York; Frankfurt/Main: Campus Verlag, 1979.

PELIKAN, J. M./STACHER, A./GRUNDBÖCK, A./KRAJIC, K. (Hg.) *Virtuelles Krankenhaus zu Hause – Entwicklung und Qualität von Ganzheitlicher Hauskrankenpflege*. Wien: Facultas-Univ.Verl., 1998.

PINDING, M. (Hg.) *Krankenpflege in unserer Gesellschaft*. Aspekte aus Praxis und Forschung. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1972.

RABE-KLEBERG, U. *Verantwortlichkeit und Macht*. Ein Beitrag zum Verhältnis von Geschlecht und Beruf angesichts der Krise traditioneller Frauenberufe. Bielefeld: Kleine Verlag, 1993.

ROBERT BOSCH STIFTUNG (Hg.) *Pflege braucht Eliten*. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 28. 3. Aufl. Gerlingen: Bleicher, 1993.

ROLOFF, Ch. Professionalisierung und erzeugte Fachdistanz. In: WETTERER, A. (Hg.) *Profession und Geschlecht*. Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen. Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag, 1992. S. 133-143.

RÜSCHEMEYER, D. Ärzte und Anwälte. Bemerkungen zur Theorie der Professionen. In: LUCKMANN, T./SPRONDEL, W. M. (Hg.) *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1972. S. 169-181.

SALVAGE, J. *Pflege im Aufbruch und Wandel*. Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens zur Unterstützung der „Gesundheit für alle“. WHO-Regionalbüro Europa. München: Quintessenz, MMV Medizin Verlag GmbH, 1995.

SCAMBLER, G. (Hg.) *Sociology as applied to Medicine*. Third edition. London-Philadelphia-Toronto-Sidney-Tokyo: Baillière Tindal, 1995.

SCHAEFFER, D./MOERS, M./ROSENBROCK, R. (Hg.) *Public Health und Pflege*. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: Ed. Sigma, 1994.

SCHAEFFER, D. Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In: SCHAEFFER, D./MOERS, M./ROSENBROCK, R. (Hg.) *Public Health und Pflege*. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: Ed. Sigma, 1994. S. 103-126.

SCHAEFFER, D. Entwicklungsstand und –herausforderungen der bundesdeutschen Pflegewissenschaft. In: *Pflege*, 1999, 12. S. 141-152.

SCHMITT, B. Professionalisierungsprozesse und Frauenbeteiligung in der Informatik. In: WETTERER, A. (Hg.) *Profession und Geschlecht*. Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen. Frankfurt/New York: Campus Verlag, 1992. S. 145-156.

SCHNEIDER, H. *Berufseinstellung bei diplomierten Krankenpflegepersonen im extramuralen Bereich*. Untersuchung zu Pflegeauffassung und beruflichem Selbstverständnis anhand einer schriftlichen Befragung von Wiener Pflegepersonen. Dipl. Arb., Wien: 1996.

SCHOBBER, S. *Zwischen veralteten Traditionen und beruflicher Emanzipation*. Die berufliche Identität von Krankenpflegerinnen. Dipl. Arb., Wien: 1994.

SCHREMS, B. *Zeitorganisation in der Krankenpflege*. Zeitliche Dimensionen von Frauenarbeit am Beispiel der Pflegeberufe. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, 1994.

SCHREMS, B. Österreich – ein Nachzügler in der Akademisierung der Pflege. In: KOZON, V./MAYER, H./SEIDL, E. (Hg.) *Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich*. Wien: Facultas-Univ.-Verl., 2000. S. 86-100.

SEIDL, E. *Pflege im Wandel*. Das soziale Umfeld der Pflege und seine historischen Wurzeln, dargestellt anhand einer empirischen Untersuchung. Wien: Verlag W. Maudrich, 1990.

SEIDL, E. (Hg.) *Betrifft: Pflegewissenschaft*. Beiträge zum Selbstverständnis einer neuen Wissenschaftsdisziplin. Pflegewissenschaft heute: Bd. 1. Wien: Verlag W. Maudrich, 1993.

SEIDL, E./STANKOVÁ, M. (Hg.) *Ende der Pflegekrise?* Ein interkultureller Vergleich zur Arbeitssituation im Krankenhaus. Pflegewissenschaft heute: Bd. 2. Wien: Verlag W. Maudrich, 1994.

SEIDL, E. Zur Lage der Pflege und ihrer Akademisierung in Österreich. In: HELLER, A./SCHAEFFER, D./SEIDL, E. (Hg.) *Akademisierung von Pflege und Public Health*. Ein gesundheitswissenschaftlicher Dialog. Reihe Pflegewissenschaft heute. Bd. 3. Wien; München; Bern: Verlag W. Maudrich, 1995. S. 13-38.

