

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG IN DER
INTENSIVPFLEGE**

19. März 2012 bis 14. September 2012

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Die Zukunft der Pflege

vorgelegt von: Sonja Pietschnig
KH Spittal an der Drau
Interdisziplinäre Intensivstation

begutachtet von: Leinthal Tanja, BA, MA
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
Stabstelle Medizinische Dokumentation

Juli/2012

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Patergassen, 20.06.2012

KURZZUSAMMENFASSUNG

Um gedanklich zur Zukunft der Pflege zu gelangen, beginnt diese Abschlussarbeit mit der Geschichte der Pflege. Es wird in dieser Arbeit im 19. Jahrhundert begonnen und die Entwicklungen darin, die für die Pflege relevant waren, erläutert. In dieser Zeit entstanden vier neu gestaltete Organisationsformen der Krankenpflege, die kurz mit hervorstechenden Personen beschrieben sind. Der Einfluss des Katholizismus und die damalige Rolle der Frau im Allgemeinen sind zentrale Themen in diesem Kapitel. Durch das 20. Jahrhundert mit deren zwei Weltkriegen gelangten die Sicht der Frau und die Krankenpflege zu einem neuen Status in der Gesellschaft. Die erste gesetzlich verankerte Notwendigkeit eines Diploms entstand in der Kriegszeit. Wird die Vergangenheit betrachtet, ist das letzte Jahrhundert in Hinsicht der Krankenpflege wohl am Erfolgreichsten gewesen.

Im aktuellen Jahrhundert werden einige Belastungsfaktoren erklärt, die durch früher entstandene Klischeés in der Gesellschaft sich standhaft halten und Belastungen, denen die Ausübenden der Krankenpflege im Berufsalltag ausgesetzt sind.

In einem weiteren Hauptkapitel finden auch der Fortschritt in der Akademisierung und die Aktivitäten von Pflegeverbänden mit wirkenden Personen ihren Platz. Die Notwendigkeit eines berufspolitischen Entscheidungspartners wird erläutert.

Der Ausblick in die Zukunft befasst sich mit Projekten und Konzepten, die zu einem angemessenen Image der Krankenpflege verhelfen könnten.

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|--|-----------|
| 0. VORWORT | 5 |
| 1. EINLEITUNG | 6 |
| 2. DIE GESCHICHTE DER PFLEGE | 7 |
| 2.1. Das 19. Jahrhundert | 7 |
| 2.2. Katholische Ordenspflege | 8 |
| 2.2.1. Die evangelische Diakonie | 8 |
| 2.2.2. Die weltlichen Mutterhausverbände..... | 9 |
| 2.2.3. Die freiberufliche Krankenpflege..... | 9 |
| 2.3. Das 20. Jahrhundert | 10 |
| 2.3.1. Die Pflege zwischen 1914 - 1938 | 11 |
| 2.3.2. Die Pflege zwischen 1938 -1950..... | 12 |
| 2.3.3. Die zweite Jahrhunderthälfte | 12 |
| 3. AKTUELLER STATUS IM 21. JAHRHUNDERT | 15 |
| 3.1. Pflegeposition Gesellschaft | 15 |
| 3.2. Pflegeposition Berufsalltag | 16 |
| 3.2.1. Interdisziplinäre Zusammenarbeit | 18 |
| 3.2.2. Die Beziehung zwischen Pflegenden und Patient | 20 |
| 3.3. Akademisierung | 21 |
| 3.4. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband | 24 |
| 3.5. Bedarf einer Pflegekammer | 26 |
| 4. AUSBLICKE IN DIE ZUKUNFT | 29 |
| 4.1. Politik | 31 |
| 4.2. Pflegezukunft | 32 |
| 4.3. Qualifikationsmix´ | 33 |
| 5. RESÜMEE | 37 |
| LITERATURVERZEICHNIS | 39 |

0. VORWORT

Ich habe 2004 das Diplom für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege erhalten. Danach war ich auf mehreren Stationen tätig und arbeite nun auf einer interdisziplinären Intensivstation. Ich bin im Arbeitsalltag mit vielen unterschiedlichen Themen konfrontiert, wovon ich einige Verbesserungswürdige in dieser Abschlussarbeit anführe.

Ich konnte bereits beobachten, dass das Spektrum der Arbeit der Gesundheits- und Krankenschwester gestiegen ist, konnte aber nicht feststellen, dass sich das Image verbessert hat. Ich frage mich, wo der Ursprung der Meinung über die Krankenschwester liegt.

Wie soll der entstandene Pflegebedarf gedeckt werden, wenn der Stellenwert der Pflege nicht angepasst ist. Wie soll die Zukunft aussehen? Entwicklungen um diesen Berufsstand kann ich nicht nachvollziehen und frage mich wohin sie führen.

Ich möchte im Zuge dieser Abschlussarbeit, das Bewusstsein der Pflegenden, darüber was wir sind wieder wecken und zeigen wie wichtig wir in diesem System sind.

Wir: Die Glieder zwischen Mensch und Medizin.

1. EINLEITUNG

Pflegende pflegen menschlich, ganzheitlich, zeigen Einfühlungsvermögen und Verständnis, sind Tröster, beobachten, erkennen und unterstützen, setzen sich mit Krankheiten und deren Auswirkungen auseinander, handeln anhand der Berufsethik, sind flexibel und streben Perfektionismus an. Nebenbei sollen sie Berufspflichten und Tätigkeitsbereiche erfüllen, die Theorie mit der realen Praxis verbinden, sich der Technisierung und Schreibtischarbeit widmen, die Arbeitsbedingungen in ihrem Stationsalltag kreativ ausgleichen und die Patientensicherheit und Qualität gewährleisten. Das heutige Berufsbild der Pflege, das sozial kompetent und professionell beschrieben wird, bezieht Faktoren, die auf den Schultern der Pflegenden lasten, nicht mit ein. Klischeés, die standhaft sind, Hierarchien und deren Machtverhältnisse, die ihre Auswirkungen im Pflegealltag zeigen, sowie das hohe Krankenpflegeideal von der dienenden Aufopferung im Sinne Jesus Christus sind alt hergeholt und nicht mehr passend für diese Zeit. Die Situation der Pflegenden muss sich ändern, damit auch die Zukunft der Pflegebedürftigen gesichert ist. Die Politik sollte ein Augenmerk darauf richten. Diese Überlegungen veranlassen zur Forschungsfrage:

Ist eine standespolitische Vertretung der Pflege relevant?

Die Beantwortung der Frage erfolgte schrittweise. Um ein Verständnis für die Entwicklung der aktuellen Situation zu bekommen, wird im ersten Hauptkapitel auf die Geschichte der Pflege näher eingegangen. Es erklärt die Entstehung von bestimmten Klischeés. Das zweite Hauptkapitel befasst sich mit dem aktuellen Status im 21. Jahrhundert und gibt einige Beispiele dafür. Es liefert auch einen Überblick der voranschreitenden Akademisierung, sowie eine Einsicht der Tätigkeiten von Verbänden, die ein politisches Ohr verlangen. Das dritte Hauptkapitel gibt einen Ausblick in die Zukunft.

Die umfangreichen Recherchen zeigten, dass einzelne Personen, die um eine Sache kämpften, immer eine Veränderung hervorriefen, auch wenn sie nicht zu ihren Lebzeiten erkennbar war. Da dies sehr beeindruckend ist, werden in dieser Arbeit Personen gezielt genannt und hervorgehoben.

2. DIE GESCHICHTE DER PFLEGE

Um der Forschungsfrage gedanklich näher zu kommen, ist die Geschichte der Pflege das Hauptaugenmerk dieses Kapitels. Der Verlauf der Pflege von der dienenden Liebestätigkeit zur heutigen Profession ist wesentlich um die Entstehung von sogenannten Klischeés verstehen zu können. Diese Klischeés sind heutzutage zwar mehr in den Hintergrund gerückt, jedoch im Arbeitsalltag der Pflegekraft noch spürbar. Viele Tätigkeiten zwischen den einzelnen Gliedern der Pflege und Medizin sind aus der Vergangenheit her noch stark geprägt. Um dies verständlicher zu machen, ist ein typisches Beispiel die Hierarchie, die in diesen Bereichen noch überall zu finden ist. Diese Machtstruktur stammt aus unserer Vorgeschichte, wo das Prinzip der Unterwürfigkeit durch den Katholizismus entstanden ist. Nicht nur dies, sondern auch die damalige Sicht über die Frau spielten hierfür eine zentrale Rolle.

„Das Weib sei dem Manne Untertan“ (Taubert 1994, S. 48) – dies beschreibt bis zum Ende des 19. Jahrhunderts das Verhältnis zwischen Mann und Frau. Und da dieser liebende Dienst in der Pflege zum größten Teil aus Frauen bestand, war dies auch in diesem Bereich eine Selbstverständlichkeit.

In den folgenden Unterkapiteln werden die wesentlichen Entwicklungen der Pflege in der Geschichte ab dem 19. Jahrhundert beschrieben, mit gezieltem Blick auf die Beeinflussung von Menschen, die die Sicht der Pflege veränderten.

2.1. Das 19. Jahrhundert

Die katholische Ordenspflege, die evangelische Diakonie, die weltlichen Mutterhausverbände und die freiberufliche Krankenpflege waren die vier neu entwickelten beziehungsweise neu gestalteten Organisationsformen der Krankenpflege. Die geistigen und gesellschaftlichen Umschichtungen der Zeit, die Überlegungen über die Rolle der Pflege, sowie die Einflüsse von Krieg und Nationalismus und die Frauenbewegungen waren die Motive zur Erneuerung der Ansicht der Krankenpflege (vgl. Seidler, Leven 2003, S. 209f).

2.2. Katholische Ordenspflege

Kaiser Napoleon I. ließ nach dem Verbot des caritativen Ordens durch die Französische Revolution die weiblichen katholischen Pflegegemeinschaften wieder zu. Dadurch entstanden neue Kongregationen mit gleichen Zielen und Regeln für ganz Europa und Übersee. Durch dies entstanden Gemeinschaften, wie die Barmherzigen Schwestern, die unter der Obhut von König Ludwig I. neue Niederlassungen in ganz Europa erhielten. In Österreich waren sie in Innsbruck und in Graz vertreten. Diese katholischen Orden standen in der Tradition der alten kirchlichen Pflegegemeinschaft mit all ihren Satzungen und Regeln. Diese Tradition umfasste die tätige Nächstenliebe, die selbstlose Hingabe an den Dienst am Kranken, die Zurückstellung der eigenen Bedürfnisse sowie die Fähigkeit zur natürlichen Krankenpflege, die den gesunden Menschenverstand, Achtsamkeit, Geistesgegenwart, Ruhe, Überlegung, Mitgefühl, Empfindsamkeit, große Liebe zur Reinlichkeit und die Ordentlichkeit beinhaltet. Diese katholischen Grundsätze wurden Vorbild in der protestantischen Bevölkerung (vgl. Seidler, Leven 2003, S. 210f).

