



universität
wien

Diplomarbeit

Die Rolle des Nationalen Berufsverbandes für die Professionalisierung der Pflege

Verfasserin
Franziska Jank

angestrebter akademischer Grad
Magistra (Mag.)

Wien, Mai 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuer: Univ.-Doz. Dr. Vlastimil KOZON PhD.

Inhaltsverzeichnis

0. ZUSAMMENFASSUNG/ABSTRACT.....	1
1. EINLEITUNG	5
2. DIE ANFÄNGE DER PROFESSIONALISIERUNGSDEBATTE	6
2.1. Die Professionalisierung der Berufe in Europa	7
2.2. Versuche der Professionalisierungsdefinitionen	8
2.2.1. Professionalisierungsdefinition nach Hesse	9
2.2.2. Professionalisierungsdefinition nach Hartmann	10
2.3. Professionsansätze	11
2.3.1. Die indikatorisch-merkmalstheoretische Position.....	11
2.3.2. Die funktionalistische Position	13
2.3.3. Die machttheoretische Position.....	13
2.3.4. Die interaktionstheoretische Position	14
2.4. Differenzierung der Professionen.....	14
2.4.1. Semiprofession	15
2.4.2. Deprofessionalisierung	16
2.5. Der Professionalisierungsweg der Pflege.....	18
2.5.1. Professionalisierung der Pflege – wozu?.....	19
2.5.2. Problematik des Professionalisierungsweges der Pflege.....	20
2.5.3. Professionalisierung der Pflege – Emanzipierung	21
2.5.4. Das Spannungsfeld Pflege und Medizin.....	22
2.5.5. Berufsverbände und die Professionalisierung	25
2.6. Handlungsfelder der Pflege.....	26
2.6.1. Professionelles Handeln in der Pflege	27
2.6.2. Professionalisierung des pflegerischen Fachwissens.....	29
2.6.3. Professionalisierung durch die Pflegewissenschaft	30
3. VERTRETUNGEN DER PFLEGE IN ÖSTERREICH	32
3.1. Berufsverbände der Pflege von 1898 bis 1950.....	32
3.1.1. Berufsverbände der Pflege zu Beginn des 19. Jahrhunderts	34
3.1.2. Berufsverbände von 1933 bis 1938.....	35
3.2. Interessensvertretungen der Pflege heute.....	36
3.2.1. Gesetzliche Interessensvertretungen	36
3.2.2. Freiwillige Interessensvertretungen und Berufsverbände	37
4. DER ÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGEVERBAND.....	38
4.1. Die Verbandsgeschichte des ÖGKV und seine Präsidentinnen	39
4.1.1. Vorgeschichte des heutigen ÖGKV	40
4.1.2. Die Gründung des Vereins 1933	40
4.1.3. Aktivitäten seit Präsidentin Hedwig Birkner 1933-1938.....	42
4.1.3.1. Aus- und Fortbildung.....	43

4.1.3.2. Internationale Netzwerke	43
4.1.3.3. Verbandszeitschrift	45
Exkurs: Hedwig Birkner vormals Christine Brzezina	46
4.1.4. Schwierige Zeiten – Eingliederung in den Ständestaat	49
4.1.5. Die Nachkriegszeit und Lilli Petschnigg 1947	51
4.1.4.1. Wirken und Tätigkeiten Petschniggs	52
4.1.6. Neugründung des Vereins 1948 - Der Aufschwung	55
4.1.7. Aktivitäten seit Marie Therese Strobl 1948 - 1965	56
4.1.7.1. Aus- und Fortbildung	57
4.1.7.2. Internationale Tätigkeiten	58
4.1.7.3. Nationale Tätigkeiten	58
4.1.7.4. Verbandszeitschrift	60
4.1.8. Aktivitäten seit Friederike Dittrich 1970-1985	61
4.1.4.1. Aus- und Fortbildungen	62
4.1.4.2. Internationales	62
4.1.4.3. Nationale Verbandsarbeit	63
4.2. Der ÖGKV im 21. Jahrhundert und Ursula Frohner	65
4.2.1. Aufgaben und Ziele	66
4.2.2. Leistungen für ÖGKV Mitglieder	68
4.3. Netzwerke und Mitgliedschaften des ÖGKV	69
4.3.1. International Council of Nurses (ICN)	72
4.3.2. European Federation of Nurses Associations (EFN)	73
4.3.3. European Nurse Directors Association (ENDA)	74
4.3.4. Workgroup of European Nurse Researchers (WENR)	75
4.3.5. Österreichische Pflegekonferenz (ÖPK)	75
4.3.6. Gesundheitsberufekonferenz (GBK)	76
5. WEITERE SCHRITTE ZUR PROFESSIONALISIERUNG DER PFLEGE	78
5.1. Registrierung der Pflegeberufe	78
5.1.1. Die Registrierung im Ländervergleich der Europäischen Union	80
5.1.2. Datenbedarf für Gesundheits- und Angebotsplanung	81
5.1.2. Argumente für die Registrierung von Pflegeberufen	82
5.1.4. ÖGKV und die Freiwillige Registrierung der Pflegeberufe	82
5.2. Die Pflegekammer	84
5.2.1. Bürgerinitiative Pflegekammer in Österreich	85
5.2.2. Pflegekammerdiskussion in Deutschland	86
5.2.3. Aufgaben einer Pflegekammer	87
6. DISKUSSION	91
6.1. Die Rolle des Berufsverbandes	91
6.2. Schritte zur Professionalisierung der Pflege	96
7. SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK	101
8. LITERATURVERZEICHNIS	103
9. ANHANG	110

9.1. Schreiben an die Universitätsbibliothek 1936.....	110
9.2. Brief der Vereinigung d. dip. Krankenschwestern und -pfleger 1947	111
9.3. Werberundschreiben für die Österreichische Pflegezeitschrift 1948.....	112
10. CURRICULUM VITAE	113

0. Zusammenfassung/Abstract

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Professionalisierung der Pflege und der Rolle des Nationalen Berufsverbandes für den Berufsstand der Pflege. Der Schwerpunkt wird auf den Werdegang des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV) und dessen Einsatz für die Professionalisierung der Pflege in Österreich gelegt.

Um den bestehenden und zukünftigen Anforderungen im Gesundheits- und Sozialwesen gerecht werden zu können, steht auch der Gesundheits- und Krankenpflegeberuf vor einer enormen Herausforderung. Dabei gilt es unter anderem auch weiterhin die Versorgungsqualität im Gesundheits- und Krankenpflegesektor gewährleisten zu können und demnach auch eine adäquate Lösung hinsichtlich der Etablierung und Positionierung des Pflegeberufes zu finden. Aufgrund der demografischen Entwicklung und des offensichtlichen Pflegenotstandes wird die Professionalisierung des Pflegeberufes in den nächsten Jahren weiterhin eine sehr prägnante, spannende und unausweichlich zu diskutierende Debatte sein.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Aufgaben und Intentionen des ÖGKV aufzuzeigen sowie dessen Stellungnahme und Einfluss hinsichtlich der Professionalisierung der Pflege in Österreich in verschiedenen Zeitetappen darzulegen. Ein weiteres Bestreben ist es aufzuzeigen, welche Schritte die Pflege in Österreich unternehmen muss, um sich als eigenständige Profession weiterentwickeln zu können. Insbesondere soll dieser Beitrag das Verständnis der Wichtigkeit der Berufsgruppen sowie die gesellschaftspolitische Bedeutung der professionellen Pflege hervorheben.

Die vorliegende Arbeit ist eine Literaturarbeit mit Einbezug von historischen Quellen. Hauptaugenmerk wird auf die Entwicklung des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes in Bezug auf die Professionalisierung des Krankenpflegeberufes gelegt. Damit verbunden ist auch die Informationssuche in den Archiven des ÖGKV und der damaligen Abteilung Pflegeforschung des IPG der Johannes Kepler Universität in Linz.

Resultat der Arbeit ist, dass der Pflegeberuf zu den zukunftssträchtigen Professionen gezählt werden kann. Probleme ergeben sich jedoch schon bei der Professionalisierungsdefinition selbst, da es in der berufssoziologischen Literatur mehrere Begriffsbestimmungen gibt. Bemerkenswert ist auch das Engagement des ÖGKV, der seit seiner Existenz für die Professionalisierung der Pflege in Österreich eintritt. Berufsverbände nehmen hinsichtlich der Professionalisierungsdebatte eine wichtige Rolle ein, da sie das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal fachlich vertreten und das Bewusstsein der Pflegepersonen stärken können. Letztendlich ist für die Etablierung des Pflegeberufes noch enorm viel Arbeit zu leisten, wobei eine fachlich kompetente Standesvertretung einen wesentlichen Beitrag leisten kann.

The thesis of this document is the “Austrian Nurses Association” the “Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband” (ÖGKV) and its part in the professionalization of the nurse profession. The main focus is the development of the institution and the organisational commitment for the nursing care in Austria.

Furthermore it is very important to secure the public health service and welfare of the Austrian population and to find an acceptable solution of the position and establishment of the professional nursing care. Nursing care is an essential service in healthcare systems but it's not organized globally as a prestigious job.

Due to the fact of demographic change and lack of nursing workforce, the issue of nursing professions in the coming few years will be critical. The need of high quality health care systems and patient safety is about to improve.

Main topic is, to show up the intention, responsibilities, representation and engagement of the ÖGKV for the professionalization of the Austrian nurses during the time. Another ambition is to pinpoint further steps which should be taken to force the professionalization. Particularly with regard to the importance of the nursing care in Austria and the standing of the professional healthcare nurse.

The present diploma thesis is a Literature review, which focuses on the historical development of the Austrian nursing association referring to the professionalization. This includes also searching in archives in the ÖGKV and in the former nursing researcher institution of the IPG of the Johannes Kepler University in Linz.

The outcome of this research is that the nursing care profession can be considered one of the most promising professions. Problems are given by the definition of the word profession itself cause of countless terminology in the literature of sociology. The professional association take a big part in questions of professionalization and show high engagement for the professions. Since existence of the “Austrian Nurses Association” (ÖGKV) he tries to develop the establishment and gives professionals advice to their co-worker. Above all they can alert the nursing workforce about their importance in health care systems and support them. Also they force strengthen nursing profession as well as to deliver better care to the clients.

Finally there is a lot of work to do in the matter of the establishment of the nurse profession in which a professional nursing association take up a very important part.

1. Einleitung

Angesichts der steigenden Lebenserwartung, der zunehmenden Anzahl an chronisch Erkrankten und die damit einhergehenden, hochschießenden, finanziellen Aufwendungen für das Gesundheitssystem, gewinnt eine professionell handelnde Pflege eine immer größere Bedeutung für die Gesellschaft und sozialpolitischen Entscheidungsträgern in Österreich. Möchte man in Zukunft den Versorgungsauftrag der Gesellschaft sicherstellen, müssen weitreichende Lösungen gefunden werden, die auch eine Aufwertung des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes einbeziehen. Unter anderem bedeutet dies auch, dass die Fachpflege in die gesundheits- und sozialpolitischen Diskussionen zu integrieren. Die Rolle des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes gegenüber anderen Berufssparten zu definieren und die Leistungen der Fachpflege in der österreichischen Gesellschaft vermehrt transparent und objektiv darzustellen, um gleichzeitig auch Prestige für den Pflegeberuf gewinnen zu können, sind wesentliche Schritte, die zur Professionalisierung der Pflege beitragen.