SPRONDEL, W. M. „Emanzipation“ und „Professionalisierung“ des Pflegeberufs – Soziologische Analyse einer beruflichen Selbstdeutung. In: PINDING, M. (Hg.) *Krankenpflege in unserer Gesellschaft*. Aspekte aus Praxis und Forschung. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1972. S. 17-26.

STEPPE, H. Caritas oder öffentliche Ordnung? – Zur historischen Entwicklung der Pflege. In: SCHAEFFER, D./MOERS, M./ROSENBROCK, R. (Hg.) *Public Health und Pflege*. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: Ed. Sigma, 1994. S. 43-51.

STEPPE, H. Die Pflege und ihr gesellschaftspolitischer Auftrag. In: *Pflege*, 2000a, 13. S. 85-90.

STEPPE, H. Das Selbstverständnis der Krankenpflege in ihrer historischen Entwicklung. In: *Pflege*, 2000b, 13. S. 77-83.

STICHWEH, R. Professionalisierung, Ausdifferenzierung von Funktionssystemen, Inklusion. Betrachtungen aus systemtheoretischer Sicht. In: DEWE, B./FERCHHOFF, W./OLAF-RADTKE, F. (Hg.) *Erziehen als Profession*. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen: Leske + Budrich, 1992. S. 36-45.

STRAUSS, A. L. *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. 2. Aufl. München: Fink Verlag, 1998.

TAUBERT, J. *Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis*. Berufliche Entwicklung zwischen Diakonie und Patientenorientierung. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, 1992.

TEUBNER, U. Geschlecht und Hierarchie. In: WETTERER, A. (Hg.) *Profession und Geschlecht*. Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen. Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag, 1992. S. 45-50.

WEBER, E. Pflegewissenschaft als neues Lehrangebot an der Universität Wien. In: KOZON, V./MAYER, H./SEIDL, E. (Hg.) *Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich*. Wien: Facultas-Univ.-Verl., 2000. S. 23-36.

WEISS-FASSBINDER, S./LUST, A. *GuKG – Gesundheits- und Krankenpflegegesetz*. 3., durchges. und erg. Aufl. Wien: Manz, 2000.

WETTERER, A. (Hg.) *Profession und Geschlecht*. Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen. Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag, 1992.

WETTERER, A. Hierarchie und Differenz im Geschlechterverhältnis. In: WETTERER, A. (Hg.) *Profession und Geschlecht*. Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen. Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag, 1992. S. 13-40.

WETTERER, A. (Hg.) *Die soziale Konstruktion von Geschlecht in Professionalisierungsprozessen*. Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag, 1995.

WETTERER, A. Einleitung. In: WETTERER, A. (Hg.) *Die soziale Konstruktion von Geschlecht in Professionalisierungsprozessen*. Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag, 1995. S. 11-28.

WETTERER, A. *Ausschließende Einschließung – marginalisierende Integration: Geschlechterkonstruktionen in Professionalisierungsprozessen*. Vortragsreihe 24. Institut für Soziologie, Human- und Sozialwissenschaftliche Fakultät an der Universität Wien. März 2000.

# INGRID SPICKER

## PERSÖNLICHE DATEN

---

Geburtsdatum/-ort: 16. September 1965 in Grieskirchen, Oberösterreich

Staatsangehörigkeit: Österreich

## SCHULE UND AUSBILDUNG

---

1971 – 1979 Volks- und Hauptschule in Gaspoltshofen, Oberösterreich

1979 – 1982 Handelsschule in Lambach, Oberösterreich

1982 – 1985 Krankenpflegeschule am Landeskrankenhaus Vöcklabruck, OÖ

07/1995 Absolvierung der Studienberechtigungsprüfung

seit 10/95 Studium der Soziologie an der Universität Wien, Sozial- und  
Wirtschaftswissenschaftlicher Studiengang

## BERUFLICHE TÄTIGKEITEN ALS DIPL. GESUNDHEITS- UND KRANKENSCHWESTER

---

1985 – 1991 Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien

1992 – 1994 Neue Wiener Privatklinik

1994 – 1995 Blutspendezentrale des Österreichischen Roten Kreuzes, Wien

Sommer 1996/97/98/99 Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien

## TÄTIGKEITEN NEBEN DEM STUDIUM

---

07/1998 Praktikum am Institut für Angewandte Soziologie, Wien

03-04/2000 Projektmitarbeit bei Technopolis GmbH, Wien

Sommersemester 2000,

Wintersemester 2000/01,

Sommersemester 2001 Tutorin am Institut für Soziologie, Human- und Sozialwissen-  
schaftliche Fakultät