2.2.1. Die evangelische Diakonie

Die ersten protestantischen Entwürfe orientierten sich am katholischen Vorbild. Ob es sich um Theodor Fliedner oder auch andere Protestanten handelte, der Gedanke die Diakonie zu verwirklichen war der Gleiche. Ihre Tätigkeiten führten zu den Vorstufen jener evangelischen Bewegung, die ein wirksames Element der Krankenpflegereform hervorbringen sollten. Der Grundgedanke von Pfarrer Fliedner (1800 – 1864) war die Verbesserung des Pflegepersonals. Die Pflege von Bedürftigen und Kranken, in Krankenhäusern oder auch zu Hause, von weiblichen Pflegenden, die unter dem Vorbild der frühchristlichen Gemeinden somit ein kirchliches Amt ausüben und Diakonissen sind. Diese Diakonissen wurden von einem Arzt in der leiblichen Krankenpflege gelehrt. Die Dienstanweisungen und Hausordnung waren strikt im Sinne der Theologie. Die Diakonissenpflege war der missionarische Dienst im Sinne Gottes. Die Pflegenden waren beauftragt, die Kranken stellvertretend für Jesus Christus zu sehen und die Pflege an ihm, dem Herrn selbst diene. Sie waren Dienerinnen.

Theodor Fliedner war Vorreiter in Hinsicht einer organisierten und geschlossenen Pflegegemeinschaft, einer neuzeitlichen Schwesternausbildung und der Verbreitung einer christlichen Berufsethik in der Pflege. Europaweit wurden Diakonissen gegründet, arbeiteten und lebten nach seinem Werk (vgl. Seidler, Leven 2003, S. 211ff).

2.2.2. Die weltlichen Mutterhausverbände

Florenze Nightingale (1820 – 1910) war von der Arbeit der Diakonissen sehr beeindruckt. Diese geistige Haltung der Diakonissen nahm sie auf den Kriegsschauplatz mit. Sie sorgte in den Lazaretten für Ordnung und Sauberkeit, für gute und sachgemäße Pflege, für gesunde Ernährung und ausreichende Wäsche. Die Lady mit der Lampe hatte sich zur Generaloberin der weiblichen Krankenpflege gearbeitet und nutzte dies, um ihren eigentlichen Wunsch in Angriff zu nehmen. Sie gründete die erste Krankenpflegeschule und hatte somit die zwei wichtigsten Elemente einer Krankenpflegereform geleitet: (vgl. Seidler, Leven 2003, S. 218ff)

- „die Krankenpflege auf den sozialen und professionellen Stand eines erlernten Berufes zu heben und
- der Frau innerhalb der Gesellschaft die Möglichkeit zu verschaffen, eine öffentlich anerkannte, qualifizierte Ausbildung zu erhalten“ (Seidler, Leven 2003, S. 219).

Als Jean Henri Dunant (1828 – 1910) Augenzeuge der Schlacht bei Solferino wurde und dort die unzulängliche Versorgung der Verwundeten erkannte, fasste er den Entschluss, solche Missstände in künftigen Kriegen zu verhüten. Er sorgte für die Ausbildung geeigneter Hilfskräfte und die Bereitstellung von Hilfsmitteln, gründete Verbände, die durch eine freiwillige internationale Bindung verknüpft sind und durch die gemeinsame Kennzeichnung, den Schutz der Neutralität genossen. In diesem Sinne entstand die Rotkreuzgesellschaft mit ihren Rotkreuzmutterhäusern (vgl. Seidler, Leven 2003, S. 218ff).

2.2.3. Die freiberufliche Krankenpflege

Zur letzten großen Reformbewegung in diesem Jahrhundert, für die unter anderem Agnes Krall kämpfte, wurden vor allem seitens der Ärzte klare und scharfe Standpunkte bezogen. Die Ideale nach einer Krankenpflege als interkonfessioneller, in der Gesellschaft geachteten, finanziell gesicherter Arbeit, mit Anspruch auf Ausbildung wurden mit den

Worten „Das Weib hat andere natürliche Interessen; es strebt vor allem danach, Gehilfe des Mannes zu werden“ (Seidler, Leven 2003, S. 223f) begegnet (vgl. Seidler, Leven 2003, S. 223f).

Agnes Krall (1868 – 1927) kämpfte fast ihr ganzes Leben für die Verbesserung der Stellung der Pflege, für verbesserte Arbeitsbedingungen, für Absicherung, für generelle Qualifizierung der Pflegenden, für die Verstaatlichung der Ausbildung, Verbesserung der Löhne, und vieles mehr (vgl. Seidler, Leven 2003, S. 227). Obwohl sie eine christliche Grundeinstellung hatte, wurde sie vor allem von der katholischen Mutterhausbewegung bekämpft. Selbstständige Frauen und mündige Christinnen sind nicht gewollt (vgl. Taubert, 1994, S. 84). Sowie Agnes Krall hielten viele ihrer Mitschwestern die Bevormundung im Mutterhaussystem nicht aus. Diese christliche Liebestätigkeit hinderte die Eigenständigkeit, das berufliche Selbstbewusstsein und die Entwicklung der fachlichen Kompetenz. Gegen dieses verhängnisvoll theologisch begründete Verhältnis der Unterordnung der Frau kämpfte sie bis an ihr Lebensende (vgl. Taubert 1994, S. 108).

Zusammenfassend ist erkennbar aus der Geschichte des 19. Jahrhunderts, dass die vielzähligen Kriege zur Entwicklung, in Hinsicht der Notwendigkeit von geschultem Pflegedienst, zur Ausübung der Lazarett- und Barackenpflege beigetragen haben. Durch den entstandenen Wissensstatus der Ausführenden konnten sich Verbände mit Schulen bilden. Es entwickelte sich die Krankenpflege vom Versorgen im Krieg heraus und wurde zur Aufgabe der öffentlichen Gesundheit. Das Gehorsamdenken, die gottgewollte Ordnung und die Ordenshierarchien waren noch präsent, aber der Weg zur Verbesserung der Pflege war beschritten. Es ist gut erkennbar, wie dominant die katholische Kirche mit ihren Ansichten war. Den Verlauf der Entwicklung und die erste staatliche Pflegeverordnung, für die Agnes Krall eine Vorreiterin war, beschreibt das nächste Kapitel.

2.3. Das 20. Jahrhundert

Im Allgemeinen ist das 20. Jahrhundert als schnell wachsend in ihren Entdeckungen und Erkenntnissen bekannt. Keine Zeitspanne weißt je so viele Erfindungen und deren anschließenden Veränderungen auf. Der politische und soziale Wandel hatte gravierende Einflüsse auf das tägliche Leben. Sowie die zwei Weltkriege Auswirkungen auf die Bevölkerung hatten, änderten sich dadurch auch die Prioritäten und die Geschwindigkeit in

der Entwicklung der Krankenpflege. Das Monopol der Kriegskrankenpflege war wieder eröffnet und damit die Wichtigkeit einer ausgebildeten Pflegekraft erkennbar. Im Anschluss werden die ausschlaggebenden Veränderungen in bestimmten Zeitabschnitten angegeben.

2.3.1. Die Pflege zwischen 1914 - 1938

Knapp vor dem Ausbruch des Ersten Weltkrieges wurde am 25. Juni 1914 die erste staatliche Regelung der Pflegeausbildung getroffen. Diese Verordnung war der erste richtige Schritt zu einer Professionalisierung in der Pflege. Die Hauptpunkte der Verordnung lauteten (vgl. Walter, Ilsemarie in Seidl, Walter 1998, S. 43):

- „Dauer der Ausbildung zwei Jahre, und zwar ein Lehrjahr und ein Probejahr (§6)
- Abschluss mit einer Diplomprüfung, die zum Titel „diplomierte Krankenpflegerin“ berechnete (§7)
- Personen männlichen Geschlechts konnten unter bestimmten Bedingungen zugelassen werden (§ 16)
- Übergangsbestimmungen für die Zeit von fünf Jahren (§21)“

(Walter, Ilsemarie in Seidl, Walter 1998, S. 43).

§ 4 Punkt 6 ist ein wesentlicher, der besagt, dass Schüler einer Krankenpflegeausbildung nur Personen sein dürfen, denen nicht die Fürsorge für ein unmündiges Kind oder die Führung eines eigenen Haushaltes obliegt (vgl. Dorffner, Gabriele in Seidl, Walter 1998, S. 109).

„Durch Errichtung dieser Lehrstätten tritt auch im Krankenpflegeberufe an der Stelle der bisher üblichen, vorwiegend rein empirischen Ausbildung, die in den meisten übrigen Berufen längst verlassen wurde, eine einheitliche, planmäßige Schulung in allen Zweigen der Krankenpflege“ (Das österreichische Sanitätswesen 1914 zit. n. Walter, Ilsemarie in Seidl, Walter 1998, S. 43f).

Aus den ursprünglich fünf Jahren der Übergangsregelung wurden schließlich aufgrund der Kriegssituation beeindruckende 24 Jahre. In dieser Zeit wurden aus den ehemals im Krieg empirisch herangebildeten Hilfskrankenschwestern, diplomierte Krankenschwestern, nachdem sie die Fortbildungskurse vom Minister bewilligten Schulen, absolviert hatten (vgl. Walter, Ilsemarie in Seidl, Walter 1998, S. 46f).

Die Situation in der Pflege wandelte sich. Es waren nicht nur mehr geistliche Ordensschwestern am Lazarettbett, sondern auch anlässlich des Krieges und deren großen Zahl an Verwundeten und die daraus resultierenden Pflegenotwendigkeit, Frauen aus der Gesellschaft, die diese Fortbildungskurse absolvierten. Die Sicht der Unterwürfigkeit, der Fügung in der Hierarchie, die gottgewollte Aufopferung und Dienung änderten sich durch den Einfluss der weltlichen Frauen. Das Bild der Frau wandelte sich durch die solidarische Kooperation der Schwestern unter sich und somit auch das Berufsbild, welches leider durch den Zweiten Weltkrieg einen bitteren Beigeschmack erhielt. Der Status der Pflege verbesserte sich. Resultierend daraus entstand ein hohes Krankenpflegeideal. Das Bewusstsein der Bevölkerung über die Pfl egetätigkeit an sich stieg zunehmend, in Dankbarkeit für die Versorgung von Kriegsbeteiligten. Die politische Entwicklung ging aber nur schleichend voran.

2.3.2. Die Pflege zwischen 1938 -1950

Am 28. September 1938 wurde mit dem Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege die reichseinheitliche Regelung der Krankenpflegeausbildung eingeführt. In staatlich anerkannten Krankenpflegeschulen erfolgten staatliche Krankenpflegeprüfungen nach dem vorgeschriebenen Krankenpflegelehrbuch. Durch die nationalsozialistische (NS) Zeit entstand eine absolut verinnerlichte Gehorsamspflicht, worin auch die Beteiligung an der Vernichtung von Menschen stand. Es kam zu einer Verstärkung des traditionellen Berufsbildes der Krankenpflege im NS-Staat, das ein nationalsozialistisches Wertesystem mit neuen Inhalten und Vorstellungen vorweist (vgl. Seidler, Leven 2003, S. 254f).

Das österreichische Rote Kreuz war nach dem 2. Weltkrieg weisend für ein einheitliches Krankenpflegediplom ohne NS Beeinflussung (vgl. Walter, Ilsemarie in Seidl, Walter 1998, S. 64).