Auf dem Professionalisierungsweg der Pflege ist die Berufsgruppe mit einer Vielfalt von Problemen und Hürden konfrontiert. Übereinstimmung über den Professionsbegriff gibt es in der Soziologie bis heute nicht. Vielmehr existiert eine breite Palette von kontroversen Zugängen zum Phänomen Profession, welche die Ausgangslage äußerst komplex gestaltet. Parallel dazu ist eine fachlich kompetente Interessensvertretung für die Berufsgruppe der Pflege notwendig, um die Professionalisierungsbestrebungen anzukurbeln. Darüber hinaus kann eine fachlich kompetente Vertretung, wie beispielsweise in Form eines Berufsverbandes, die Politik zum Handeln auffordern, um kompetente Pflegeleistungen der österreichischen Gesellschaft weiterhin zukommen zu lassen. Diesbezüglich nimmt der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) eine wesentliche Rolle ein, dessen primärer Aufgabenbereich es ist, durch berufspolitische Bemühungen die zukünftigen Entwicklungen im Interesse der Bevölkerung sowie im Interesse des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes mitzugestalten. Die tägliche Auseinandersetzung, Berufsetablierungsziele der Pflege gegenüber anderen Einrichtungen zu positionieren bzw. zu behaupten, ist eine der Hauptaufgaben dieses Berufsverbandes. Unter anderem trägt er zur Bewusstseinsstärkung der Berufsgruppe bei und kann zum Professionalisierungsverständnis jeder einzelnen Pflegeperson bedeutend beitragen.

Aufgrund der Präsenz und Sensibilität der Professionalisierungsdiskussion der Pflege, ist es wichtig diese zu thematisieren. Die Aufwertung der Pflege ist eine Herausforderung, die es in nächster Zeit in der Gesundheits- und Krankenpflege zu bewältigen gilt.

2. Die Anfänge der Professionalisierungsdebatte

In der Berufs- und speziellen Professionssoziologie besteht keineswegs Einigkeit darüber, was Professionen auszeichnet, wie sich die klassischen Professionen herausgebildet haben und welche Berufe professionalisierungsbedürftig und professionalisierbar sind (vgl. Kälble, 2005, S. 34). Einen Konsens zu finden erscheint nicht möglich. Vielmehr gibt es eine ganze Reihe unterschiedlicher Ansätze, die Begriffe wie die Profession, die Professionalisierung oder professionell beschreiben, definieren, erklären oder mit Theorien der Gesellschaft und der gesellschaftlichen Entwicklung in Beziehung zu setzen versuchen (vgl. Gerlach, 2005, S. 78).

Die wissenschaftliche Professionalisierungsdebatte war lange Zeit eine ausschließlich anglo- amerikanische Domäne (vgl. Kurtz, 2002, S. 49-50). Sie begann in den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts im anglo- amerikanischen Raum mit den wissenschaftlichen Arbeiten von Carr-Sounders/Wilson (1933) und Parson (1939) (vgl. Veit, 2004, S. 13). Nur sehr wenige Professionen wurden in dieser Zeit in den USA als solche anerkannt. Als die drei klassischen Professionen galten damals die Tätigkeiten des Arztes, des Richters und unter der Voraussetzung einer akademischen Ausbildung, die des Geistlichen. Bis heute ist es diesen drei Professionen gelungen, als Modell für die Bestimmung des Professionsbegriffes zu dienen. Erst viel später wurden einige Ingenieurberufe mit ebenfalls spezialisiertem Fachwissen, ähnlicher Macht und hohem Prestige in der Gesellschaft hinzugefügt, indem bestimmte Kriterien zur Bestimmung von Professionen von ihnen abgeleitet wurden (vgl. Veit, 2004, S. 15). Um zu den damaligen Professionen gezählt zu werden, mussten laut Veit folgende entscheidende Kriterien erfüllt werden:

- wissenschaftliche Ausbildung
- die Existenz von Berufsständen
- das Ausmaß der Selbst- oder Fremdsteuerung (vgl. Veit, 2004, S. 15).

Carr- Saunders/Wilsson (1933) lieferten die erste umfangreiche Arbeit zu diesem Themengebiet und sahen die Professionalisierung als einen Prozess, an dessen Endpunkt die Profession steht, die durch bestimmte Merkmale gekennzeichnet ist.

Als Kernstück dieses Prozesses werden die Entwicklung von Expertisen und die Organisation von gesellschaftlich autonomen Standesorganisationen genannt (vgl. Carr-Saunders/Wilsson, 1933, zit. n. Veit, 2004, S. 13).

Viele Berufssparten versuchten nach der Wirtschaftskrise den Status einer Profession zu erlangen und sich somit ein Berufsmonopol zu schaffen. Zur damaligen Zeit galt Professionalisierung als Zauberwort, um wirtschaftliche Sicherheit zu erlangen und Anerkennung in der Gesellschaft zu erreichen. Auf fundierte Ausbildung sowie die Institutionalisierung beruflicher Qualifikationen kam es in den USA in diesem Jahrhundert nur wenig an. Im Gegensatz dazu war es wichtiger, den Nachweis der Unentbehrlichkeit dieser Berufe für die Gesellschaft erbringen zu können (vgl. Veit, 2004, S. 15).

2.1. Die Professionalisierung der Berufe in Europa

Anfang des 19. Jahrhunderts verstand man in Deutschland unter dem Begriff Profession einen Beruf, mit dem eine Person ihren Lebensunterhalt verdiente. Dabei wurde nicht zwischen manueller und geistiger Tätigkeit unterschieden (vgl. Veit, 2004, S. 13). Der Höhepunkt der Professionalisierungsdebatte und somit auch die wirkliche Auseinandersetzung mit dem Professionalisierungsbegriff im deutschsprachigen Raum wurde in den 1960er Jahren durch die Arbeiten von Daheim (1967), Hesse (1968) und Kairat (1969) erreicht. Dabei wurden zumeist Professionalisierungskonzepte aus den USA und England durch relativ kritiklose Rezeption übernommen (vgl. Veit, 2004, S. 13). In dieser Zeit entstanden unzählige Definitionen für die Professionalisierung und was darunter verstanden werden konnte (vgl. Veit, 2004, S. 14). Daheim, Hartmann sowie Kairat gehen in ihren Werken davon aus, dass die Professionalisierung als einen Vorgang der zu einer Profession hinführt, bezeichnet werden kann. Somit kann man die Professionalisierung als einen dynamischen Prozess mit fließendem Übergang verstehen (vgl. Hesse, 1972, S. 84).

Nach wie vor, ist der Professionalisierungsbegriff bis heute im wissenschaftlichen Sprachgebrauch nicht einheitlich, sondern eher unklar definiert. Fragen nach der Auszeichnung oder Professionalisierbarkeit einer Profession werden unter den WissenschaftlerInnen immer wieder aufs Neue hinterfragt.

2.2. Versuche der Professionalisierungsdefinitionen

Für die Begriffe Profession und Professionalisierung lassen sich zahlreiche Definitionen finden, welche aus unterschiedlichen theoretischen Perspektiven betrachtet werden können.

Veit (2004) liefert in ihrem Werk *„Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege“* eine umfassende Aufzählung über Professionalisierungsansichten von diversen TheoretikerInnen. Unter anderem führt sie auch die Definition von Meyers Lexikon (1987) an welche die vier Einzelbegriffe „Professional“, „Professionalisierung“, „Professor“ und „Profi“ behandelt, deren Bezug zueinander im Lexikon jedoch nicht erklärt wird. Laut Veit versteht das Lexikon unter dem Begriff Professionalisierung *„das Ordnen und Zusammenfassen neuer Tätigkeiten zu gesellschaftlich anerkannten Berufen oder weitere Spezialisierung, Verwissenschaftlichung und ausbildungsmäßige Präzisierung von bereits bekannten Berufen“* (Veit, 2004, S. 14). Unklar dabei bleiben laut Veit die Charakteristika, welche den Professionalisierungsbegriff kennzeichnen (vgl. Veit, 2004, S. 14).

Im Lexikon der Soziologie (2007) wird die Professionalisierung wie folgt beschrieben:

„Die Spezialisierung und Verwissenschaftlichung von Berufspositionen aufgrund gesteigener Anforderungen an das für die Berufsausübung erforderliche Fachwissen, verbunden mit einer Höherqualifizierung der Berufsausbildung, der Einrichtung formalisierter Studiengänge, einer Kontrolle der Berufsqualifikation und des Berufszuganges durch Fachprüfungen, der Organisation der Berufsangehörigen in besonderen Berufsverbänden, der Kodifizierung berufsethischer Normen, der Zunahme universeller Leistungsorientierung und beruflicher Autonomie sowie einer Steigerung von Berufsprestige und Einkommen“ (Fuchs-Heinritz et. al., 2007, S.514).

Laut Veit reicht die Bandbreite der Tätigkeiten, die im Alltag als professionell bezeichnet werden, von klassischen Professionen über hochqualifizierte Spezialkenntnisse und geschickt ausgeführte handwerkliche Tätigkeiten bis hinzu Arbeiten, die auch nebenbei betrieben werden können (vgl. Veit, 2004, S. 14).

2.2.1. Professionalisierungsdefinition nach Hesse

Mit seinem Buch *„Wandel der Berufe“* ist Hans Albrecht Hesse (1968) in den 1970er einer der bedeutendsten Vertreter der Professionssoziologie im deutschsprachigen Raum geworden. In seinem Werk lehnt er sich stark an die amerikanische Professionsdiskussion an und arbeitet Begriffe der englisch-amerikanischen Literatur auf.

Er setzt sich mit dem Begriff „professionalization“ auseinander, welcher seiner Meinung nach die Umwandlung eines einfachen Berufes in eine qualifizierte Profession ist. Dabei kommt es dazu, dass die Zahl der Professionen gegenüber den normalen Berufen schneller zunimmt. Für die Wissenschaft bedeutet dies eine Umwandlung von der rein theoretischen Wissenschaft zu mehr handlungsbezogenen Tätigkeiten (vgl. Veit, 2004, S. 15). Daher bezeichnet Hesse die Professionalisierung als die Weiterentwicklung eines Berufes zur Profession. Voraussetzung dafür ist aber, dass bestimmte Merkmale erfüllt werden müssen (vgl. Hesse, 1968, zit. n. Veit, 2004, S. 23).

Professionalisierung nach Hesse *„(...) soll uns jeder Prozeß heißen, der zur Entstehung eines Berufes führt, welcher Gruppe oder Schicht oder Familie von Berufen er auch immer angehören mag“* (Hesse, 1968, S. 92).

Professionalisierung existiert im Sinne von Hesse nicht als feststehende Größe, sondern wird als ein dynamischer Prozess verstanden. Dabei geht es darum zu bestimmen, welche Berufe am Anfang dieses Prozesses stehen und welche sich einem gewissen Abschluss nähern. Als Ziel des Professionalisierungsweges nennt er die Sicherung bzw. Steigerung der Erwerbs- und Versorgungschancen, der Prestige Chance und der Autoritätschance (vgl. Hesse, 1968, S. 45).

Unter Profession versteht Hesse *„(...) ein überkommenes Handlungsbündel, das vor anderen ausgezeichnet ist durch eine typische Kombination zumeist monopolisierter Chancen auf spezifische, überwiegend nicht-manuelle Arbeit mit überdurchschnittlichen Erwerbschancen, überdurchschnittlichen Qualifikationserwartungen“* (Hesse, 1968, S. 69).

Laut Veit achtet Hesse nicht darauf, ob sich ein Beruf überhaupt professionalisieren lässt. Professionalisierung laut Hesse geht sehr weit und verlässt die Ebene der akademischen Berufe. Grundsätzlich lassen sich laut Hesse prinzipiell alle beruflichen Tätigkeiten professionalisieren (vgl. Veit, 2004, S. 23).

2.2.2. Professionalisierungsdefinition nach Hartmann

Hartmann nimmt die entscheidende Korrektur bei der vorhergehenden Professionstheorie von Hesse vor, indem er neben dem spezialisierten Fachwissen die soziale Orientierung von Professionen hinzufügt. Demnach zeichnet sich eine Profession durch das Handeln für das Allgemeinwohl und der Beschäftigung mit menschlichen Fragen aus. Durch das Professionsmerkmal „soziale Orientierung“ wird die Zahl der professionellen Tätigkeiten somit wieder eingeschränkt. Nur eine Spezialisierung des fachlichen Wissens ist nicht ausreichend um als Profession zu gelten. Anders ausgedrückt ist die soziale Orientierung bzw. die Beschäftigung mit menschliche Problemlösungen ein Muss für jede Profession (vgl. Veit, 2004, S. 23-24).

Um ein besseres Verständnis für Hartmanns Professionstheorie zu gewinnen, soll die folgende Abbildung Hilfe verschaffen.

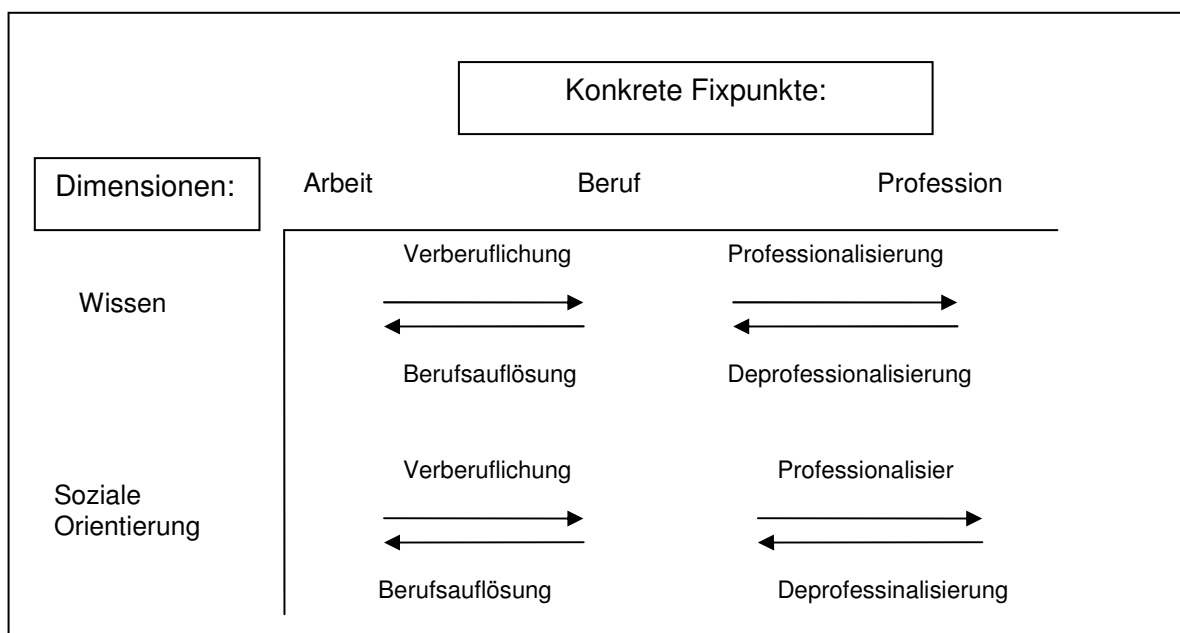


Abbildung 1: Verberuflichung, Professionalisierung und ihre Gegenprozesse (Hartmann, 1972, S. 43).

Wie aus der obigen Skizze ersichtlich ist, unterscheidet Hartmann in seinem Ansatz die Begriffe Arbeit, Beruf und Profession voneinander. Dabei bezeichnet er den Übergang von einer einfachen Tätigkeit zu einem Beruf als Verberuflichung, während der Übergang vom Beruf zur Profession als Professionalisierung bezeichnet wird.

Ersichtliche Grenzen zwischen diesen Prozessen werden nicht erklärt. Daher bleibt es oft unklar, ob eine Tätigkeit noch dem Bereich der Berufe zuzurechnen ist oder ob es sich schon um eine Profession handelt. Des Weiteren ist Hartman der Ansicht, dass sich der

Verberuflichungs- bzw. Professionalisierungsprozess auf der Ebene des „Wissens“ sowie der „sozialen Orientierung“ bildet (vgl. Veit, 2004, S. 17).

Professionalisierung laut Hartmann bedeutet demnach *„die Veränderung von einer einigermaßen ausgeprägten zu einer besonders starken Systematik des Wissens und die Ausweitung der sozialen Orientierung vom Mittelmaß zur Kollektivitätsorientierung“* (Hartmann, 1972, S. 40-41).

Um die Professionalisierung vorantreiben zu können, benötigt es laut Hartmann den Aufbau exzellenten Fachwissens bei gleichzeitiger Orientierung an den Bedürfnissen und dem Wohle der Gesellschaft. Durch die verstärkte Ausrichtung auf die Gesellschaft werden die beruflichen Leistungen von der Gesellschaft automatisch vermehrt wahrgenommen und somit kommt es gleichzeitig zur Einstufung des Berufes durch die Gesellschaft (vgl. Hartmann, 1972, S. 41-42).

Laut Veit nennt Hartmann in seinem Ansatz keine Fixpunkte in der Zuordnung von Arbeit über Beruf oder Profession, sondern nimmt ein Kontinuum an. Er beabsichtigt damit eine Auflockerung der starren Zuordnung von Tätigkeiten in seinen Kategorien (vgl. Hartmann, 1972, zit. n. Veit, 2004, S. 18). Hartmann erwähnt ferner, dass die Prozessschritte, die bis zur Professionalisierung hinreichen, wieder rückläufig werden können und daher auch eine Umkehrbewegung möglich wäre. Anders ausgedrückt kann hier von einer Deprofessionalisierung gesprochen werden (vgl. Hartmann, 1972, S. 42).

2.3. Professionsansätze

In der Professionalisierungsdiskussion kann grundsätzlich zwischen vier Ansätzen unterschieden werden. Diese sind die indikatorische-merkmalstheoretische Position, die funktionalistische Position, die machttheoretische Position und die interaktionstheoretische Position.

2.3.1. Die indikatorisch-merkmalstheoretische Position

Der merkmalsorientierte Ansatz ist, wenn es um die Beschreibung einer Profession geht, der am häufigsten gebrauchte. Dabei müssen Kriterien bzw. Merkmale festgelegt und erfüllt werden, um eine berufliche Tätigkeit einer Profession zuzuschreiben. Eine Möglichkeit, um Professionen von Nicht-Professionen zu unterscheiden, wäre gemeinsame Merkmale zu finden (vgl. Veit, 2004, S. 24-25).

Die wichtigsten Merkmale die in der Literatur von Hesse gefunden wurden, sind folgende:

- *„Kunstfertigkeit beruht auf langandauernde, theoretisch fundierte Spezialausbildung – sie ist überwiegend nicht manuell.*
- *Die Berufsangehörigen sind in ihrer Praxis an bestimmte Verhaltensregeln gebunden*
- *Organisation in einem Berufsverband mit weitgehender Selbstverwaltung und Disziplinargewalt*
- *Die Arbeit der Berufsangehörigen ist ein Dienst an der Allgemeinheit, sie dient dem öffentlichen Wohl, der Stabilität der Gesellschaft und weniger der Befriedigung privater Interessen der Berufsangehörigen.*
- *Berufstätigkeit ist altruistisch, nicht egoistisch motiviert.*
- *Aufnahme der Berufstätigkeit setzt das Bestehen einer Prüfung voraus, die weitgehend in Händen des Berufsverbandes liegt.*
- *Die Berufsangehörigen gelten als Experten und genießen weitgehende persönliche und sachliche Entscheidungs- und Gestaltungsfreiheit“ (Hesse, 1968, S. 46).*

Vor allem entscheidet die Erfüllung dieser Merkmale ob die Tätigkeit eine Profession ist oder nicht. Folgende Fragen sind laut Veit (2004) bei der merkmalsorientierten Herangehensweise an die Professionalisierungsbeurteilung zu stellen:

- *„Müssen alle Kriterien erfüllt sein oder genügen einzelne, wenn ja, welche sind dann wichtiger als die andere?*
- *Sind die Faktoren voneinander unabhängig oder bestehen Wechselwirkungen?*
- *Hat zum Beispiel das Niveau der Ausbildung Einfluss auf das gesellschaftliche Ansehen eines Berufes und umgekehrt?“ (Veit, 2004, S. 26).*

Die Literatur liefert diesbezüglich keine befriedigende Antwort und auch der Versuch eine Profession anhand von Merkmalen zu beschreiben, hat bis heute noch zu keiner Übereinstimmung geführt (vgl. Veit, 2004, S. 26).

2.3.2. Die funktionalistische Position

Die funktionalistische Position basiert auf zwei Dimensionen, welche sich durch die Wissensdimension und der Sozialorientierung beschreiben lassen. Dabei wird Wissen erworben und durch wissenschaftliche Entwicklungen wiederum ausdifferenziert, wodurch es zur rationalen Systematisierung von Wissen kommt. Hinzu kommt die zweite Dimension, die gleichzeitig eine verstärkte Ausrichtung auf die Gesellschaft bedeutet und soziologische Veränderungen für diese erbracht werden (vgl. Kellnhauser, 1999, S. 52). Diesen Ansatz verfolgt unter anderem auch Wilensky, der sich in seinem Werk „*Jeder Beruf eine Profession?*“ gegen die These wendet, dass Professionalisierung ein Phänomen ist, das jeden Beruf betrifft. Er stellt einen Prozesscharakter des Professionalisierungsverlaufs auf und zählt dabei fünf notwendige nacheinander zu folgende Schritte auf.

- 1.) Zusammenfassung der Berufsfunktionen zu einem Hauptberuf.
- 2.) Die Einrichtung adäquater Ausbildungsstätten, auf welche Berufsangehörige oder Berufsorganisationen drängen.
- 3.) Die Gründung beruflicher Organisationen bzw. Berufsverbänden.
- 4.) Tätigkeitsbereich und Berufsethik durch Gesetz sichern. Die Bedeutung des Berufes für die Gesellschaft hervorheben und politisches Lobbying für den Beruf unternehmen. Diplomierung und Lizenzierung werden angestrebt und Berufsausübung durch Unbefugte wird bestraft.
- 5.) Formulierung einer Berufsethik die klar formulierte Regeln beinhaltet, um die KlientInnen zu schützen. Unqualifizierte Professionsangehörige eliminieren, um das Dienstideal zu schützen (vgl. Wilensky, 1972, S. 202-205).

2.3.3. Die machttheoretische Position

In der interaktionstheoretischen und machtkritischen Professionstheorie stellt man sich die Fragen wie sich eine professionelle Identität entwickelt, wie das Selbstbild und das Fremdbild von Professionen aussieht, wie es bestimmten Berufen gelingt, gesellschaftliche Anerkennung zu beanspruchen und wie Professionen im beruflichen Alltag ihre besondere Stellung vertreten und erhalten (vgl. Schmidbaur, 2002, S. 21).

Die Machttheoretische Position ist laut Weidner (1995) aus dem funktionalistischen Ansatz hervorgegangen. Hauptaugenmerk wird dabei auf gesellschaftliche Bedingungen und Konsequenzen gelegt (vgl. Weidner, 1995 a, S.47). Aufgrund von fehlender Alternativen ist die Gesellschaft auf die Leistungen der Professionellen angewiesen und

gewährt den ExpertInnen dieser Profession eine Vielzahl von Privilegien. Zugleich dient dieser Prozess der Professionalisierung und der Verfolgung monopolistischer Ziele (vgl. Kurtz, 2002, S. 53 -54). Der Kritikpunkt der an diese Position ausgesetzt werden kann ist, dass es nur aufgrund der vorhandenen Machtstellung der Professionen, zu Belohnungen oder Privilegien durch die Gesellschaft kommt und nicht aufgrund der Leistungen die erbracht wurden (vgl. Heinrich, 2006, S. 39).