2.3.3. Die zweite Jahrhunderthälfte

In den 50er und 60er Jahren galt die Pflege als Dienst am Nächsten. Der schönste Frauenberuf in dieser Zeit definierte sich als wertvollste Helferin des Arztes, mit ganzem Einsatz für den Kranken, denn nur dies macht das Leben lebenswert. Die Krankenschwester ist die helfende Hand, die die Seele tröstet, die mütterliches Verständnis an den Tag legt, die die Ganzheitlichkeit des Menschen nie aus den Augen verliert, die sich mit Kranken identifiziert und besondere innere Werte aufweist. Diese Sittenzeugnisse, die

ein Pfarrer der Gemeinde ausstellt, sind dann in den 70er Jahren nicht mehr zwingend notwendig, um an einer Krankenpflegeschule aufgenommen zu werden. In diesen Jahren entwickelte sich langsam, das Ansprechen können, der Belastungen im Arbeitsalltag durch Konfrontation mit Tod, Krankheit und Leiden, durch das Konzept des Mitgestalten, des Mitdenken und des Mitgehen. Die Krankenpflege wird selbstbewusster und ist nicht mehr Berufung, sondern ein Frauenberuf mit Verantwortung. In den 80er Jahren wird noch intensiver auf die Verantwortung eingegangen. Das realistische Bild der Pflege mit Licht- und Schattenseiten wird aufgezeigt (vgl. Geschwinder Tomlinovic, Heike in Seidl, Walter 1998, S. 127ff).

Gesetzlich gesehen dauerte es bis zum Jahre 1957 bis ein neues Krankenpflegegesetz entstand. Es wurde ein drittes Jahr als Berufspraktikum eingeführt. Trotzdem blieb das neue Gesetz vieles schuldig, was inzwischen an wissenschaftlich-technischen Anforderungen an die Pflege herangewachsen war. Das wissenschaftliche Niveau in der Ausbildung wurde angehoben, eine Annäherung an den ärztlichen Wissensbereich wurde vorgenommen um ein besseres gegenseitiges Verständnis zu erzielen. Jedoch ist heutzutage dieses Ungleichgewicht noch spürbar, da die Ärzte in ihrer Ausbildung keinen Einblick und keinerlei Elemente oder Kenntnisse aus der Pflege erhalten. Ein Konzept für eine gemeinsame Definitionsgrundlage wären die Grundregeln der Krankenpflege „Basic principles of Nursing Care“ von Virginia Henderson von 1963 (vgl. Seidler, Leven, 2003, S. 264f). Auf die Grundbedürfnisse des Menschen wird hier nicht näher eingegangen.

Erkennbar aus dieser Exkursion in die Vergangenheit ist, dass die Krankenpflege aus den katholischen Mutterhausregeln nur sehr langsam eine Stellung in der Gesellschaft mit der entsprechend politischen Diskussionsbereitschaft erhalten hat. Das Bild der liebenden Frau, die mit etlichen Belastungen im Arbeitsalltag konfrontiert ist, aber trotzdem den Blick auf das Wesentliche mit Profession hält, wird trotz den gesetzlichen Anpassungen nur sehr schrittweise gewürdigt. Das Statusgefälle zwischen Arzt und Schwester ist nach wie vor in der heutzutage noch lebenden Hierarchie spürbar. Das göttliche Dienen wurde zum ärztlichen Dienen umformuliert und wird auch so gelebt. Die Medizin wurde mittels der Regierung forciert, durfte sich rasch weiterentwickeln. Obwohl die Krankenpflege das Glied zwischen Mensch und Medizin ist, wurde sie, da sie vor allem ein Frauenberuf ist, sowie eine Frau behandelt. Die schleichend entwickelnde Verbesserung der Meinung über die Frau ist verursachend für die langsame Wertschätzung der Krankenpflege.

Zu dieser Jahrhunderthälfte gehört auch das noch heute gültige Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von 1997, das allgemein bekannt ist. Zum hervorheben ist jedoch, dass sich die Berufsbezeichnung und das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege verändert hat. „Es umfasst im Allgemeinen, den pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten“ (Allmer, Gertrude in Kozon, Fortner 1999, S. 77). Durch den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich ist die Zusammenarbeit mit dem Arzt auch deklariert und somit verschmelzen diese Berufsgruppen zunehmend in gewissen Tätigkeiten.

Sehr spannend in Hinsicht des Gesetzes ist die Ähnlichkeit des Pflegeprozesses zum Regelkreis im medizinischen Prozess, „ [...] nämlich medizinische Anamnese, medizinische Diagnose, Planung von diagnostischen und therapeutischen medizinisch indizierten Maßnahmen, Durchführung der geplanten medizinischen Maßnahmen und die medizinwissenschaftliche Evaluierung“ (Allmer, Gertrude in Kozon, Fortner 1999, S 78).

Dieses Gesetz verschafft der Pflegeperson mehr Vorgaben, nach denen sie sich richten muss: ein größeres Tätigkeitsfeld mit deren Verantwortung, die genau vorgeschriebene Gestaltung der Dokumentation und die gewissenhafte Durchführung des Pflegeprozesses mit dem erhöhtem Administrationsbedarf, die Prävention der Gesundheit; Dies alles soll die Pflegekraft mit dem Stationsalltag, dem wachsendem Fortschritt und deren Neuerungen, dem verändertem Patientengut, in einem 12 Stundendienst unterbringen.

3. AKTUELLER STATUS IM 21. JAHRHUNDERT

Aus dem vorigem Hauptkapitel lässt sich erkennen, wie sich die Situation in der Pflege bis heute hin geprägt hat. Um ins 21. Jahrhundert gedanklich zu kommen, sind zuvor aktuelle Belastungen beschrieben, die Pflegende im und zum Pflegealltag dazu, ausgesetzt sind.

3.1. Pflegeposition Gesellschaft

„Die Veränderung der Wertigkeit der Berufe erfolgt in der Gesellschaft als andauernder Prozeß. [...] Das Prestige eines Berufes folgt dieser Entwicklung oft zögerlich, Sozialprestige und Produktionswichtigkeit können daher auseinanderklaffen. Als Beispiel ist hier das Prestige der Pflegeberufe zu nennen, welche aufgrund der epidemiologischen und demographischen Transition – der Veränderung des Krankheitspanoramas und der Altersstruktur der Bevölkerung – ein zunehmend wichtiger Produktionsfaktor werden. Das Ansehen der Berufe bleibt hinter dieser Entwicklung jedoch noch weit zurück“ (Schelsky, 1972 zit. n. Thielhorn 1999, S. 42).

Im Beziehungsdreieck Arzt-Patient-Gesellschaft spielen Pflegende eine untergeordnete Rolle, weil Pflegenden nicht die Definitionsmacht von Gesundheit und Krankheit unterliegt. Eine Expertise auf diesem Gebiet wird den Pflegenden nicht unbedingt zugerechnet, obwohl die Bedeutung der Beobachtung auf diesem Gebiet gänzlich unterschätzt wird. Dazu tragen die medizinische Dominanz und auch die mangelnde Transparenz pflegerischer Konzepte bei (vgl. Thielhorn 1999, S. 37).

Die Medien spielen für die Darstellung des Krankenpflegeberufes eine wesentliche Rolle. Realitätsfern, klischeehaft oder in Sensationsberichten wird oft der Pflegealltag in den Medien dargestellt. Schreckensbilder, ethische Fragestellungen und Fehlerprozesse werden bevorzugt in das Blickfeld der Öffentlichkeit gerückt. Durch die Medien, durch Zeitschriften und Bücher, oder durch Erlebnisse werden die Vorstellungen, was Pflege darstellt geprägt, auch wenn dies überholt oder falsch ist. Trotzdem werden die Medien für verschiedene positive Zwecke gebraucht, wie zum Beispiel als Wirkung auf das Präventionsverhalten der Bevölkerung mittels Aufklärung. Ärzte verstehen es besser, die Medien zu gebrauchen, Pflegende haben noch erheblichen Nachholbedarf. Zusätzlich wird die Differenz des Pflegeberufes und des Arztes in zahlreichen Groschenromanen,

Arztfilmen und –serien illustriert, die falsche Eindrücke hinterlassen und an der Realität vorbeispielen. Die Bedeutung dieser Literaturform für das öffentliche Ansehen von Pflegenden verbreitet durch die enorme Reichweite und die Regelmäßigkeit des Konsums, typische Klischees. Beispiel für ein Klischee: ein begnadeter und berühmter Chefarzt besitzt eine warmherzig und aufopfernd tätige Krankenschwester für all seine Belange. Ein stereotypes Bild einer Krankenschwester wird in dieser Trivilliteratur geprägt. Sie sind hilfsbereite, opferbereite, großzügige Wesen, die aus reiner Nächstenliebe ihre Arbeit vollbringen. Jung, hübsch, anmutig und mädchenhaft werden sie dargestellt (vgl. Thielhorn 1999, S. 50ff).

Durch dieses Image, welches an die Gesellschaft vermittelt wird, liegt das Aufgabenfeld der Pflege für den Großteil der Bevölkerung im Unklaren. Pflegerische Tätigkeit scheint bekannt, bleibt trotzdem unergründlich, da die Gesellschaft mit Pflegebedürftigkeit nicht konfrontiert werden mag. Somit werden spezifisches Fachwissen und Expertentum mit Pflege nicht zwangsläufig verbunden. Durch den Wandel der Zeit und den Fortschritt ist ein angepasstes Image aber von grundlegender Bedeutung. Durch die Einsparungen vom Gesundheitswesen wurde die Pflege, als größte Berufsgruppe eher ins Licht des Kostenverursachers gerückt. Durch Kürzungen in der Pflegegruppe kommt es zur Not der Gepflegten. Ein weiterer negativer Eindruck über die Pflege in der Gesellschaft entstand (vgl. Thielhorn 1999, S. 62ff).

3.2. Pflegeposition Berufsalltag

Pflegepersonen sind im Stationsalltag vielen Belastungen ausgesetzt. Es ist schwer die gesetzlichen Bestimmungen, die Tätigkeitsbereiche, den Pflegeprozess und die Berufspflichten in dem Berufsalltag zu kombinieren. Die Qualität der Pflege wird überprüft und bewertet und sollte trotz dem bestehenden Zeitdruck hoch sein. Die Zeit ist straff eingeteilt durch die Grundpflege an sich, durch die richtige Dokumentation, die Organisation, die Planung und die Verwaltung von Diagnostik und Therapie. Die Arbeitsbedingungen fordern kreatives Können. Die Schreibtischarbeit, die stetig zunimmt, hat sich mit dem Telefondienst erweitert. Die Entlohnung der Pflegenden ist nicht entsprechend, wenn der Blick einmal auf das große Wirkungsspektrum gerichtet werden würde.

Die Stationsrealität zeigt das Bild von Routinearbeit, da der Zeitdruck kaum Ausbrüche zulässt. Elemente die der Menschlichkeit entsprechen, bleiben leider zu oft auf der Strecke. Ganzheitlichkeit wird zwar gepredigt und angestrebt, jedoch bleiben Faktoren wie Einfühlungsvermögen, Verständnis und Austausch über aktuelle Gefühle der Patienten, Anspruch auf Privatsphäre, ungeachtet. Pflegende empfinden dies als psychisch belastend.

Die Besonderheit in der Krankenpflege ist die Tätigkeit an sich, die als dialogische Dienstleistungsarbeit bezeichnet wird, das heißt die Notwendigkeit ist gegeben, das der Ausführende mit dem Nutzer in eine Kommunikation tritt. Diese dialogisch erzeugenden Dienstleistungen sollen eine Veränderung in einer anderen Person erzeugen, es basiert nicht auf Materiellem. Dieses Erfassen von dialogisch erzeugenden Tätigkeiten, also von helfenden Tätigkeiten, kann aber nicht die spezifischen Belastungen erfassen (vgl. Rieder 1999, S. 75ff).