2.3.4. Die interaktionstheoretische Position

Im Gegensatz zu den oben erwähnten Ansätzen, können sich nach interaktionstheoretische Ansicht, Professionen aus sich selbst heraus bilden. Dabei steht der theoretische Diskurs im Vordergrund. Die Wechselseitigkeit zwischen Gesellschaft und Professionen werden in den Hintergrund gestellt und ausgeblendet (vgl. Weidner, 1995 a, S. 47). Diese Position bietet die Gelegenheit Aushandlungsprozesse einer Berufsgruppe im Professionalisierungsvorgang zu kennzeichnen. Des Weiteren schafft dieser Ansatz eine Grundlage, um die Interaktion zwischen professionell Handelnden und Laien zu beschreiben und fasst gleichzeitig handlungstheoretische Bezüge im handelnden Subjekt näher (vgl. Weidner, 1995 a, S. 48).

Laut Kellnhauser findet in dieser Position die Professionalisierung eines Berufes dann statt, wenn es zum Zusammenschluss von Gleichgesinnten kommt. Dabei kommt es auch zu innerberuflichen Veränderungen von Wissenswerten und Kompetenzen die nicht friktionsfrei verlaufen und Machtkämpfe mit sich bringen (vgl. Kellnhauser, 1999, S. 53). Hierbei kann festgestellt werden, dass sich dieser Ansatz vor allem den Problemen der Arbeit an Personen widmet, welche es zu lösen gilt.

2.4. Differenzierung der Professionen

Da man sich bis heute nicht darauf einigen konnte, ab wann eine Tätigkeit als Profession anzuerkennen ist, wurde es üblich, Professionen nach Gruppen mit verschiedenen Professionalisierungsgraden oder –stufen einzuordnen (vgl. Veit, 2004, S. 26).

Carr- Saunders (1955) unterscheiden nach dem Grad ihrer Professionalisierung vier Haupttypen von Professionen:

1. Established Professions: Diese sind die Idealtypen der Professionen, zu denen die Medizin, Recht und Theologie zählen.
2. New Professions: Zu diesen Professionen gehören vor allem die naturwissenschaftlichen Ingenieursberufe, zu deren Grundlage ein eigenständiges, wissenschaftliches Studium gehört.
3. Semi Professions: erwerben technische Kenntnisse und praktische Fähigkeiten in einer Berufsausbildung. Ein bestimmter Grad an abstraktem Wissen ist vorhanden.
4. Would be professions: verlangen keine exakten Techniken, sondern lediglich eine Vertrautheit mit bestimmten Tätigkeiten. In diese Kategorie gehören Verkäufer oder Vertreter (vgl. Veit, 2004, S. 28).

2.4.1. Semiprofession

Die wohl häufigste Differenzierung ist die der klassischen Professionen und die der Semiprofessionen. Der Begriff Semiprofession ist in die berufssoziologische Literatur erst Ende der 1960er- Jahre und mit nur mäßigem Interesse aufgenommen worden. Die Ebene der Semiprofession betrifft vor allem Berufssparten wie LehrerIn, Krankenpflegepersonal oder SozialarbeiterIn. Diese erfüllen nicht alle charakteristischen Merkmale, die eine Profession auszeichnen und bekommen nicht gleich viel berufliche Freiheiten und Unabhängigkeit wie die klassischen Professionen (vgl. Dewe, 1984, zit. n. Veit, 2004, S. 27).

„Sie haben eine kürzere Ausbildung, sie haben nicht die gleichen Rechte, Interessen ihrer Berufsgruppe und Standards ihres gemeinsamen Fachwissens in einer nach außen hin abgeschirmten Kommunikation zu regeln, ihr Fachwissen ist gegenüber anderem Fachwissen und Laienwissen weniger spezifisch abgegrenzt, kann also eher von dort kritisiert oder gar ersetzt werden, und die Semi-Professionen müssen insbesondere in ihrer Organisation ein höheres Maß an externer Kontrolle über ihre Arbeit akzeptieren“ (Otto und Dewe, 1984, S. 38-39).

Hierbei können die Schwächen des merkmalsorientierten Professionalisierungskonzeptes aufgezeigt werden, da nichts darüber ausgesagt wird, welche Merkmale von einer Semiprofession erfüllt werden müssen und welche nicht (vgl. Veit, 2004, S. 27-28).

Kellnhäuser sieht die Problematik vor allem im technisch-praktischen Wissen des Pflegeberufes, wodurch es zur Einstufung der Halbprofession kommt. Trotzdem führt sie

an, dass die Krankenpflege in mehreren Ländern teilweise akademisch ausgebildet und verfügbar ist und aufgrund dessen sowohl über spezialisiertes Wissen, als auch über technisch praktisches Wissen verfügt. Daher kann die Pflege weder der einen, noch der anderen Professionalisierungsgruppe eindeutig zugeordnet werden (vgl. Kellnhäuser, 1994, S. 46).

Schmidbauer (2002), setzt sich mit dem Professionalisierungsdiskurs im Zusammenhang der Geschlechter auseinander. Dabei erwähnt sie die Arbeit von Etzioni (1969), der vor allem zwischen dem Status von Semiprofessionen und dem Status der Frauen eine enge Beziehung sieht. Demnach ist die typische Profession männlich, hingegen die Semiprofession weiblich (vgl. Schmidbauer, 2002, S. 18).

Veit (2004) zur Folge ist die Definition von klaren Trennlinien der Phänomene Profession, Semi-Profession und Nicht-Profession nicht vorhanden. Abgestufte und trennbare Stadien lassen sich im Prozess der Professionalisierung nicht finden. Ihrer Meinung nach besteht der Lösungsweg darin, keine statischen Kategorien zu bilden, sondern die Entwicklungsrichtung des Berufs zu beobachten. Ihrer Meinung nach besteht der Lösungsweg darin, keine statischen Kategorien zu bilden, sondern die Entwicklungsrichtung des Berufs zu beobachten. Einerseits lässt sich dadurch eine Zunahme an Professionalität feststellen, andererseits kann es auch den Verlust eines erreichten Status bedeuten, was sich letztlich durch den Begriff Deprofessionalisierung beschreiben lässt (vgl. Veit, 2004, S. 28).

Kälble (2005) führt in seiner Arbeit Sütze (1996) an, welcher die Ansicht vertritt, dass einmal etablierte Professionen keine zeitunabhängigen, unveränderlichen Größen, sondern wandelbare Phänomene sind. Aufgrund des sozialen Wandels sind diese beeinflussbar und veränderbar und müssen immer wieder aufs Neue Probleme der Anpassung an die gesellschaftlichen Veränderungen bewältigen, wobei sie an Einfluss oder Unabhängigkeit verlieren können (vgl. Schütze, 1996, zit. n. Kälble, 2005, S. 34-35).

2.4.2. Deprofessionalisierung

Laut Hartmann ist die Deprofessionalisierung der Gegenprozess zur Professionalisierung, welcher durch den Verlust von systematischem Wissen durch Falsifikation etablierten Wissens stattfindet. Dieser Prozess kann auch in der Dimension der sozialen Orientierung einsetzen, in dem eine gesamtgesellschaftliche Ausrichtung auf vermehrtes Wirtschaftsbewusstsein minimiert wird (vgl. Hartmann, 1972, S. 42-43).

Fünf Aspekte, die laut Hartmann Deprofessionalisierung verursachen und begünstigen sind:

- 1.) Der Ersatz der Menschen durch Maschinen. Deprofessionalisierung wird demnach durch den Einsatz von Computern in der Arbeitswelt gefördert.
- 2.) Die Besetzung von Berufspositionen mit Hochschulabsolventen, die bisher von Personen ohne Hochschulabschluss begleitet wurden, führt nach Hartmann auch zur Deprofessionalisierung. Bisherige Positionsinhaber, welche ohne wissenschaftliche Ausbildung sind, werden verdrängt.
- 3.) Arbeitsteilung und Hierarchie reduzieren die fachliche Autonomie und Entscheidungsfreiheit von Professionsmitgliedern. Dies wirkt sich negativ auf ihre Entscheidungsfreiheit, ihre Identifikation mit dem eigenen Fach und ihrem Anspruch auf besonderes Sozialprestige aus.
- 4.) Kritik von Laien und der exklusiven Zuständigkeit der Experten für individuelle und gesellschaftliche Fragen führen zur Entmündigung und Einschränkung des Selbsthilfepotentials, welches den Deprofessionalisierungsprozess auslöst.
- 5.) Durch wissenschaftlichen Fortschritt kommt es zu einer Modifizierung und Weiterentwicklung bisheriger wissenschaftlicher Erkenntnisse. Dadurch entstehen Zweifel an der Richtigkeit der Expertenmeinung. So kommt es auch in der Öffentlichkeit zu Skepsis gegenüber fachlichem Wissen und Können (vgl. Veit, 2004, S. 29-30).

Martin Moers beschreibt in seinem Beitrag *„Pflegerwissenschaft: Die Bedeutung von Pflegestudiengänge für die Pflegeberufe“* die Tendenz der Deprofessionalisierung der Pflege und erwähnt diesbezüglich folgende Punkte:

- Der Skill mix beruflicher Pflegekräfte verschiebt sich zum Nachteil eben dieser. In der ambulanten Pflege sind zahlreiche gering qualifizierte Pflegekräfte tätig. Ähnlich gestaltet sich die Situation in der stationären Altenhilfe. Tendenziell kommt es zu einer Verlagerung von Arbeiten aus dem Pflegedienst zu geringer qualifizierten und günstigeren Kräften.
- Niedrige Entlohnung und ungünstig verlaufende Tarifverhandlungen lassen den Gesundheits- und Krankenpflegeberuf insbesondere für junge Menschen als nicht attraktiv erscheinen.
- Um die Aufgaben im Bereich der Pflege beibehalten zu können, muss sich diese gegenüber anderen Berufsgruppen, die in das Feld der Pflege eindringen, behaupten. Durch Entwicklung neuer Berufe und ihr Vordringen in

die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung werden Pflegeberufen zahlreiche interessante Aufgaben entzogen. Häufige Praxis ist, dass sich die SozialarbeiterInnen um die pflegerische Überleitung kümmern und die Wohnraumanpassung nach der Rehabilitationsmaßnahme von den ErgotherapeutInnen wahrgenommen wird. All dies führt zur Entleerung des pflegerischen Berufsfeldes (vgl. Moers, 2001, S. 75-76).

2.5. Der Professionalisierungsweg der Pflege

Gesellschaftliche Entwicklungsfaktoren und politische Prozesse eröffnen neue Herausforderungen, aber auch neue Chancen für den Pflegeberuf, sich zu modernisieren. Das Angebot an beruflicher Pflege muss vor allem mit Blick auf deren Qualifikation und Organisation, den sich ändernden gesellschaftlichen, politischen und ökonomischen Gegebenheiten anpassen (vgl. Gerlach, 2005, S. 71).

Die im öffentlichen Diskurs verwendete Formel der Veränderungen des Pflegeberufes lautet demnach immer wieder „Professionalisierung der Pflege“ (vgl. Gerlach, 2005, S. 72). In den letzten fünfzehn Jahren ist das Thema Professionalisierung in Verbindung mit der berufspolitischen Diskussion über die Pflege nicht mehr wegzudenken. Um auf die Aktualität hinzuweisen sind laut Anke Gerlach (2005) allein die Titel der Beiträge in verschiedensten Pflegefachzeitschriften mit den Begriffen „Professionalisierung“, „Profession“, „Professionalität“ und „professionell“ übersät (vgl. Gerlach, 2005, S. 77). In der Professionalisierungsdiskussion der Pflege wird vor allem auf die soziologischen Professionstheorien verwiesen (vgl. Gerlach, 2005, S. 79).

Aufgrund der aktuellen Entwicklungstendenz im Pflegeberuf und der Vielfalt an professions- und berufstheoretischen Ansätzen weiß Gerlach (2005) darauf hin, dass es wenig Sinn macht, von „der“ Professionalisierung der Pflege zu sprechen. Ihrer Meinung nach sollte jeweils der theoretische Bezugsrahmen angegeben werden, innerhalb dessen man Professionalisierung verortet (vgl. Gerlach, 2005, S. 78-79).

Der Professionalisierungsprozess der Krankenpflege kann generell als die Entwicklung der Pflege von einer unbezahlten Liebestätigkeit zum Heilhilfsberuf bis hin zu professionellen Tätigkeit beschrieben werden (vgl. Veit, 2004, S. 70).

Seit Beginn der 90er- Jahre hat im deutschsprachigen Raum das Streben nach der Professionalisierung des Pflegeberufes Einzug gehalten. Als Zielsetzung dieses Bestrebens nennt Heinrich (2006) die Steigerung der Pflegequalität, die Autonomie der Pflege und die Qualifizierung der Beschäftigten in der Pflege. Vor allem wird durch die Akademisierung der Pflegeberufe mit der Einrichtung der Studiengänge Pflegepädagogik,

Pflegemanagement und Pflegewissenschaften und der Begründung von Theorien und Konzepten versucht, diese neuen Anforderungen zu bewältigen (vgl. Heinrich, 2006, S. 38). Derzeit wird der Krankenpflegeberuf jedoch lediglich den Semiprofessionen zugeordnet (vgl. Weidner, 1995 b, S. 51).

Der Wunsch der Gesundheits- und Krankenpflege, sich von der Dominanz der Medizin zu befreien und auf die Bedeutung der Pflege als eigenständige Disziplin hinzuweisen, ist aber trotzdem vorhanden. Berufliche Autonomie und die Aufwertung krankenpflegerischer Arbeit sind weitreichende Ziele, die sich diese Berufssparte vorgenommen hat. Die Abgrenzung zu anderen Berufen sollte durch pflegerisches Expertenwissen sichergestellt werden und der Autonomieanspruch der Berufsgruppe für pflegerische Leistungen legitimiert werden. Außer Frage steht, dass die Pflege das Professionalisierungskriterium „*Dienst an der Gemeinschaft und für das öffentliche Wohl*“ weitreichend erfüllt (vgl. Veit, 2004, S. 67).

2.5.1. Professionalisierung der Pflege – wozu?

Der Professionalisierungsprozess in der Krankenpflege ist bemerkbar und unaufhaltsam geworden und von der Berufsgruppe selbst vorangetrieben. Dennoch wird der Sinn und Zweck der Professionalisierung der Pflege immer wieder hinterfragt. Aufgrund von gesellschaftliche Faktoren, wird dieser Prozess jedoch zusätzlich begünstigen und herbeiführen.

Die Robert Bosch Stiftung (1992) nennt folgende Faktoren, die eine Professionalisierung des Berufsstandes unterstreichen:

1. Aufgrund der demografischen Veränderung wird der Bedarf an sozialen Dienstleistungen steigen. Immer mehr ältere Menschen werden immer weniger jüngeren Menschen gegenüberstehen. Das traditionelle Familienbild wird in nächster Zukunft nicht mehr in der heutigen Form existieren und die Chance von Familienmitgliedern gepflegt zu werden, sinkt. Durch den Anstieg der Lebenserwartung werden Kinder pflegebedürftiger Eltern meist selbst schon das Rentenalter erreicht haben.
2. Die Verkleinerung der Haushalte reduziert die Möglichkeit, Hilfeleistung von Familienangehörigen im Haushalt zu bekommen.
3. Sinkende Kinderzahlen und steigende Berufstätigkeit der Frauen minimieren den Anteil an unentgeltlicher sozialer Arbeit.
4. Neben der demographischen Entwicklung verändert sich auch das Krankheitsbild der Gesellschaft. Durch Zunahme chronisch kranker, behinderter,

altersgebrechlicher und dementer Menschen wird der Bedarf an Krankenpflege enorm steigen (vgl. Veit, 2004, S. 72).

Diese gesellschaftlichen Entwicklungen können auch laut Kellnhauser weitreichende Auswirkungen auf den Professionalisierungsprozess der Gesundheits- und Krankenpflege haben und diesen möglicherweise begünstigen (vgl. Kellnhauser, 1994, S. 61).

2.5.2. Problematik des Professionalisierungsweges der Pflege

Auf dem Weg zur Professionalisierung der Pflege ist die Berufsgruppe mit einer Vielfalt von Problemen und Hürden konfrontiert.

Das grundlegende Problem beginnt bei der Begriffsauffassung der Professionalisierung in der Soziologie selbst. Bis heute gibt es keine Übereinstimmung darüber, was Professionen auszeichnen und wie sie zu dem geworden sind, was sie sind. Die Lage ist demnach äußerst komplex, da es innerhalb der soziologischen Professionsfelder kontroverse Zugänge zum Phänomen Profession gibt (vgl. Bollinger et al., 2005, S. 9).

Eine weitere Hürde ist, die Pflege als eigene Wissenschaft anzuerkennen und somit auch den Pflegeberuf als eigene Profession anzusehen.

Trotz erfolgreicher Professionalisierungsschritte in den letzten Jahren ist es noch nicht gelungen, die Pflege als Ganzes, insbesondere nicht die personenbezogene Pflege miteinzubeziehen. Faktum ist, dass Schritte wie die Akademisierung der Pflege, sowie der beginnende Verwissenschaftlichungsprozess alleine aber nicht ausreichen, um die Pflege als neue Profession im Gesundheitswesen durchzusetzen. Letztendlich ist noch enorm viel Professionalisierungsarbeit gegen das bestehende Machtmonopol der etablierten ärztlichen Profession zu leisten, um sich behaupten zu können. Historisch bedingt steht die Pflege nach wie vor in einem spezifischen Unterordnungsverhältnis zur ärztlichen Profession. Die Pflege muss sich aber nicht nur gegen die klassische Profession der Medizin, sondern zunehmend auch gegen andere Berufe behaupten, welche in das Feld der Pflege hineindrängen. Die Gewissheit, dass Pflege in steigendem Umfang von Laien und Angelernten durchgeführt wird, ist ein Umstand, der nur sehr schwer mit einem professionellen Anspruch oder Status zu vereinbaren ist (vgl. Kälble, 2005, S. 37-38).

Hinzu kommt ein nach wie vor geringes öffentliches Ansehen verbunden mit mangelndem, gesellschaftlichem guten Ruf. Bis heute ist es der Pflege noch nicht gelungen, gesellschaftlich ausreichend plausibel zu erklären, welches ihre spezifische Kompetenz und ihr spezifischer Beitrag für die Lösung der anstehenden Probleme einer wachsenden und komplexer werdenden Pflegebedürftigkeit ist. Alles in allem scheint es derzeit so, dass die Pflege und ihre Berufsverbände trotz erreichter Mitwirkung in

gesundheitpolitisch relevanten Gremien noch nicht stark genug sind, um berufliche Autonomie und Monopol in pflegerischen Aufgaben und Tätigkeiten durchzusetzen und den Staat somit zu entsprechenden Regelungen zu bewegen (vgl. Kälble, 2005, S. 46-47).

Eine weitere Schwierigkeit liegt in der dreijährigen Ausbildung des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals, die aufgrund mehrerer Ausbildungsstätten nicht wie in vergleichbaren Berufen im Dualen System erfolgt. Eine weitere Hürde sieht Kälble (2005) auch im eingesetzten Lehrpersonal, das in der schulischen Berufsausbildung eingesetzt wird und nicht zwingend universitär ausgebildet sein muss (vgl. Kälble, 2005, S. 47). Auch Annegret Veit (2004) sieht in der derzeitigen nicht akademischen Ausbildung der Lehrer in den Krankenpflegesschulen ein großes Problem, welches dem Professionalisierungsfortschritt des Pflegeberufes im Wege steht. In der Regel hat das Lehrpersonal eine zweijährige Weiterbildung genossen. Verglichen mit anderen Berufsgruppen mit akademischer Ausbildung muss das gegenwärtige Niveau als unzureichend betrachtet werden (vgl. Veit, 2004, S. 67).

Darüber hinaus gibt es keine gesetzlichen Mindestvorgaben bezüglich der pädagogischen Qualifikation der AusbilderInnen in der Praxis. Weiters verfügen Krankenpflegeberufe über keine akademische Tradition und eigenständiger Bezugswissenschaft (vgl. Kälble 2005, S.37-38).

2.5.3. Professionalisierung der Pflege – Emanzipierung

Schmidbauer (2002) betrachtet die Professionalisierungsdebatte in deutschsprachigen Raum des Pflegeberufes unter dem Aspekt der Emanzipation. Demnach geht sie der Frage nach, welche Bedeutung die Professionalisierung eines zum größten Teil Frauenberufes, wie es die Krankenpflege ist, in sich hat (vgl. Schmidbauer, 2002, S. 9).

Der Krankenpflegeberuf zählte in der Professionssoziologie nie zu den traditionellen Professionen und wurde auch nie als solche wahrgenommen. Trotzdem hat dieser Beruf in der soziologischen Professionstheorie immer eine Rolle gespielt. Er diente quasi als Vergleich zum Arztberuf, der für die US-amerikanische Professionssoziologie als Prototyp einer klassischen Profession galt. Demnach dient er auch als Bezug auf das Verhältnis zwischen Männer- und Frauenberufen, zwischen höher qualifizierten und minder qualifizierten Professionen. Darüber hinaus erlangte die Krankenpflege durch den mehr oder weniger erfolgreichen Kampf die Gleichstellung des Berufes mit den klassischen Professionen. Die Krankenschwestern, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts die berufliche Entwicklung der Krankenpflege vorantrieben, entstammten wie ihre KollegInnen in der Medizin, dem gehobenen und mittleren Bürgertum. Der Beruf, der auch heute noch als

typischer Frauenberuf gilt, wurde für Krankenschwestern erst Jahrzehnte später zu einer qualifizierten, den Lebensunterhalt sichernden Arbeit. Die Krankenpflege hat sich in etwa hundert Jahren von der Berufung zum Beruf entwickelt. Auf dem Professionalisierungsweg befindet sie sich seit ungefähr zehn Jahren. Aufgrund verändernder Aufgabenfelder, Arbeitsgebiete und der Arbeitsorganisation hat die heutige Pflege mit der Krankenpflege des 20. Jahrhunderts wenig gleich. Begriffe wie „Pflegerisches Wissen“, „Qualifikation“, „Autonomie“ und „Ethik“ haben sich im Laufe der Zeit in der Definition geändert und unterliegen somit historischen Veränderungen (vgl. Schmidbauer, 2002, S. 13-14).

Walter Sprondel (1972) sieht in der Professionalisierung der Pflege eine Neuordnung sowie eine Strategie seiner Verwirklichung. Auch er behandelt den Professionalisierungsprozess des Pflegeberufes im Zusammenhang mit der Emanzipation. Allgemein handelt es sich um die Gleichstellung der Frau von der Vorherrschaft des Mannes, andererseits um den Autonomieanspruch eines Berufes, der als typischer Frauenberuf gegenüber anderen Berufsgruppen gilt. Er sieht das Problem dieser Berufsgruppe vor allem darin, sich als eigenständiger und autonomer Beruf behaupten und konstituieren zu können (vgl. Sprondel, 1972, S. 18-19).

2.5.4. Das Spannungsfeld Pflege und Medizin

Im folgenden Abschnitt wird auf das bestehende Spannungsfeld zwischen den Beruf der Pflege und der Medizin eingegangen. Hierbei wird auf bestehende Gegensätze, Grenzen und anderen Unterschiede der beiden Berufsgruppen, die im eigentlich gleichen Aufgabenbereich arbeiten, eingegangen. Konkurrenzängste, Machtbestrebungen und professionspolitische Hindernisse sind Begriffe, die diese Thematik beherrschen.

Piechotta (2000) hat sich in ihrem Buch *„Weiblich oder Kompetent? Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung“* genauer mit dieser Thematik auseinandergesetzt.