Für die Personalbemessung werden messbare Werte genommen, die sich aus dem Konzept der dialogischen Dienstleistungsarbeit ergeben. Das Belastungen nicht theoretisch begründet werden können, sowie das Leitbild des Liebesdienstes, fördern, dass diejenigen, die die Personalbemessung und die Arbeitsorganisation planen, nicht Rücksicht darauf nehmen (vgl. Rieder 1999, S. 79). Im Stationsalltag kann es immer wieder zu Situationen kommen, wo der Umgang mit Patienten besonders aufwendig ist, nur sind dann für solche Schwierigkeiten nicht genügend Ressourcen gegeben und die Qualität der Pflege leidet. Dies ist die Quelle der Belastung für die Pflegefachkraft (vgl. Rieder 1999, S. 81). Durch diese aufwendigen Abstimmungen zwischen Patient und Pflegekraft entstehen Belastungen, die durch keine zusätzliche eingeplante Zeit in der Personalberechnung gefördert werden (vgl. Rieder 1999, S. 90).

Ein Aspekt in dieser interaktiven Arbeit ist die geforderte Nächstenliebe. Die Pflegekraft kann die Arbeit nicht einfach bei Seite legen, da sie mit Ethik und Moral verbunden ist, dadurch kann eine emotionale Überforderung entstehen. Pflegekräfte müssen über Empathie und Distanzierungsfähigkeit verfügen, egal ob die Compliance des Patienten gegeben ist und trotzdem unterliegt die Arbeit einer vorgeschriebenen Zeit. Weitere Arbeitsbelastungen, denen Pflegende ausgesetzt sind, sind regelmäßige Mehrarbeit bei geringer Zeit, sodass sie länger als geplant arbeiten, sowie die körperlichen Belastungen, wobei sie über ihre Grenzen gehen (vgl. Fally 2012, S. 13f).

Ein weiterer Faktor ist der Schichtdienst. Da der Takt von Schlaf und Wachsein dem von Nacht und Tag entspricht, ist das Arbeiten in der Nacht ungesund für den Körper. Die innere Uhr synchronisiert mit dem natürlichen Hell-Dunkel-Rhythmus bei jedem Kontakt mit Tageslicht. Entgegen diesen Rhythmus aufzustehen wird das Herz-Kreislauf-System gestört und dies bedeutet Stress für alle Organe. Die geistige Fähigkeit beginnt zu leiden, der Stoffwechsel kommt durch unregelmäßige Essenszeiten zu verschiedensten Tageszeiten aus dem Rhythmus, somit können Verdauungsprobleme bis hin zu Übergewicht oder Diabetes auftreten. Anhaltender Stress führt häufig zu Bluthochdruck, die sich zu Schlaganfällen und Herzinfarkten entwickeln können. Da Störungen in der Zellteilung im biologischen Schlaf repariert werden, kommt es nach einer gewissen Zeit zur Immunschwäche (vgl. Roenneberg 2012, S. 31).

Nicht zu vergessen sind die unsichtbaren Gefahren wie die Strahlung, das Keimspektrum und deren Infektionsgefährdung. Die Weiterentwicklung der Technik, der Medizin und der Pflege erwarten stets einen aktuellen Wissensstand der Pflegenden, deshalb sind Weit- und Fortbildungen zu einer gewissen Stundenstückzahl jährlich verpflichtend.

Die nächsten zwei Unterkapitel beschreiben Unzufriedenheitsfaktoren, die täglich im Berufsalltag auftreten.

3.2.1. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Der besondere Status der Ärzte wirkt sich auf die Gestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Krankenhaus aus. Die Berufsgruppen sind in hohem Maße auf eine funktionierende Kooperation angewiesen. Das Selbstverständnis der Ärzte richtet sich danach, dass sich andere Berufsgruppen um ihre Position herumgruppieren, dies löst ein hohes Konfliktpotential aus. Das Verhalten des Arztes gegenüber dem Patienten wird aus Sicht der Pflege vielfach kritisch betrachtet. Dies wird als belastend empfunden, da das Verhalten gegen die Gesetze der Menschlichkeit verstößt. Ärzte zeigen sich patientenscheu, bevorzugen Kurvenvisiten, im direkten Kontakt wird über die Patienten oft hinweggeredet, ihr Schamgefühl wird nur unzureichend beachtet. Es zählt nicht der Mensch sondern die Krankheit und dessen medizinische Intervention. Pflegende sind dann die Stoßdämpfer, die vielfach ärztliche Entscheidungen erklären, Trösten und den Patienten und deren Angehörigen beschwichtigen. Durch dieses ärztliche Verhalten übernehmen Pflegende ärztliche Tätigkeiten, im Wohle des Patienten. Pflegende

kontrollieren die Arbeit der Ärzte und zum Teil wird sie nachgebessert oder verändert. Ärzte verlassen sich auf die Pflegenden und fühlen sich durch diese kontrollierende Funktion entlastet. Diese Funktion erhält keinen offiziellen Status, es geschieht stillschweigend (vgl. Thielhorn 1999, S. 87f). Diese ungeschriebenen Gesetze, denen die Pflege Folge leistet, sind nicht, wie bei den Ärzten sanktioniert. Ärzte haben ihre Ärztekammer und sind damit in gewissen überschreitenden gemeinsamen Subsinnwelten abgesichert (vgl. Thielhorn 1999, S. 79).

Der Machtstatus der Ärzte wird als sehr belastend empfunden. Pflegende erleben es in ihrem Berufsalltag ständig, dass sie dem zuständigen Arzt für das Mitteilen von Befunden, Beobachtungen oder um Therapievorschlüsse zu präsentieren, nachtelefonieren müssen. Zutage kommen dann noch die Überheblichkeit mancher Ärzte und das vermittelte Gefühl „lästig zu sein“, dabei stehen der Patient und sein Wohlbefinden im Mittelpunkt. Der Alltag bringt auch mit sich, dass der Arzt unerreichbar ist oder seine Tätigkeit nicht unterbrechen kann und somit die Pflegenden bei bestimmten Akutsituationen mit deutlich hohem Zeitdruck, Tätigkeiten ausführen, die nicht gesetzlich gestützt sind und sie dessen Verantwortung tragen müssen (vgl. Thielhorn 1999, S. 90).

Durch diese entstehenden kränkenden Situationen zwischen Arzt und Pflege haben sich unterschiedliche Reaktionen der Pflegenden entwickelt. Oftmals werden ärztliche Entscheidungen belächelt und verborgen kritisiert, oder Pflegende vermeiden einen verbalen Austausch und dokumentieren ärztliche fragwürdige Entscheidungen als „laut Anordnung“ in der zugehörigen Patientenkurve (vgl. Thielhorn 1999, S. 90).

Das Pflegepersonal bemüht sich trotzdem den ärztlichen Anforderungen zu entsprechen, weil es auf diese Weise Anerkennung und Prestige bezieht, doch sie gewinnen dadurch nicht wirklich Ansehen, sondern Mehrarbeit und Mehrbelastung. Auch wenn das Pflegepersonal Tätigkeiten, die dem Arzt zugeordnet sind, ausführt, wird er dafür bezahlt. Durch das bestehende Statusgefälle, erlaubt sich der Arzt, Tätigkeiten abzuschieben. Die pflegerische Arbeit wird durch diese ärztliche Hilfstätigkeit entwertet und die bereitwilligen, gutmütigen Pflegenden helfen dem teuren Arzt zu sparen (vgl. Taubert 1994, S. 31).

3.2.2. Die Beziehung zwischen Pflegenden und Patient

Zwischen Pflegepersonal und Patient besteht eine asymmetrische Beziehung, der Patient übernimmt dabei den Part der abhängigen Rolle und das Pflegepersonal hat entscheidend mehr Handlungsfreiheit. Die Krankenhaushierarchie ist fest verortet mit vorgegebener Rollenverteilung. Dadurch entsteht ein zentraler Interessenskonflikt. Pflegende und Ärzte repräsentieren die Ordnung und haben Interesse am Aufrechterhalten dieser Ordnung, das heißt das sie dafür sorgen dass der Stationsalltag und die Arbeitsabläufe eingehalten werden und möglichst reibungslos funktionieren. Dadurch entsteht eine gewisse Distanz zum Patienten, die durch den hohen Arbeitszuwachs begünstigt wird. Die Patienten haben dagegen ein großes Bedürfnis nach Zuwendung, Trost und Wärme. Dies kollidiert mit Distanz, Arbeits- und Zeitersparnis, die der Alltag mit sich bringt (vgl. Dreißig, Verena in Bauer, Büscher 2008, S. 363ff).

Pflegende orientieren sich, notwendiger weise, an einem Ziel-Zustand, wie ihn Pflegediagnosen beschreiben. In dieser Welt, in der versucht wird, innerhalb von kurzer Zeit eine Problemlösung zu erhalten, fehlt der Raum in der Form des Verstehens, die nicht wertet und nirgends hinführen will. Die Empathie, das einführende Verstehen, die die innere Welt des Patienten betrifft, soll von Pflegenden gespürt werden, als wäre es die Eigene, jedoch nicht die Klarheit darüber verlieren, dass es fremde Empfindungen sind. Diese Art des Wahrnehmens des Patienten geht heutzutage in der Routinearbeit unter, dagegen wird das wertende Verstehen, das von außen kommt, praktiziert. Die Gefahr des „Ausgebrannt sein“, die durch Mitfühlen und Mitleiden entsteht wird dadurch reduziert (vgl. Matolycz 2010, S.26f).

Die Pflege ist ambivalent, das heißt die Gleichzeitigkeit von Gegensätzlichem. Der Wunsch besteht, den Patienten zu unterstützen und zu verstehen, gleichzeitig nicht mit deren Angst und Leiden konfrontiert zu werden, die Angst vor Unzulänglichkeit, das Bewusstsein, das Pflege gewissermaßen immer unvollkommen bleibt und gleichzeitig das Verlangen professionell pflegerisch zu handeln. Dieses wertschätzende Miteinander zwischen Pflege und Patient, was aktuell unter Professionalität verstanden wird, bedeutet eine warmherzige positive akzeptierende Haltung gegenüber den Vorgängen im Patienten (vgl. Matolycz 2010, S. 27).

Es ist erkennbar, dass diese zwischenmenschliche Basis, die zur Ausübung dieses Berufes wünschenswert ist, durch wachsenden Arbeitsaufwand, schwer zu erfüllen ist. Dazu kommt noch, der Eigenschutz vor Konfrontationen mit Gefühlen wie Angst, Trauer, Kummer, oder das Unwissen, was richtig und gefühlvoll Reagieren bedeutet. Berufliche Erfahrungen und deren gewonnene Erkenntnisse begünstigen Einschätzungen einer Situation, wo wahrnehmen und herzlich reagieren notwendig ist. Für solche Gegebenheiten nehmen sich Pflegende dann Zeit und Herz, da kann dann der Stationsalltag einmal im Gedanken ruhen und diese asymmetrische Beziehung wird eine Beziehung auf der Basis des Zuhörens und Daseins. Nach Dienstende kommt das Gefühl der persönlichen Stärkung, das Richtige getan zu haben, auf und das Gefühl, nicht alle Arbeitsaufgaben der Routine erfüllt zu haben. Diese beschriebene Gleichzeitigkeit von Gegensätzlichem spiegelt sich in allen Etappen eines Arbeitstages wieder.