In all den Jahren hat es die Medizin geschafft ihre Vorherrschaft, in den Gesundheitsberufen zu festigen und diese vor allem in ihrer Professionalisierung zu beeinflussen. Bis dato ist es der Medizin gelungen, sich im Kompetenz- und aufgabegeteilten Arbeitsbereich zu behaupten und Weisungs- und Delegationsbefugnisse gegenüber anderen Gesundheitsberufen beizubehalten. Anordnung und Verantwortung werden fast ausnahmslos der Ärzteschaft zugesprochen. Pflegenden hingegen werden ein Aufgabenmonopol und das Treffen verantwortlicher beruflicher Entscheidungen abgesprochen. Somit kann von einem Heilbehandlungsmonopol der Ärzteschaft gesprochen werden. Der Unterschied zwischen der Medizin und der Pflege liegt nicht nur

in den juristischen Festlegungen, in denen zwischen ärztlicher Kompetenz und eingeschränkter pflegerischer Kompetenz unterschieden wird, sondern differenziert sich vor allem im gesellschaftlichen Ansehen und im Berufsbild. Ein fehlendes und falsches Berufsbild, sowie ein diffuser Aufgabenbereich mit unklaren Handlungs- und Funktionsgrenzen und die damit einhergehenden gravierenden Identifikations- und Identitätsprobleme sind Klagen, die aus dem Pflegebereich kommen. Den ärztlichen Verbänden hingegen gelingt es, ein einheitliches Bild von dem Arzt und der medizinisch-professionellen Kompetenz zu vermitteln und dies trotz einer Vielzahl von Teilbereichen wie der Allgemeinpraxis auf dem Land oder dem hoch technisierten und spezialisierten Intensiv- und Operationsbereich (vgl. Piechotta, 2000, S. 56-58).

Die Einschränkung der Professionalisierung des Pflegeberufes wird vor allem dem geschlechtsspezifischen weiblichen Arbeitsvermögen und dem caritativen Liebesdienst zugeschrieben (vgl. Piechotta, 2000, S. 58).

Eine Untersuchung von Küpper (1994) hat ergeben, dass PflegedienstleiterInnen nicht die Arbeit mit PatientInnen unzufrieden macht, sondern die fehlenden Freiräume. Keine Entscheidungen treffen zu können, ständige körperliche und psychische Belastungen sowie permanente Kompetenzauseinandersetzungen mit ÄrztInnen stehen an der Tagesordnung des Pflegepersonals (vgl. Piechotta, 2000, S. 59).

Natürlich stehen dem Professionalisierungsprozess des Pflegeberufes ärztliche Abwehrreaktionen gegenüber, da diese mögliche Kompetenzverschiebungen und Kompetenzverluste befürchten. Auch die strikte Trennung von Medizin und Pflege stünde gegen das Bestreben, die PatientInnen als ganzheitliches Wesen zu betreuen (Piechotta, 2000, S. 62).

Zur Diskussion bezüglich einer Hochschulausbildung des Pflegeberufes wurde folgende ärztliche Stellungnahme vernommen:

„Ob eine Zunahme der Kopflastigkeit dazu beiträgt, Frustrationen abzubauen oder besser zu tolerieren und zu verkaufen, darf bezweifelt werden. Manche Frustrationen in den helfenden Berufen sind unvermeidbar, da die Wirklichkeit kranker Menschen häufig gar keine theoretisch klaren und für den Helfer befriedigenden Lösungen zulässt. Diese Wirklichkeit und der Widerspruch zwischen Theorie und Praxis ist vermutlich eher durch Training zu bewältigen als durch mehr Theorie“ (Nitsche et al., o.J., zit. n. Piechotta, 2000, S. 63).

Darüber hinaus muss sich die Pflege im Klaren sein, dass die Ärztelobby über einflussreiche und politisch machtvolle Bündnispartner verfügt und daher die Vermutung

besteht, dass sie auf andere Bereiche der Pflege Einfluss ausüben. So wie den bisher noch ungeliebten Alten- und Pflegebereich (vgl. Piechotta, 2000, S. 64-65).

Nach Krüger (1977) sollte die derzeit herrschende Einengung der Pflege auf ärztliche Assistenz kritisch hinterfragt werden. Ihm zur Folge, geht es *„um die Entwicklung von etwas Neuem, um pflegerische Handlungskompetenz, Verantwortung und Ethik. Unsere eigenen Liegestühle aufzustellen, meint, nicht die der Ärzte oder anderer Berufsgruppen zu besetzen, wohl aber sie zur Seite zu rücken (...) Das Ziel ist nicht, wie zu Beginn in den USA, die zu teuren Mediziner zu ersetzen durch akademisch gebildete Pflegekräfte, sondern den ärztlichen Dominanz- und Definitionsanspruch über das, was Pflege ist und leistet, in seine Schranken zu verweisen“* (Krüger, 1977, zit. n. Piechotta, 2000, S. 65-66).

Durch internationale, vergleichende Studien von Brown (1994) konnte festgestellt werden, dass auch der Kompetenzerwerb und das damit einhergehende wachsende Selbstbewusstsein der Pflegepersonen in engen Zusammenhang stehen. Kompetenz fördert nicht nur das Selbstbewusstsein der Pflegepersonen, sondern wirkt sich gleichzeitig positiv auf die Auseinandersetzung mit den eigenen Empfindungen, Vorstellungen und Handlungen im Arbeitsalltag sowie den Transfer der Theorie in die Praxis. Es steht außer Frage, dass auch die Anerkennung durch andere Berufssparten von großer Bedeutung ist (vgl. Piechotta, 2000, S. 66).

Die teils angespannte Beziehung zwischen der Pflege und der Medizin ist auch maßgeblich von der Generationsfrage geprägt. Zu einem großen Teil ist das Spannungsfeld vom Generationswechsel in beiden Berufen abhängig. Der Frauen- und Männeranteil in beiden Berufen wird sich verändern, wenn auch nicht im gleichem Ausmaß. So kann angenommen werden, dass der Männeranteil in den kommenden Jahren im Pflegeberuf steigen wird und auch der Anteil an Frauen in der Medizin sich erhöhen wird.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist auch, dass MedizinerInnen darauf aufmerksam gemacht werden müssen, dass die Pflege kein verlängerter Arm der Medizin ist. Dies bedeutet aber auch, dass Pflegepersonen den vorgegebenen Rahmen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes umsetzen können. Demnach sind Pflegepersonen aufgerufen ihr Berufsgesetz zu leben. Dahingehend sind auch ArbeitgeberInnen also die Träger und die Pflegedirektionen aufgefordert, die Handlungsfelder und Tätigkeitsprofile zu entwickeln und dementsprechende Personalschlüssel zu erstellen.

2.5.5. Berufsverbände und die Professionalisierung

Ein weiteres Kriterium für eine Profession ist laut Veit (2004) das Bestehen von Berufsverbänden. Eine verpflichtende Mitgliedschaft in der Pflege, ist bis heute nicht gefordert, daher bleibt auch der Organisationsgrad eher gering. Es stellt sich auch hier die Frage, ab welchem Strukturniveau das Kriterium „Existenz eines Berufsverbandes“ als erfüllt gelten kann. In der Literatur wird der Pflegeberuf maximal den Semiprofessionen zugewiesen, dies liegt ihrer Ansicht nach, vor allem an der fehlenden bzw. geringen ausgeprägten beruflichen Autonomie (vgl. Veit, 2004, S. 68).

Sprondel (1972) sieht als wichtigste Aufgabe des Berufsverbandes, die Benennung gemeinsamer Berufsziele, um somit die Funktionsfähigkeit der Krankenpflege zu stärken. Diese Ziele sollten wiederum in den Ausbildungsgängen institutionalisiert werden, wodurch es zu höheren Realisierungschancen der Berufsziele kommt (vgl. Sprondel, 1972, S. 26).

Für Millerson tragen vor allem Berufsorganisationen zum Professionalisierungsprozess erheblich bei. Zentral für die Untersuchung von Professionen sind für Millerson die Organisationen, die den Professionalisierungsprozess tragen und vorantreiben: die Berufsorganisationen. Trotz mancher Überschneidungen der Politiken und Strategien von Berufsorganisationen und Gewerkschaften unterscheiden sich, so Millerson, die beiden Organisationstypen in zentralen Merkmalen. Berufsorganisationen seien multifunktional, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen nur eines unter mehreren Zielen, sie organisieren eng definierte Berufe und versuchen, keine Mitglieder aus der Arbeiterschaft zu rekrutieren. In ihren Aktionen vermeiden sie drastische Methoden, um ihr professionelles Image nicht zu schädigen. In Berufsorganisationen sind Mitglieder unterschiedlicher Beschäftigungsformen organisiert (vgl. Schmidbaur, 2002, S. 17).

Laut Goode (1972) ist das Charakteristikum jeder etablierten Profession und zugleich Ziel jedes Berufs, der den Status einer Profession anstrebt, die Zukunftsstruktur des Berufes (vgl. Goode, 1972, S. 157). Als weiteren wichtigen Punkt führt er die Kontrolle der Berufsangehörigen an. Dies geschieht Goode zur Folge durch vier Bezugsgruppen, welche jeweils ein gewisses Maß an Kontrolle über die Profession ausüben. Dies sind die Gesamtgesellschaft, die KlientInnen, die KollegInnen und zu guter letzt die Berufsgemeinschaft mit ihrem Einfluss auf die Rechtsinstitutionen. KollegInnen untereinander können normgerechtes Verhalten gegenüber den Bezugsgruppen kontrollieren und durchsetzen. Daher bedarf es laut Goode der Kontrolle der Professionsangehörigen durch die Berufsgemeinschaft selbst. Dabei schützen klar formulierte Berufsnormen, vor ungerechtfertigten Verhaltenszumutungen (Goode, 1972, S. 161). In seinem Werk beschreibt Goode (1972) einige Merkmale, die eine Profession

bzw. eine professionelle Gemeinschaft aufweist. Dies ist zum einen das Teilen einer gemeinsamen beruflichen Identität der Professionsmitglieder sowie einer gemeinsamen Wertvorstellung. Darüber hinaus gibt es klare Rollendefinitionen gegenüber KollegInnen und Professionslaien, wobei im beruflichen Handeln eine gemeinsame Sprache gesprochen wird, die Laien nur teilweise zugänglich ist. Die Kontrolle des beruflichen Handelns der Mitglieder, geschieht durch die professionelle Gruppe. Wichtig ist aber, dass die Profession klar und deutlich erkennbar von ihrer sozialen Umwelt abgegrenzt ist (vgl. Goode, 1972, S. 157-158).

Wilensky (1972) sieht die Aufgabe der Berufsverbände vor allem in der Klärung der Frage, ab wann der Beruf den Status einer Profession bereits erreicht hat. Ebenso müssen die eigentlichen Aufgaben einer Profession geklärt und definiert werden. Als weiteres Aufgabengebiet sieht er die Anhebung des Ausbildungsniveaus. Darüber hinaus muss es zu einer klaren Beschreibung des Berufsfeldes und der Tätigkeiten kommen. Sind die Aufgabengebiete eines Berufes klar definiert, können weniger Arbeiten an diesen Beruf delegiert werden (Wilensky, 1972, S. 203).

Nur sehr wenige Berufe sind im Kampf um die Professionalisierungsfrage erfolgreich. Den Beruf der Krankenpflege sieht Wilensky auf jeden Fall als eine aufsteigende Profession (vgl. Wilensky, 1972, S. 198-199). Eine der wesentlichen Strategien der Professionen im Professionalisierungsprozess kann mittels einer Steigerung der Eigenkontrolle über Berufsverbände und Kammern erfolgen (vgl. Veit, 2004, S. 31).

2.6. Handlungsfelder der Pflege

Im nachfolgenden Kapitel werden die nächsten Schritte, die hinsichtlich der Professionalisierung der Pflege notwendig sind, beschrieben. Diesbezüglich ist noch einiges an Arbeit zu leisten. Fragen nach der Wissenschaftlichkeit der Pflege, Kompetenzfähigkeit, professionelle Handlungsfähigkeit des Pflegepersonals, sind Themen die es zu klären gilt.

So ist laut Veit (2004) ein klar definierter Kompetenzbereich für einen Berufsstand eine überaus wichtige Voraussetzung, um dem Status einer Profession näher zu kommen. Ein weiterer wichtiger Bestandteil ist die Garantie einer wissenschaftlichen Fachexpertise des Berufes, wobei eine Ansiedlung der Ausbildung im Hochschulbereich notwendig ist. Demnach geht der Weg zum Professionellen, der in der Praxis tätig ist, über den Experten im wissenschaftlichen Fach. Ein methodisch abgesicherter Wissensbestand ist daher unbedingt erforderlich, um den Professionalisierungsweg des Pflegeberufes weiter gehen zu können. Hierbei legt Veit (2004) der Pflegewissenschaft große Gewichtung zu, welche

für die Überprüfung, Schaffung, Systematisierung des Wissens, sowie die Beantwortung der Fragen der Praxis verantwortlich ist (vgl. Veit, 2004, S. 81).

Weiters führt sie an, dass im engeren Sinne die Pflege erst als Profession gelten kann, wenn alle Berufsangehörigen eine universitäre bzw. akademische Grundausbildung genießen können. Als Priorität gilt es, die Akademisierung der Lehrerbildung des Krankenpflegeberufes durchzusetzen (vgl. Veit, 2004, S. 83-84). Akademisch ausgebildete PflegelehrerInnen, welche in Theorie und Praxis tätig sind, könnten zu dem die Qualität und den Standard der Krankenpflegesschulen maßgeblich beeinflussen und gleichzeitig als Vorbild für professionelles Handeln dienen (vgl. Veit, 2004, S. 85).

Zusammenfassend erfolgt die Professionalisierung laut Veit (2004) durch zwei Schritte, die nacheinander zu erfolgen haben. Dies geschieht vorerst durch die Entwicklung des pflegerischen Wissens, was zunächst die Diskrepanz zwischen TheoretikerInnen und PraktikerInnen vergrößert. Jedoch wird diese durch den zweiten Schritt wieder verringert, indem der Transfer der Theorie in die Praxis erfolgt. Professionelles Handeln kann sich aber nur durchsetzen, wenn beide Schritte wirklich erfolgen (vgl. Veit, 2004, S. 86).

2.6.1. Professionelles Handeln in der Pflege

Der Frage, wie krankenpflegerische Tätigkeiten mit der Logik professionellen Handelns vereinbar sind, gehen mehrere WissenschaftlerInnen auf dem Grund. Diesbezüglich ist vor allem der handlungsorientierte Professionalisierungsansatz der Pflege von Oevermann (1978) zu erwähnen, welcher den merkmalsorientierten Professionalisierungsansatz kritisiert und als unzureichend bezeichnet. Demnach lässt sich eine Profession nicht aufgrund der Phänomene Autonomie oder Akademisierung festhalten. Professionelles Handeln beschreibt Oevermann, durch zwei im Gegensatz zueinander stehenden Prinzipien. Diese sind im genaueren Sinne die wissenschaftliche Kompetenz und die hermeneutische Kompetenz (vgl. Weidner 1995 b, S. 52).

- Wissenschaftliche Kompetenz: die Fähigkeit des Verständnisses von Theorien und der Logik ihrer strikten Anwendung.
- Hermeneutische Kompetenz: bezeichnet die Fähigkeit zum Verstehen eines Falles aus der Sicht desjenigen, der professionelle Hilfe sucht, daher aus Sicht des Laien (vgl. Weinder, 1995 b, S. 52).

Professionalität im Sinne von Oevermann, kann laut Weinder (1995 b) als eine situative Kompetenz verstanden werden, bei der es um die Fähigkeit geht, wissenschaftlich fundierte und abstrakte Kenntnisse in ganz bestimmten Situationen anwenden zu können (vgl. Weidner, 1995, S.52).

„Professionelles Pflegehandeln ist danach ein personenbezogenes, kommunikativem Handeln verpflichtetes, stellvertretendes und begleitendes Agieren auf der Basis und unter Anwendung eines relativ abstraktem dem Mann auf der Straße nicht verfügbaren Sonderwissensbestandes sowie einer praktisch erworbenen hermeneutischen Fähigkeit der Rekonstruktion von Problemen defizitären Handlungssinns in aktuellen und potentiellen Gesundheitsfragen betroffener Individuen“ (Weidner, 1995 b, S. 55).

So sieht auch Veit (2004) die Professionalität der Krankenpflege in der Verknüpfung von pflegerischem ExpertInnenwissen mit einer patientenorientierten Haltung gegenüber dem pflegebedürftigen Menschen. Unter anderem unterscheidet diese Eigenschaft eine Profession von einem normalen Beruf oder von hoch spezialisierten ExpertInnen (vgl. Veit, 2004, S. 71).

Veit (2004) setzt sich in ihrem Werk insbesondere mit dem professionellen Handeln in der Pflege und wie dieses zustande kommen könnte, auseinander. In Anlehnung an die Theorie Oevermanns nennt sie folgende Punkte, die zu der Professionalisierung des Berufsstandes beitragen können.

Den ersten Grundpfeiler für professionelle Krankenpflege bilden ihrer Meinung nach

- das pflegerischen Fachwissen
- verbunden mit einer eigenständigen Disziplin der Pflegewissenschaft
- und der Akademisierung der Lehr- und Leitungstätigkeiten (vgl. Veit, 2004, S. 70).

Als Sekundärfaktoren nennt Veit die Anerkennung, Prestige sowie Achtung und Autonomie des Berufsstandes. Diese Komponenten werden von der Gesellschaft dem Beruf zuerkannt, wenn dieser seine Kompetenz zuverlässig unter Beweis gestellt hat.

Als Voraussetzung für die Professionalisierung der Krankenpflege sieht Kellnhauser (1990) vor allem die Notwendigkeit, Fachperson in einem bestimmten Wissensbereich zu werden. Nur wenn eine Berufsgruppe hervorragende Arbeit in einem Bestimmten Bereich erbracht hat, erhält sie als Folge dessen Anerkennung, Prestige, Macht und Autorität und somit das Monopol für ihre Leistung (vgl. Kellnhauser, 1990, zit. n. Veit, 2004, S. 70).

Trotzdem ist Veit (2004) der Meinung, dass Fachlichkeit alleine weder ein professionelles Handeln bewirkt noch die Pflegequalität herbeiführt. Die Bereitschaft Verantwortung zu übernehmen und Sorge für die PatientenInnen zu tragen und dadurch auch Abläufe und Entscheidungen im Krankenhaus patientenorientiert zu gestalten, ist eine weitere Grundlage, um an Professionalität zu gewinnen. Demnach beschreibt Veit eine

patientenorientierte Haltung als zweiten Grundpfeiler für professionelle Pflege (vgl. Veit, 2004, S. 70-71).

Der Frage, ob der Pflegeberuf professionalisierbar ist, gibt Veit ein klares Ja. Die Pflege erfüllt beide Aspekte - sowohl fachwissenschaftlich als auch hermeneutisch. Beide Aspekte, die Theoriebildung und das Verstehen des individuellen Einzelfalles sind wichtige Voraussetzungen für professionelle Arbeit. Die Krankenpflege arbeitet genauso wie die klassischen Professionen am Menschen. Damit entspricht die Krankenpflege dem Bild einer Profession. Sie ist also potentiell professionalisierbar und verlangt auch danach (vgl. Veit, 2004, S. 126).

2.6.2. Professionalisierung des pflegerischen Fachwissens

Ob der Pflegeberufe auf Grund seiner historischen Entwicklung über ein eigenständiges Fachwissen verfügt, geht Veit (2004) in ihrem Werk nach. Für lange Zeit orientierte sich die Pflege nach der Medizin, galt als medizinischer Hilfsberuf und Assistenz des Arztes. Darüber hinaus war lange Zeit unklar, ob es die Pflege als eigenständige Disziplin überhaupt gibt und wie sie sich von anderen Tätigkeitsfeldern und Disziplinen abgrenzt. Pflege kann laut Veit (2004) nur dann eine eigenständige Disziplin und Profession sein, wenn:

- über ein eigenes Wissensgebiet verfügt werden kann, das nicht Teilgebiet der Medizin ist
- und eine systematisierende und weiterentwickelnde Wissenschaft vorliegt (vgl. Veit, 2004, S. 74).

Pflege laut Steppe „(...) *findet auch da noch statt, wo im naturwissenschaftlichen Sinne keine „Heilung“ mehr möglich ist, nämlich bei bleibenden Behinderungen oder ständiger Pflegebedürftigkeit*“ (Steppe, 1992, S. 316).

Demnach wird laut Veit (2004), Pflege auch dann noch benötigt, wenn die Medizin nicht mehr helfen kann und die Wiederherstellung der Gesundheit nicht mehr möglich ist (vgl. Veit, 2004, S. 75). Somit ist auch die Frage nach der eigenständigen Disziplin der Pflege geklärt.

2.6.3. Professionalisierung durch die Pflegewissenschaft

Um professionelles Handeln in der Pflege zu ermöglichen, muss eine Zusammenarbeit zwischen Pflegepraxis und Pflegewissenschaft ermöglicht werden. Möchte die Pflege den Status einer Profession erreichen, so ist die Bildung einer eigenen Struktur unabkömmlich. Eine wissenschaftliche Disziplin setzt akademische Institutionen, bestehend aus LehrerInnen, TheoretikerInnen, MangerInnen und ForscherInnen, aber vor allem auch PraktikerInnen voraus, welche ein Zusammengehörigkeitsgefühl entwickeln (vgl. Heinrich, 2006, S. 79).

Die bestehende Pflegewissenschaft repräsentiert das pflegerische Fachwissen, welches den PraktikerInnen zur Verfügung gestellt wird. Problemfelder in der Praxis sollen an die Wissenschaft weitergeleitet werden, um wiederum Forschung betreiben und Lösungen zu finden zu können (vgl. Veit, 2004, S. 86). Primäre Aufgabe der Pflegewissenschaft ist die Auflösung von Problemen in der Praxis. Somit liegt es in ihrer Verantwortung, Lösungsstrategien für Praxisprobleme zu entwickeln und diese der Praxis zur Verfügung zu stellen. Dabei muss darauf acht genommen werden, dass PraktikerInnen daran beteiligt sind und diese aktiv bei der Entwicklung einer professionellen Pflegepraxis und der Auflösung von Praxisproblemen eingebunden werden. Das größte Problem dem die Pflegepraxis gegenüber steht, ist der Theorie-Praxis Konflikt, der laut Heinrich (2006) auch als Theorie-Praxis Diskrepanz bezeichnet werden kann (vgl. Heinrich 2006, S. 80-81).

Derzeit ist das pflegerische Handeln im Vergleich zu anderen Berufssparten und Wissensgebieten noch sehr wenig erforscht. Es ist aber offensichtlich, dass ohne spezifisches Fachwissen kein professionelles pflegerisches Handeln möglich ist. Etliche wissenschaftliche Untersuchungen über pflegerische Maßnahmen haben ergeben, dass diese keine Hilfe sind und im schlimmsten Fall den PatientInnen Schaden zugefügt haben. Wissenschaftliche Ergebnisse sind daher von der Pflegepraxis zu Recht erwünscht (vgl. Veit, 2004, S. 86-87).

Aus fachwissenschaftlicher Sicht betrachtet, kann noch nicht von der Profession der Pflege gesprochen werden. Dennoch haben sich die Rahmenbedingungen, die eine Professionalisierung begünstigen, in den letzten Jahren wesentlich verbessert. Probleme, denen die Pflege aber gegenübersteht, ist die Tatsache, dass akademisch ausgebildete Pflegepersonen von PatientInnen weg und hin zu administrativen und kontrollierenden Tätigkeiten wandern. Um aber eine Verbesserung der pflegerischen Praxis herbeiführen zu können, muss eine Ausdehnung der Akademisierung auf den gesamten Bereich des Berufstandes erzielt werden. Dies könnte darüber hinaus zur Verbesserung der derzeitigen Spaltung der Berufsgruppe zwischen AkademikerInnen und

NichtakademikerInnen den Theorie-Praxis-Transfer positiv beeinflussen (vgl. Veit, 2004, S. 91-93).