Dieser helfende Beruf ist mit vielen Begriffen des „Ausgebrannt sein“ gekennzeichnet. Der institutionelle Druck, die hohe Fremdbestimmung der Pflege kann zur Erschöpfung führen. Dadurch werden nicht nur die physischen Kräfte reduziert sondern auch die Motivation zur Berufsausübung nimmt ab. Zu den bereits genannten Faktoren kommt noch die Perspektivlosigkeit des Pflegeberufes dazu (vgl. Thielhorn 1999, S. 75).

Damit sich konkret in der Pflege für die Ausübenden etwas verbessern kann, muss der Stellenwert der Pflege angehoben werden. Um den gewollten Stellenwert zu erreichen und gegen die Perspektivlosigkeit wirken zu können, muss das Fach Pflege die Möglichkeit einer Akademisierung erhalten, damit das gesellschaftliche Ansehen ihr gegenüber verbessert wird. Erst wenn Akzeptanz, Anerkennung und Respekt gegeben sind, können sich Belastungen der Pflegefachkräfte minimieren.

3.3. Akademisierung

„Der höchste Grad der Akademisierung eines Berufes ist erreicht, wenn dieser als anerkannte Wissenschaftsdisziplin mit Lehre und Forschung an der Universität etabliert ist und die berufliche Qualifizierung ebenfalls dort erfolgt“ (Kriegl, Marianne in Kozon, Fortner 1999, S. 7).

Der Weg der Akademisierung in Österreich auf diesem Niveau, wie es Herr Kozon und Herr Fortner beschreiben, wurde nur langsam besritten. Zu manch anderen europäischen Ländern, ist es Österreich erst spät gelungen, die Pflegeforschung und Pflegewissenschaft auf Universitäten anzubieten. Um dem geschichtlichen Verlauf treu zu bleiben, wird nun ein kurzer Rückblick gegeben.

Unter Bundesminister Doktor Kurt Steyrer wurde erst im Jahr 1989 ein politisches Fenster für die Anliegen der Pflegewissenschaft geöffnet. Jegliche Verbesserungsvorschläge im Bereich Pflege wurden aber damals nicht umgesetzt. Erst im Jahr 1992 wurde ein Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung an der Universität Linz eingerichtet, sowie in der Zweigstelle Wien begann die Forschung für Gesundheits- und Krankenpflege, die bis heute nicht aus der öffentlichen Hand finanziert wird. Eine Pionierin hinsichtlich der Umsetzung der Pflegewissenschaft und -forschung als Studium war Hilde Steppe im Jahr 1991 (vgl. Seidl, Elisabeth in Kozon, Seidl 2002, S. 29f).

Hilde Steppe: „Wir müssen uns einmischen, und zwar sehr offensiv – und allein schon deshalb haben wir das [sic] Überraschungsmoment auf unserer Seite – in alle gesundheitspolitischen Entscheidungen.“ „Wir müssen endlich politisch werden – und zwar im Sinne von Einflussnahme und Mitbestimmung bei allen berufsrelevanten Fragestellungen“ (Seidl, Elisabeth in Kozon, Seidl 2002, S. 30). Sie kämpfte für einen angepassten Status der Pflege in der Öffentlichkeit, für eine eigene anerkannte Profession und spielte hinsichtlich der Akademisierung eine große beeinflussende Rolle.

Es folgte im Jahr 1999 an der Universität in Wien das individuelle Diplomstudium Pflegewissenschaft, das jedoch ein Provisorium, mit Beendigung im Jahr 2007 war. Währenddessen wurden an den Universitäten Graz, Hall in Tirol und in Salzburg, pflegewissenschaftliche Studiengänge ermöglicht. Tatsächlich war dies kein Beginn einer neuen Ära, denn europaweit gesehen, blieb Österreich zurück. In fast allen europäischen Ländern schließt die Pflegegrundausbildung mit einem Bachelor ab. Derzeit kann Pflegewissenschaft und –forschung an der Universität in Graz, an der Paracelsus Medizinische Privatuniversität in Salzburg auf Bachelor- und Masterniveau studiert werden. Nur Abschlüsse an der UMIT (Private Universität für Gesundheitswissenschaft, Medizinische Informatik und Technik), in Hall in Tirol sind mit Berufsberechtigung. Dort werden Bachelor-, Master- und Doktoratsstudiengänge angeboten. Hinsichtlich der

Grundausbildung mit Bachelorabschluss werden an den Fachhochschulen erste Schritte unternommen. Master- und Doktoratsabschlüsse dienen als Weiterqualifizierung. Das Interesse an Pflegewissenschaft und –forschung steigt stetig an, jedoch der Blick auf Karrieremöglichkeiten ist noch verschleiert (vgl. Rappold 2008, S. 147f).

Die Grundausbildung kann mittlerweile auf drei Wegen besritten werden: der traditionelle Weg an einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule, parallel mit einem Pflegewissenschaftsstudium, das dann mit dem Diplom und zusätzlich einem Bachelor in Pflegewissenschaft abschließt, jedoch geht dies nur an Privatuniversitäten oder eine dreijährige Ausbildung an einer Fachhochschule, womit sie den Bachelor in Health Studies erhalten, mit der gleichen Berufsausübungsberechtigung wie mit dem Diplom. Sonder- und Spezialausbildungen werden über ein gesondertes geregeltes System mit Universitätscharakter angeboten. Nicht zu vergessen sind die Fort- und Weiterbildungen in unterschiedlichen inhaltlichen Angeboten, die genutzt werden, da 40 Fortbildungsstunden in 5 Jahren für Angehörige des gehobenen Dienstes verpflichtend sind. Durch dieses Angebot ergibt sich mitunter die Frage, ob sich die traditionelle Grundausbildung und die Bachelorausbildung auf dem gleichen Niveau begegnen. Tatsächlich bleiben Inhalte und Lehrmethoden gleich und somit sind Personen mit Bachelorabschluss nicht höher qualifiziert. Weiters gibt es zahlreiche Angebote in weiterqualifizierenden Ausbildungen auf Fachhochschulen oder Universitäten und das gleiche Spektrum in Form von herkömmlichen Weiter- und Fortbildungen, doch die Abschlüsse sind schwer miteinander in eine generelle Logik zu verbinden (vgl. Rappold, Elisabeth; Rottenhofer, Ingrid in Käppeli 2011, S. 47ff).

Der Ruf der Pflegenden nach einer speziellen Qualifizierung der Pflege, nach Möglichkeiten sich gezielt und anerkannt weiterbilden zu können, führt zu einem erhöhtem Bedarf an Angeboten, die politisch gesehen erst erkämpft werden müssen. Somit beginnen die nächsten Schritte hinsichtlich der Professionalisierung und der Stellenwert der Pflege würde damit angehoben werden.

Um dieser Nachfrage gerecht zu werden, haben sich Initiativen und Verbände gegründet, die die Stimmen der Pflegenden nach außen hin vertreten und die Unterstützung der Verantwortlichen im Gesundheitswesen fordern.

3.4. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

Dieser Berufsverband („oegkv“) ist mit Abstand der älteste wirkende Verband in Österreich und bietet die größte, nationale berufspolitische Vertretung in Österreich, deshalb findet er hier seinen Platz und wird kurz beschrieben.

Am 6. Februar 1948 wurde vom Bundesministerium der Bescheid für die Gründung erteilt. Am 12. April fand im Schubertsaal in Wiener Konzerthaus die feierliche Gründung des „Vereinigung diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger Österreichs“ Verband statt (vgl. <http://www.oegkv.at/wir-ueber-uns/chronik/1945-1954.html> 20.01.2012, 09:45).

„Die Ziele dieser beruflichen Interessensvertretung für Pflegepersonen in Österreich sind:

- Vertretung aller Pflegebereiche und Pflegeberufe
- Qualitätssicherung pflegerischer Leistungen
- Interessensvertretung der Pflege in Gesellschaft und Politik
- Sicherung der Eigenständigkeit pflegerischer Berufe
- Weiterentwicklung der Pflege in Theorie und Praxis
- Förderung der Pflegeforschung
- Mitsprache bei der Gesetzgebung
- Durchsetzung zeitgemäßer Arbeitsbedingungen für Pflegenden
- Angemessene Entlohnung der Pflegenden“

<http://www.oegkv.at/wir-ueber-uns/aufgaben-ziele.html> (20.01.2012, 09:56).

Dieser Berufsverband bietet den interessierten Pflegenden monatlich einen aktuellen Status über Geschehnisse im Bereich der Pflege mittels der Österreichischen Pflegezeitschrift und appelliert somit an ein Umdenken der Pflegenden, an das Bewusstsein einer jeden Pflegekraft, an die Notwendigkeit der Selbstverwaltung der Pflege und fordert ein zahlreiches Beitreten an den Verband, damit die Stimme nach außen kräftiger werden kann. Durch eine solche Registrierung, die kostenlos ist, werden die Berufsausübenden zentral erfasst und helfen dem Berufsverband, im Gesundheitswesen für Pflegefachkräfte berufspolitisch argumentieren zu können. Um der Chronik treu zu bleiben, wird in das Jahr 2006 gesprungen, wo das erste Erkennen über eine Notwendigkeit einer Pflegekammer stattfand. Der „oegkv“ publizierte es nach außen über die Österreichische Pflegezeitschrift.

Die Registrierung gilt als Qualitätsprädikat, nicht nur für die beruflich Pflegenden sondern auch für die Arbeitgeber, da sich nur diejenigen mit entsprechendem Qualifikationsnachweis registrieren können. Es ist ein Planungsinstrument, durch dieses zum Beispiel Großbritannien bereits jetzt vorhersagen kann, das ca. 15% der Pflegenden in 5 Jahren in Pension gehen werden, und leiten nun Maßnahmen ein, das der Ausfall wieder mit qualifizierten Pflegenden abgedeckt ist. In Österreich ist eine exakte Planung noch schwer möglich, da vielen der Sinn und Zweck einer Registrierung noch unklar ist (vgl. Ecker 2006, S. 11).

„Mit einer Registrierung werden folgende Ziele verfolgt:

- Erfassung der Anzahl der in der Berufsgruppe Tätigen
- Erfassung der Art der Berufstätigkeit und der Einsatzorte
- Erfassung der Qualifikation der Mitglieder der Berufsgruppe
- Überwachung/Zertifizierung des Qualifikationsstandes
- Fortbildungskontrolle
- Grundlage für Arbeitgeber zur Personaleinstellung/-haltung schaffen
- Berufliche Qualitätssicherungsmaßnahme
- Informationsübermittlung zur Stärkung der Berufsgruppen
- Verbraucherschutz (Qualitätssicherung für die Bevölkerung)“ (Ecker 2006, S. 11).

Die jetzige Präsidentin des „oegkv“ Ursula Frohner und ihre Mitwirkenden appellieren an ein zahlreiches Registrieren, denn nur dann, wird dem öffentlichen Gesundheitswesen der Bedarf eines berufspolitischen Entscheidungspartners bewusst. Erst wenn dies gegeben ist, ist an eine erfolgreiche Diskussion bezüglich einer Körperschaft, die die Pflegenden nach außen hin vertritt, zu denken. Die Notwendigkeit einer Pflegekammer war nicht nur Christine Ecker, die ehemalige Präsidentin des „oegkv“ bewusst, die zahlreich mittels Artikeln die Pflegenden ansprach, sondern auch Franz Allmer, der Präsident des Berufsverbandes österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeberufe („boegk“). Die österreichische Pflegekonferenz (ÖPK), also ein Zusammentreffen und bündeln der Kräfte der bereits wirkenden Verbände von den einzelnen Bereichen, entwickelte unter der Leitung von Franz Allmer eine Bürgerinitiative betreffend der Gründung einer Pflegekammer. Diese Initiative stellte sich im November 2009 als Unterschriftenliste dar, die durch ganz Österreich ging und dem Nationalrat vorgelegt wurde.

Es ist erkennbar, dass eine Registrierung der Pflegenden, egal in welchem Verband auch immer, große Wichtigkeit hat. Das nächste Unterkapitel soll Aufschluss über Notwendigkeit dieser Initiative geben.

3.5. Bedarf einer Pflegekammer

Von Politikern werden Berufsverbände als Organisation nicht ausreichend eingebunden, deshalb zeigt sich das aktuelle Ergebnis, dass Berufsfremde über die Belange der Pflegeberufe entscheiden. Die Interessen der Arbeitnehmer werden von der Arbeiterkammer und der Gewerkschaft abgedeckt, die aber nicht den wirklichen Interessen der Berufstätigen entsprechen. Durch das Wissen über diese Situation entstand die Pflegekonferenz, die eine politische Struktur aus den eigenen Reihen fordert. Es soll in der Zukunft das Einholen von Gesundheits- und Krankenpflegeexperten in der Gesundheitspolitik sichern. Eine Pflegekammer würde die Arbeiterkammer im Bereich der Pflegeberufe ersetzen und somit zu keinen zusätzlichen Aufwendungen der Angehörigen führen (vgl. Allmer 2010, S. 5).

Ein enorm steigender Bedarf der Pflege an sich entsteht aus der demographischen Entwicklung und die Zunahme der Herausforderungen an die Pflegenden steigt dadurch rapide an, und ist somit ein Argument für Selbstentscheidung in Pflegebelangen. Laut Statistik nimmt die Anzahl der hochbetagten Menschen extrem zu, somit auch das erhöhte Krankheitsrisiko durch das hohe Lebensalter. Gesundheitseinrichtungen werden vermehrt in Anspruch genommen, die Pflegebedürftigkeit steigt. Angehörige können aufgrund der schnell lebenden Zeit ihre Angehörigen nicht mehr zuhause pflegen. Dazu kommt noch, dass pflegerische Leistungen immer günstiger erbracht werden sollen, da der Konkurrenzkampf auch ein Thema ist. All dies bedeutet, dass die Attraktivität des Pflegeberufes als Berufsausübung sinkt. Die Ausbildung und die Arbeitsbedingungen im Alltag müssen vorteilhafter angeboten werden, mit Ausbildungsniveau auf Fachhochschulen und Spezialisierung in Spezialbereichen auf Master- und Doktoratsebene (vgl. Allmer 2010, S. 4f)

„Einige Aufgaben werden derzeit schon von SpezialistInnen abgedeckt und dieser Trend wird sich weiter entwickeln. Beispiele dafür sind Enlassungsmanagement, Wundmanagement, Case- und Caremanagement, Kontinenz- und Stomaberatung,

Pflegeberatung, Advanced Nursing Practice sowie Familien- und Gemeindeschwester/-pfleger, um nur einige zu nennen“ (Allmer 2010, S. 5). All diese Bereiche müssen als eigenständiger Beruf angehoben werden. Pflegewissenschaft und –forschung muss voll ausgeschöpft werden, damit Pflege zeitgemäß werden kann.

Die Arbeitsbedingungen können verbessert werden, wenn die Aufgabengebiete den entsprechenden Ausführenden zugeteilt werden, das heißt nach dem GuKG und den definierten Tätigkeitsbereichen handeln (vgl. Allmer 2010, S. 5). Eine Interessensvertretung in Form einer Pflegekammer könnte in der Gesundheitspolitik über das GuKG diskutieren und es eventuell anpassen. Im Zuge dessen, die Berufsbilder und –pflichten evaluieren, sowie die Grundsätze der Berufsethik weiterentwickeln. Die Pflegequalität würde steigen, wenn die Kompetenzen richtig gefördert und eingesetzt werden. Diese Argumente sprechen alle für eine berufliche Interessensvertretung, für die, die Bürgerinitiative der ÖPK kämpft.

Die beruflichen Belange zu wahren, zu fördern und zu vertreten, stellt die Hauptaufgabe dar und würde durch eine Kammer, die Körperschaft des öffentlichen Rechts mit gesetzlicher Interessensvertretung mittels Kammergesetz hinterlegt ist, erreicht werden (vgl. Ecker 2006, S. 11f).

„Aufgaben einer Pflegekammer sind:

- eine sachgerechte professionelle Pflege für die Bürger/innen entsprechend aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse sicherzustellen,
- die beruflichen Belange der Pflegenden unter Beachtung der Interessen der Bevölkerung zu fördern und zu überwachen,
- eine regelhafte Einbindung pflegerischer Fachkompetenz bei gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen zu gewährleisten,
- berufsrechtliche Grundlagen im Kontext zu Regelungen der Europäischen Union zu schaffen“ (Juchems 2011, S. 30).

Frau Frohner und Herr Allmer sind am Pflegekongress 2010 bezüglich der Wichtigkeit einer Pflegekammer einig. Sie kritisieren dort gemeinsam, dass Politik und Verwaltung pflegerische Themen bislang nur durch Zufall angehört haben (vgl. Juchems 2011, S. 30).

Frohner: „Es geht um die gesetzlich verbindliche Einbindung der Fachexpertise der Pflegeberufe. Ob dies durch eine Pflegekammer stattfindet oder durch ein dafür zu schaffendes Gremium ist die Frage“ (Juchems 2011, S. 30). Die Arbeiterkammer teilte diese Kritik nicht. Sie findet, dass die Arbeiterkammer in pflegerischen fachlichen Fragen und Belangen sehr wohl ausreichend beantworten kann. Durch diese Diskussion einigen sich die Verbände und die Arbeiterkammer auf ein Zusammenarbeiten. So könnte die Expertise der Pflege über die Arbeiterkammer in die Politik gelangen. Die schriftliche Vereinbarung steht aktuell in der Abstimmungsphase. Durch ein solches Einbringen in die politischen Entscheidungsprozesse erhoffen sich Frau Frohner und Herr Allmer bei Strukturen der Pflege mitentwickeln zu können, wie auch der Berechnung des Personalsschlüssels und die Registrierung von Pflegenden um den europäischen Wettbewerb stand zu halten (vgl. Juchems 2011, S. 30f).

Durch die Eigenständigkeit in der Entscheidungskraft würde der Berufsstand zu einer Aufwertung in der Gesellschaft gelangen. Das Image vom Arzthelferberuf würde sich in ein eigenständiges Bild des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege wandeln, obwohl genau dieses bereits 1997 im GuKG definiert wurde (vgl. Ecker 2006, S. 12f).

Leider fehlt die Motivation der Berufsgruppe noch. Sie sind getrübt von Pflichtmitgliedschaft, von weiterer Kontrolle, von neuen Regeln. Es sollte nicht vergessen werden, dass der Weg dorthin leichter zu beschreiten ist, wenn ein gemeinsames Vorgehen und ein Zusammenhalt bestehen. Alle bereits genannten Namen, ob Agnes Krall oder Franz Allmer, kämpften und kämpfen für eine Aufwertung dieses anspruchvollen Berufes und ihre eigenständige Profession.

4. AUSBLICKE IN DIE ZUKUNFT

Hilde Steppe schrieb: „[...] an guten und warmen Worten für die Pflege ist derzeit wirklich kein Mangel, bei den guten Taten wird es dann schon etwas spärlicher und noch bescheidener sieht es bei den ganz konkreten Umstrukturierungsmaßnahmen aus“ (Steppe, Hilde in Kozon, Seidl 2002, S. 136).

Das Problem in der Pflege ist nicht nur die derzeitige Situation in der Pflege, sondern auch ein Zeichen für eine gesamt gesellschaftliche soziale Krise. Es werden gleich dem Pflegeprozess Analysen durchgeführt, die Ursachen gesucht und evaluiert, und somit bieten sich Chancen der Veränderung und der Neuorientierung von Strukturen. Dieser Prozess fordert Kreativität und ein neues Denken. Aus berufspolitischer Sicht ist dieser Umbruchprozess der wichtigste seit der Etablierung des Pflegeberufes (vgl. Steppe, Hilde in Kozon, Seidl 2002, S. 136).

Die Geschichte der Pflege lehrt, dass sich Pflege nur etablieren konnte, weil es viele Täter/Innen gab, die die Grenzen überschritten, die Möglichkeiten ausnutzten und gegen alle Widrigkeiten kämpften. Es gibt zurzeit genug Anlässe, denen es gleich zu tun. Die gesellschaftlichen Ereignisse fordern zum offensiven Einmischen in gesundheitspolitischen Entscheidungen auf. Diese hilfsbereiten Hände der Pflegenden sollten auch endlich beweisen und zeigen, dass sie kluge Köpfe tragen und Mitbestimmung bei berufsrelevanten Themen fordern und diese nützen (vgl. Steppe, Hilde in Kozon, Seidl 2002, S. 148).

Der mit Abstand größte Schritt in diese Richtung ist die Abnabelung vom Dienen des Arztes. Ärzte und ihre Medizin haben ihre Richtung gefunden und etabliert, die Pflege hinkt hinterher. Obwohl es gerade im Berufsalltag deutlich zu erkennen ist, dass die Pflege einen wichtigen Platz hat. Die Grenzen der Medizin sind gegeben, wie bei erfolglosen Therapien zu erkennen ist, wo aber die Pflege weiterhin stattfindet und das Resultat der bleibenden Behinderung oder der Pflegebedürftigkeit die Pflege benötigt. Die veränderte Lebensqualitätsauffassung, die mit Begriffen wie Selbstbestimmung oder persönlicher Freiheit einher geht, verändert die Ansicht der Menschen. Sie wollen informiert sein, sie vergleichen und vertrauen nicht mehr blindlings einer Profession in Weiß. Sie verlangen

extramurale Angebote mit entsprechender pflegerischer qualitativer Versorgung. Das gesamte Krankheitsspektrum fordert Qualifikation im Generellen. Es entwickelt sich zaghafte Kooperation der Pflege in ein gleichberechtigtes Mitspracherecht, obwohl der Bereich der Pflege viel komplexer und weitsichtiger als der der Medizin ist, hinsichtlich der Lebensqualität. Eine weitere Problematik ist das interdisziplinäre Arbeiten und Handeln. Die Weisungsabhängigkeit führt oft zu Problematiken und emotionalen Kämpfen. Die Festlegung der Aufgabenbereiche sollte von der jeweiligen Fachkompetenz erfolgen (vgl. Steppe, Hilde in Kozon, Seidl 2002, S. 149f).

Dieses ineinander Fließen von Wissen, ist nicht immer ein Segen. Pflegende sollten am Weg des Pflegen bleiben, nicht zu weit in die Medizin schauen. Das pflegerische Fachwissen ist so weitschichtig und vielseitig, dass es genügt, sich darum zu kümmern. Neues Wissen erforschen, implementieren und umsetzen. Dazu benötigt die Pflege eine Vertretung aus den Reihen der Pflege, die für die Pflege stellvertretend spricht und diesen Prozess ohne Barrieren bewältigen kann.

Nicht zu vergessen ist die Qualität der Pflege, die abhängig von den Arbeitsbedingungen ist. Die Qualität der Bedingungen muss denen der Arbeit an sich entsprechen, sonst kann die Qualität nicht stattfinden, das heißt die Arbeitszeiten gehören angepasst, die Vergütung der Pflegenden müsste neu bemessen werden. Die formelle Gleichberechtigung im Bereich des Gesundheitswesens würde zu einer Anerkennung in der Gesellschaft führen (vgl. Steppe, Hilde in Kozon, Seidl 2002, S. 151).

Ein weiterer wichtiger Faktor im Bereich der Qualität ist der unerschütterliche pflegerische Perfektionismus. Diese ständige Konkurrenz innerhalb der Berufsgruppe lähmt die Weiterentwicklung. Sie nützt nicht, sondern schwächt die Durchsetzungskraft, da die echte Solidarität untereinander fehlt (vgl. Steppe, Hilde in Kozon, Seidl 2002, S. 150).

Das Anerkennen das jede Pflegekraft auch ein Mensch mit Schwächen und Stärken ist, fehlt untereinander und auch in der Meinung des Patienten. Die Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten muss autonomer werden. Sie gehen ein Stück des Lebensweges miteinander und sollten sich für diese Zeit mit Akzeptanz und Respekt begegnen.

Hilde Steppe wird nochmals mit ihren passenden Worten zitiert:

„Pflege bietet sich von ihrem Selbstverständnis als Beruf, der für den ganzen Menschen zuständig ist, geradezu als Ort, an dem multiprofessionelle Angebote koordiniert und integriert werden zu einem möglichst sinnvollen und angemessenen Ganzen. Das heißt jedoch NICHT, dass die Pflege die neue „Übermutter“ für alle anderen werden soll, sondern dass an ihr vorbei oder ohne sie nichts passieren sollte“ (Steppe, Hilde in Kozon, Seidl 2002, S. 152).

4.1. Politik

„Derzeit sind in Österreich unter Einbeziehung der Angehörigen und der professionellen Betreuungs- und Pflegekräfte weit mehr als eine Million Menschen von den Versäumnissen im Pflege- und Betreuungsbereich täglich unmittelbar betroffen“ (Pilz, Wallner 2011, S. 4).

Obwohl in der Öffentlichkeit der Wunsch nach besserem Pflegeangebot besteht, wurde die Situation in der Politik verdrängt. Erst vor einigen Jahren begannen pflegerische Themen politisch zu werden, wie zum Beispiel die 24 Stunden Betreuung, die durch das Versäumnis des Landes von ausländischen Pflegerinnen durchgeführt wird. Einzelfälle mit deren Schicksalen brachten es über Medien nach außen, doch daraus alleine kann keine politische Wendung entstehen. Die regierenden Parteien sind selbst im eigenen Gewirr verstrickt und haben wenig Potenzial dieses Pflegeproblem zu bewältigen. Dazu kommen noch Sparpakete der Landesregierung. Auf der einen Seite die lähmende Politik und auf der anderen Seite stehen viele Gruppen, die für eine Aufwertung der Pflege kämpfen. Es wird stabile Finanzierung für die Zukunft gefordert. Um dies zu erreichen, sollte mit Etappenziele begonnen werden. Wenn die politische Debatte einmal entflammt ist, kommt es auch zu Teilerfolgen, und viele dieser Gruppen wären vorerst einmal beruhigt. Nur wie kommt es zu einer politischen Aufmerksamkeit (vgl. Pilz, Wallner 2011, S. 4ff)?

„Dazu bedarf es einer öffentlich wahrgenommenen Dringlichkeit (drohende Katastrophe, hohe Betroffenheit und Unzufriedenheit vieler Wähler/innen, ...)“ (Pilz, Wallner 2011, S. 6). Wenn Entscheidungsträger selbst einmal in die Not geraten, würden sie die Wichtigkeit der Pflege erkennen. Es würde mit einem anderen Auge betrachtet werden. Sie würden erkennen, dass es für qualitativ hochwertige Pflege kompetente, motivierte und engagierte

Menschen geben muss. Um diese Menschen dort zu halten, sollten sich die Rahmenbedingungen verbessern. Das Bild der Pflege muss in ein besseres Licht gerückt werden. Medien könnten hierfür ein gutes Mittel sein. Die Zukunft prophezeit einen Wettlauf gegen die Zeit.

4.2. Pflegezukunft

Der Berufsstand hat ein Imageproblem. Die Motivforschung Karmasin 2010 hat in ihrer Studie ergeben, dass das Ansehen dieser Berufsgruppe nur durchschnittlich ist. Zukunft – Pflege – Österreich ist ein Projekt, das das Berufsimagen stärken soll und die Sicht der Gesundheits- und Krankenpflege als positiv in der Gesellschaft etablieren soll. Dieser wichtige Beruf weist spürbar einen Mangel an Pflegepersonen auf. Trotz des großen Zuflusses aus den östlichen Ländern fehlt es an qualifizierten Personen in der Hauskrankenpflege. Im stationären Bereich sieht es ganz gleich aus. Ein Mangel an speziell ausgebildeten Fachkräften in den Bereichen Intensiv-, OP-, Kinder- und Jugendlichenpflege breitet sich aus. Gleichzeitig sinkt die Eignung der jungen Bewerber für die anspruchsvolle Ausbildung zu diesem Beruf, sowie laut Statistik wird es im Jahr 2015 zu einer ersten großen Pensionswelle kommen (vgl. Schwaiger 2010, S. 4).

„Das Kommunalwissenschaftliche Dokumentationszentrum (KDZ) hat aktuell ausgerechnet, dass sich die Zahl der über 60-jährigen Bürger/innen von derzeit 1,8 Mio. bis zum Jahr 2030 um rund 50 % auf 2,7 Mio. erhöhen wird. Derzeit leben ca. 133.000 Menschen, die über 85 Jahre alt sind. Im Jahr 2030 werden es rund 300.000 sein. [...] Heute werden knapp 400.000 Pflegebedürftige zuhause versorgt. Bis 2040 werden es doppelt so viele Menschen sein, die von halb so vielen Angehörigen betreut werden müssen“ (Pilz, Wallner 2011, S. 7).

„Über Initiative der Vereinigung der Pflegedirektor/inn/en Österreichs (ANDA) wurde in einer bisher bereits einjährigen Vorarbeit, gemeinsam mit der Berater/innen- und Trainer/innengruppe FUTURE und dem Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) auf Grundlage eines innovativen Konzepts ein Projekt für eine Österreichweite Image- und Marketingkampagne erarbeitet“ (Schwaiger 2010, S. 5). Der ÖGKV spielt hierbei eine zentrale Rolle und hilft bei der finanziellen Abwicklung und bei der Organisation mit. Sogar die Freie Wohlfahrt, eine Bundesarbeitsgemeinschaft und

der ORF unterstützt die mediale Kampagne. Das Projekt findet in drei Phasen statt (vgl. Schwaiger 2010, S. 5):

- „Phase 1: „Power für die Pflege“ – Workshops
- Phase 2: Klassische Medien- Marketingkampagne
- Phase 3: Nachhaltige Maßnahmen zur Sicherung des positiven Images in der Öffentlichkeit“ (Schwaiger 2010, S. 5).

80.000 Berufskollegen in Österreich arbeiten täglich und bringen ein Bild über den Beruf in die Öffentlichkeit. Um die Kompetenzen zu repräsentieren und somit Selbstwert und –vertrauen der Angehörigen dieses Berufsstandes zu stärken, finden unter der FUTURE Methode zweitägige Workshops mit dem Titel „Power für die Pflege“ statt. Diese sogenannte Zukunftskonferenz soll ein schrittweises Herangehen, durch öffentliches Kommunizieren aus den verschiedensten Einsatzgebieten sein (vgl. Schwaiger 2010, S. 5).

Die Phase 2 erfolgt mit einer klassischen Medienkampagne, das heißt mittels Kommunikationswege über Fernsehen, Radio, Öffentlichkeitsarbeit mit Infotagen. Sogar Imagefilme werden in Betracht gezogen. Diese Vision ist noch abhängig von der finanziellen Beteiligung des Staates. Die verantwortlichen Politiker in diesem Bereich müssen noch von der Notwendigkeit dieses Projektes überzeugt werden. Es werden auch mit dem AMS und privaten Sponsoren Gespräche geführt, um auf die benötigte Summe von 550.000,- Euro zu kommen. Die mediale Kampagne wird natürlich von Personen aus dem Pflegebereich mitgestaltet, da die inhaltliche Ausrichtung dem des Berufes entsprechen soll. Phase 2 startet im Herbst 2011 und soll bis Ende 2012 mit der Phase 1 abgeschlossen sein und nachhaltig mit der Phase 3 gesichert werden, die das entstandene positive Image erhalten soll (vgl. Schwaiger 2010, S. 5f).

4.3. Qualifikationsmix´

Wie bereits im Unterkapitel Akademisierung beschrieben ist, gibt es ein großes Angebot von Möglichkeiten sich als Pflegeperson ausbilden oder weiterbilden zu können. Die demographische und epidemiologische Entwicklung fordern ein Anpassen und richtiges Einsetzen der Qualifikationen von jedem Einzelnen. Das Stellenangebot von Spezialbereichen wie der Pflegeforschung und –wissenschaft muss erweitert werden.

„Grundlage des zukünftigen Qualifikationsmix muss eine integrierte, berufsgruppenübergreifende Personaleinsatzplanung sein. Um die Wirkung es Qualifikationsmix´ nachzuweisen, bedarf es begleitender Studien, die die Konsequenzen auf Ebene der Kosten und der Qualität abbilden. Derartige Studien existieren für Österreich nicht“ (Rappold, Elisabeth; Rottenhofer, Ingrid in Käppeli 2011, S. 60).

Die Analyse der angebotenen Leistung der Versorgung, die Personalstruktur unter Berücksichtigung der benötigten Zeit für pflegerische Aufgaben und Teilung dieser, sowie die Rahmenbedingungen und vorhandenen Ressourcen der Institution müssen alle für eine neue Personaleinsatzplanung beachtet werden (vgl. Bourgeault, 2008 zit. n. Rappold, Elisabeth; Rottenhofer, Ingrid in Käppeli, 2011 S. 60).

Für solch ein Vorhaben muss zuvor die Pflege an sich transparent werden. Es muss analysiert werden, was Angehörige des gehobenen Dienstes an wen delegieren können und wer dann die letzte Verantwortung trägt. Die Aufgaben würden sich an komplexen Situationen orientieren, nicht an Routineabläufen. Die Grundausbildung auf Bachelorebene geht in Richtung Fachkarriere, die sich in Form von weiteren Spezialausbildungen zeichnen würde. Um dieses große Spektrum an neuen Aufgaben, wie zum Beispiel die Weiterentwicklung von neuen Methoden, die Gestaltung von Versorgungsdienstleistungen oder unter anderem das Leiten von interdisziplinären Teams, erfüllen zu können, bedarf es hochqualifizierten Pflegefachkräften. Dass dadurch befürchtet wird, dass niemand mehr am Bett arbeiten wird oder will, ist unbegründet. Nur diejenigen, die sich in Richtung Fachkarriere weiterentwickeln wollen, werden zu solchen Aufgaben als Experten genutzt. Zu diesen Karrieren müssen erst einmal Wege geebnet werden. Dies stellt sich sehr schwierig dar, da es in so vielen Bereichen qualifizierte Pflegepersonen mit den unterschiedlichsten Ausbildungen von verschiedensten Institutionen, Fachhochschulen oder Universitäten gibt (vgl. Rappold, Elisabeth; Rottenhofer, Ingrid in Käppeli 2011, S. 61f).

„Das bedeutet, dass die derzeit unsystematisch entstandene Bildungslandschaft reorganisiert und entsprechend der Bologna-Architektur in einem Bachelor-Mastersystem eingebettet werden muss“ (Rappold, Elisabeth; Rottenhofer, Ingrid in Käppeli 2011, S. 62). Die Bologna-Reform hat das Ziel, in Europa idente Hochschulabschlüsse zu schaffen, dies bedeutet eine Umstellung auf ein zweistufiges Bachelor/Masterstudium. Wozu der

Absolvierende dann qualifiziert ist und auf welchem Niveau er sich befindet, ist noch nicht geklärt. Titel wie, Master of Arts oder Master of Science werden in der Praxis scheinbar je nach Belieben der Hochschule versehen. Somit entwickelt sich ein Streben nach dem speziellen Titel, Master of Business Administration. Das betriebswirtschaftliche Kenntnisse für Führungen notwendig ist, ist klar. Doch andere Inhalte der Ausbildung lassen noch zu wünschen übrig. Diese Studiengänge sollen noch besser analysiert werden bezüglich angebotener Inhalte und sollten sich mehr am benötigten Nutzen des zukünftigen Gesundheitsmanager orientieren und nicht nur nach einem Titel (vgl. Dames, Ebel, Mylius 2012, S. 14ff).

Die Zusammensetzung und Berechnung des Personals wird in Zukunft nicht mehr generell festgelegt sein, sondern nach dem Bedarf der dort Betreuenden, mit ihren unterschiedlichen pflegerischen Behandlungen und abhängig von des dort benötigten Fachwissens (vgl. Rappold, Elisabeth; Rottenhofer, Ingrid in Käppeli 2011, S. 63). Durch die gesellschaftliche demografische Entwicklung, das erweiterte Spektrum von Krankheiten, sowie durch die geforderte häusliche Versorgung, wäre dies notwendig, um ausreichend gerüstet zu sein.

Die große Zahl der Pflegepersonen, die sich akademisch in diesem Bereich weiterbilden lassen, hat eine Dynamik in Gang gesetzt. Dieser Qualifikationsprozess muss nur noch in die richtige Richtung gelenkt und gestützt werden. Konzentration auf die Kernaufgaben der Angehörigen des gehobenen Dienstes und das Abgeben von Hilfstätigkeiten der Medizin sind zentrale Veränderungen um die Potenziale der Einzelnen zu fördern und zu nutzen. Dass das Nahverhältnis zur Medizin besteht ist unumstritten und auch wichtig für die Kompetenz der Pflege (vgl. Rappold, Elisabeth; Rottenhofer, Ingrid in Käppeli 2011, S.64).

Die Kunst für die Zukunft liegt nicht in der Motivation der Pflegenden sich weiterbilden zu wollen, sondern in der Kunst sie in diesem anspruchsvollen Beruf zu halten, und junge Menschen zu erreichen und sie für diese schöne Arbeit begeistern zu können, damit die pflegerische Versorgung in Österreich bestehen bleibt.

Als passender Abschluss findet hier eine Aussage von Hilde Steppe ihren Platz:

„Die Pflege der Vergangenheit hat das ihr Mögliche für die damalige Zeit getan – die Pflege heute ist bereit, sich den Anforderungen der Zukunft zu stellen. Allerdings braucht sie dafür auch die Solidarität und Unterstützung der anderen, die diese Veränderungen genauso betreten. Wir haben uns eingelassen auf den oft schmerzhaften Prozess einer Veränderung von inhaltlichen Normen und Werten, weil wir der Meinung waren, dass diese notwendig war und den heutigen Realitäten und Anforderungen entspricht – wir fordern und erwarten allerdings noch mehr an Unterstützung, als wir sie bislang feststellen konnten. Pflege war, ist und bleibt hoffentlich ein zentraler Bestandteil unseres Gesundheitswesens – und für uns als Angehörige dieses Berufes ist es allerhöchste Zeit, dies sichtbar und deutlich zu machen“ (Steppe, Hilde in Kozon, Seidl 2002, S. 153).

5. RESÜMEE

Trotz zunehmender Professionalisierung der Pflegeberufe ist die tatsächliche Leistung im Versorgungssystem noch immer nicht genügend anerkannt. Anders als vor 100 Jahren sind Pflegekräfte heute ein wesentlicher Faktor des Arbeitsmarktes. Trotzdem fürchtet der Vorsitzende der Vereinigung der österreichischen Pflegedirektion, Karl Schwaiger, einen Mangel an Pflegekräften. Der demografische Wandel führt zu einer vermehrten Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung. Dazu kommt eine Pensionierungswelle der Pflegekräfte, die sich bis 2016 zuspitzen wird. Die Nachbestückung von ausgebildeten Fachkräften muss gesichert werden.

Es wird aber nicht genug Werbung gemacht und Initiativen gestartet, um den Pflegeberuf interessant zu machen. Darüber hinaus fehlt die leistungsgerechte Entlohnung der Ausführenden, jedoch steigt die Leistungsverdichtung am Arbeitsplatz an.

Umsetzungsschritte am Ausbildungssektor lassen auch noch zu wünschen übrig. Ansätze der Bologna-Architektur wurden gestartet. Die ersten Bachelor- und Magisterabsolventinnen an der UMIT in Wien haben ihre Urkunden 2011 erhalten. Eine einheitliche Übergreifung auf ganz Österreich in allen Ausbildungsstätten der Pflege besteht noch nicht. Europaweit wurde die Grundausbildung auf Bachelorniveau angehoben, das aber nicht heißt, dass die Ausbildung eine andere ist. Zentrale Lehrthemen sind ident, nur die Abschlussbenennung wurde geändert. Die Bildungslandschaft muss noch reorganisiert und entsprechend angepasst werden. Das Ziel durch diese Akademisierung ist, einheitliche Gesundheitsmanager auszubilden. Zurzeit gibt es zu viele unterschiedlich qualifizierte Pflegepersonen. Fachexpertise, die angestrebt werden, um der Zukunft gerüstet begegnen zu können, müssen erst auf politischen Boden ausdiskutiert werden. Berufspolitische Entscheidungspartner könnten dies dem Gesundheitswesen bewusst machen und den Bedarf an Adaptierung in vielen Themen der Pflege besprechen. Dazu würde eine Pflegekammer dienen. Interessen der Pflegenden vertreten und Verbesserungen hervorbringen. Verbände bemühen sich um ein Ohr in der Politiklandschaft und fordern Hilfe der ausführenden Pflegekräfte in Hinsicht einer Registrierung, um mit der zentral erfassten Zahl der Pflegenden, das Ausmaß der Notwendigkeit argumentieren zu können.

Die Forschungsfrage, ob eine standespolitische Vertretung der Pflege relevant ist, wird mit einem klaren „JA“ beantwortet.

Aus der Exkursion in die Vergangenheit lässt sich erkennen, dass jede Veränderung seine Zeit benötigt hat, doch Österreich muss sich beeilen, die Rahmenbedingungen von diesem interessanten, erfüllenden Beruf anzupassen, damit in der Zukunft die Zahl der Pflegenden wieder ansteigt, und somit eine optimale Pflege der Menschen die Pflege benötigen gegeben ist.

Als Abschluss ein Zitat von Antoine de Saint Exupéry:

„Es kommt nicht darauf an, die Zukunft vorauszusagen, sondern sie zu ermöglichen.“

LITERATURVERZEICHNIS

Allmer, Franz: Initiative für Pflegekammer. In: pro care, 01-02/2010, S. 5.

Allmer, Franz: Gesetzlich legitimierte berufliche Interessensvertretung für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Österreich. In: pflegenetz, 02/10, S. 4, 5.

Bauer, Ullrich, Büscher, Andreas (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, 1. Auflage, Wiesbaden, VS Verlag 2008.

Dames, Peter; Ebel, Bernd; Mylius, Georg: Masterabschlüsse: Den Überblick im Angebots- Dschungel nicht verlieren. In: KU spezial Gesundheitsmanagement Nr. 1, Februar 2012, S. 14 – 17.

Ecker, Christine: pflegekammer – eine notwendigkeit für unseren berufsstand! In: Österreichische Pflegezeitschrift, 01/06, S. 11 - 13.

Fally, Margit: Gesundheit und Pflegekräfte - Ein Beitrag aus arbeitspsychologischer Sicht. In: Österreichische Pflegezeitschrift, 02/2012, S. 13, 14.

Juchems, Stefan: Auf dem Weg zur Gesundheitskammer? In: pflegenetz, 02/11, S. 30, 31.

Käppeli, Silvia (Hrsg.): Pflegewissenschaft in der Praxis: Eine kritische Reflexion, 1. Auflage, Bern, Verlag Hans Huber 2011.

Kozon, Vlastimil; Fortner, Norbert (Hrsg.): Bildung und Professionalisierung in der Pflege, Wien, ÖGVP – Österr. Ges. für Vaskuläre Pflege, 1999.

Kozon, Vlastimil; Seidl, Elisabeth (Hrsg.): Pflegewissenschaft – der Gesundheit verpflichtet, Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 2002.

Matolycz, Esther: Empathie und Wertschätzung. Oder sind wir warmherzig? Rogers reloaded. In: pflegenetz, 02/10, S. 26, 27.

Pilz, Sigrid; Wallner, Stefan: Geld pflegt nicht! Eine Ermutigung zur Stärkung von Vernetzung und politischer Beteiligung in der Pflege. In: pflegenetz, 02/2011, S. 4 – 7.

Rappold, Elisabeth: Österreichs Pflege in Bewegung? In: Pflege 2008; 21, S. 147, 148.

Rieder, Kerstin: Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst: Belastungen in der Krankenpflege, München, Weinheim, Juventa Verlag 1999.

Roenneberg, Till: „Gegen den Rhythmus aufzustehen ist für unseren Körper ein Gau!“ In: P.M. Perspektive, 1/2012, S. 31.

Schwaiger, Karl: „Zukunft – Pflege – Österreich“ Mit positivem Pflege-Image und positiver Image-Pflege dem drohenden Mangel in der Pflegeversorgung in Österreich begegnen. In: pflegenetz, 04/10, S. 4 – 6.

Seidl, Elisabeth; Walter, Ilsemarie (Hrsg.): Rückblick für die Zukunft: Beiträge zur historischen Pflegeforschung, Wien, Verlag für medizinische Wissenschaft Wilhelm Maudrich 1998.

Seidler, Eduard; Leven, Karl-Heinz: Geschichte der Medizin und der Krankenpflege, 7. Auflage, Stuttgart, Kohlhammer 2003.

Taubert, Johanna: Pflege auf dem Weg zu neuem Selbstverständnis: Berufliche Entwicklung zwischen Diakonie und Patientenorientierung, 2. Auflage, Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag 1994.

Thielhorn, Ulrike: Zum Verhältnis von Pflege und Medizin, 1. Auflage, Stuttgart, Kohlhammer 1999.

<http://www.oegkv.at/wir-ueber-uns/chronik/1945-1954.html> 20.01.2012

<http://www.oegkv.at/wir-ueber-uns/aufgaben-ziele.html> 20.01.2012