Damit ein Professionalisierungsprozess laut Bock-Rosenthal (1999) erfolgen kann, muss ein dementsprechendes systematisch empirisch fundiertes Wissen vorhanden sein. Diese Entwicklung findet in der Pflege erst durch Einrichtung von Pflegewissenschaftsstudiengängen statt. Das Ansehen der Pflegewissenschaft durch andere außenstehenden Kompetenzen muss noch erarbeitet werden (vgl. Bock-Rosenthal, 1999, S. 31).

Ebenso geht Forster (2001) der Frage nach, welchen Beitrag die Pflegewissenschaft in Österreich zur Neupositionierung der Pflege im Gesundheitssystem und zur Weiterentwicklung der pflegerischen Arbeit leisten kann (vgl. Forster, 2001, S. 55).

Für ihn ist auf jeden Fall klar, dass an die Pflegewissenschaft im Hinblick der Professionalisierung hohe Anforderungen gestellt sind. Sie darf gleichzeitig den hohen Stellenwert von Grundlagenforschung mit eigenständiger Theorie- und Konzeptentwicklung und gleichzeitig die anwendungsorientierte Forschung nicht vernachlässigen. Darüber hinaus ist die Zusammenarbeit und Auseinandersetzung mit den verschiedenen Wissenschaften, welche sich mit Gesundheit und Krankheit befassen, unbedingt erforderlich (vgl. Forster, 2001, S. 68).

3. Vertretungen der Pflege in Österreich

Die Darstellung der Entwicklung der Interessensvertretungen für die Pflege in Österreich gestaltet sich als ein sehr komplexes Thema. Immer wieder muss der Frage nachgegangen werden, ob die Pflege in Österreich heutzutage auch aus Sicht der Fachebene in der Gesundheits- und Sozialpolitik adäquat vertreten ist. Diesbezüglich gibt es mehrere unterschiedliche Meinungen und Ansichtsweisen. Unumstritten ist aber die Tatsache, dass sich seit jeher Organisationen und Institutionen für die Etablierung der Pflege einsetzen. Möchte man die Versorgungsqualität der österreichischen Gesellschaft in der Form wie sie bereits existiert weiterhin gewährleisten, wird in naher Zukunft eine Einbindung der Gesundheits- und PflegeexpertInnen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie eine legitimierte Vertretung, die sich für die Interessen der Pflege einsetzt, immer notwendiger werden. Dementsprechend kann durch das Engagement und der Einräumung einer Mitsprache dieser berufspolitischen Vertretungen, die Politik in gesundheitspolitischen Belangen zum Handeln aufgefordert werden.

3.1. Berufsverbände der Pflege von 1898 bis 1950

Walter Ilsemarie (2000), Vlastimil Kozon (2006) und Gerhard Fürstler (2004) haben die Entwicklung der Pflege und die Bildung der Interessensvertretungen unter den geschichtlichen und politischen Aspekten betrachtet. Alle drei AutorInnen sind sich darüber einig, dass die politischen Erlebnisse und Ereignisse der Vergangenheit bis heute weitreichende Auswirkungen für die Pflege mit sich gebracht haben. Faktoren wie Konkurrenzverhalten der Interessensvertretungen, Uneinigkeit im Bereich der Berufsorganisation sowie der Kampf zwischen den geistlichen und weltlichen Pflegepersonen haben sich laut Walter (2000) negativ auf die Entwicklung der Pflege speziell in Österreich ausgewirkt. Hinzu kamen zwei Weltkriege, die Weltwirtschaftskrise und die einzigartige politische Gegebenheit, die für den Werdegang der Pflege nicht besonders förderlich war (vgl. Walter, 2000, S. 38). Durch die politischen Willensbildungen im Zeitraum des Nationalsozialismus wurde die Entwicklung der beruflichen Krankenpflege in Österreich geprägt. Dies ist auch der Grund, der bisher wenig Raum für eine eigenständige Entwicklung der Pflege offen lies (vgl. Fürstler et. al., 2004, S. 80). Die angeführte Tabelle von Walter (2000) gibt einen detaillierten Überblick über die verschiedenen Berufsverbände in Österreich, welche sich im Laufe des 20. Jahrhundert bis zu den 1950er gebildet haben.

um 1900	„Hilfsverein für Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen“ gegründ.: 1898 im Jän. 1902 aufgelöst	„Österr. Verein aller in der Krankenpflege, im Kur- u. Badewesen beschäftigten Personen“ gegründ.: 17.1.1902	„Verein des Krankenpflegepersonals“ gegründ.: 1903 1905 aufgelöst	„Verband des ärztl. Hilfspersonals“ (?) (später: „Reichsverband ...“) gegründ.: ca. 1904 (besteht 1918 noch)	
1917/ 1918	„Fachverband der dipl. Krankenpflegerinnen u. Fürsorgeschwestern Österr.“ gegründet: 24.2.1918 (ab 15.1.1919 „Reichsfachverband ...“) *)	„Verband der kath. Krankenpflegerinnen (-schwestern)“ gegründet: 9.12.1917	„Verband der christl. Krankenpflegerinnen“ „Zentralverein für Hauskrankenpflege“	„Fachorganisation der geschulten Krankenpflegerinnen, Fürsorgerinnen u. verwandter Berufe“ (angeschl. an die freien Gewerksch.) gegr.: 10.11.1917	„Vereinigung des Wiener Spital-Pflegepersonals“ gegr.: ^{17.12.1918}
	am 1.2.1920 Zusammenschluss dieser 4 Vereine und des Schwesternverbandes des Rudolfinerhauses (gegr. 1882) zum			am 2.7.1920 Zusammenschluss mit drei weiteren Organisationen zum	
	„Reichsverband f. d. Krankenpflege- u. Fürsorgeberuf, angeschlossen an die christl. Gewerkschaftsorganisation“			„Zentralverband des Krankenpflegepersonals u. verwandter Berufe Österr.“	
	1926 Fusion mit der Gewerkschaft christl. Angest. im öffentl. Dienst			am 5.10.1920 Zusammenschluss m. d. oben erw. Vereinigung d. Wiener Spital-Pflegepersonals u. dem „Verein d. geprüften ärztl. Hilfspersonals“ zur	
1933	„Verband der dipl. Krankenpflegerinnen Österr.“ (später „Vereinigung ...“) gegründet: 20.4.1933 1935/36: eingeschränkt 1938 aufgelöst	„Kathol. Schwesternschaft Österreichs“ gegründet: 25.9.1935 bis 1938		„Reichsgruppe Gesundheits- und Fürsorgewesen“	
				„Sektion Krankenpflegepersonal im Bund der öffentl. Angestellten“ 1934 verboten	
ab 1945	„Vereinigung d. dipl. Krankenschwestern und Krankenpfleger Österreichs“ wiedergegründet 12.4.1948			Pflegepersonal in verschiedenen Gewerkschaften organisiert	
	heutige Bezeichnung: „österreichischer Krankenpflegeverband“			„Fachgruppenvereinigung des Krankenpflegepersonals u. verwandter Berufe im ÖGB“ als Dachorganisation gegründet: 27.10.1949	
				heutige Bezeichnung: „Fachgruppenvereinigung des Krankenpflege-, medizinisch-technischen und Sanitätshilfsdienst-Personals sowie der Hebammen im ÖGB“	

*) am 5.6.1919 Zusammenschluss aller Berufsverbände im „Reichswohlfahrtsverein vom Roten Kreuz für Krankenpflegerinnen“ (Dachverband?)

Abbildung 2: Verschiedene Berufsverbände in Österreich im 20. Jahrhundert (Walter, 2000, S. 35).

3.1.1. Berufsverbände der Pflege zu Beginn des 19. Jahrhunderts

Um die Jahrhundertwende war das Bestreben, Interessensverbände für die Pflege in Österreich zu organisieren, sehr groß. Allein in Wien entstanden einige Krankenpflegeverbände, welche aufgrund gegenseitiger Konkurrenz teilweise nur kurzen Bestand hatten. Meistens wurden diese Verbände von männlichen Pflegern geführt. Der Wettbewerb der Vereine untereinander und die mangelnde Einigkeit schwächten den Krankenpflegeberuf. Trotzdem ist der Einfluss der entstanden Verbände im Hinblick auf die weitere Berufsentwicklung in Österreich keineswegs außer Acht zu lassen (vgl. Walter, 2000, S. 34-35). Binnen kürzester Zeit wurden zu Beginn des 20. Jahrhunderts gleich drei Interessensvertretungen gegründet. Diese waren laut Walter (2000) folgende:

- Dachorganisation der geschulten Krankenpflegerinnen, Fürsorgerinnen und verwandter Berufe
- Verband der katholischen Krankenpflegerinnen
- Fachverband der diplomierten Krankenpflegerinnen und Fürsorgeschwestern Österreichs (vgl. Walter, 2000, S. 36).

Bei den Gründungen der verschiedenen Organisationen kam es jedoch zur Bildung von zwei Lagern im Pflegeberuf. Die einen waren das konservativ-katholische Lager, welches sich nur für das diplomierte Pflegepersonal verantwortlich fühlte und die anderen das sozialdemokratische Lager, welches alle Pflegenden zu vertreten versuchte. Nach dem Krieg erfolgten auf beiden Seiten mehrere Zusammenschlüsse und Umbenennungen der Vereine. 1920 schlossen sich auf der konservativ-christlichen Seite fünf Verbände zum „Reichsverband für die Krankenpflege- und Fürsorgeberufe, angeschlossen an die christliche Gewerkschaftsorganisation“ zusammen (vgl. Walter, 2000, S. 36).

Diese fünf Verbände waren:

- Fachverband der diplomierten Krankenpflegerinnen und Fürsorgeschwestern Österreich
- Verband der katholischen Krankenpflegerinnen
- Verband der christlichen Krankenpfleger und –innen
- Zentralverein für Hauskrankenpflege
- Christliche Gewerkschaftsorganisation (vgl. Walter, 2000, S. 36).

3.1.2. Berufsverbände von 1933 bis 1938

Das vielleicht wichtigste Geschehen auf Seiten des konservativen Lagers erfolgte im Jahr 1933 mit der Gründung des „Verbands der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs“, dem Vorläufer des heutigen „Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands“ (ÖGKV) (vgl. Walter, 2000, S. 36).

Am 12. Mai 1938 überstürzten sich jedoch die politischen Ereignisse. Die Deutschen Truppen marschierten in Österreich ein und ab diesem Zeitpunkt hörte dieser als selbständiger Staat zu existieren auf. Auch das österreichische Krankenpflegewesen trug daraus weitreichende Konsequenzen. Das weltliche Krankenpflegepersonal musste sich bei der am 20. Mai 1938 eingerichteten „Zentralkartei des deutschen Schwesterndienstes für Österreich“ im Allgemeinen Krankenhaus in Wien registrieren lassen. Sie mussten sich entscheiden, welcher der drei großen Schwesternorganisationen sie angehören wollten (vgl. Sailer, 2000, zit. n. Fürstler, 2004, S. 80). Zur Auswahl standen:

- NS-Schwesterschaft - Braune Schwestern
- DRK-Schwesterschaft - Deutsches Rotes Kreuz
- Reichsbund freier Schwestern - Blaue Schwestern (vgl. Walter, 2000, S. 37).

Durch Versetzungen wollte man erreichen, dass alle Schwestern eines Krankenhauses derselben Organisation angehörten. Im August 1938 wurden jedoch durch das Ministerium für innere und kulturelle Angelegenheiten die einzelnen staatlichen und kommunalen Krankenhäuser einer der drei weltlichen Organisationen zugeordnet.

Diese Zuordnung konnte aber nicht eingehalten werden, da weltliche und geistliche Schwestern zusammen in einem Krankenhaus arbeiteten (vgl. Walter, 2000, S. 37).

Erst 1948 konnte die Vereinigung der diplomierten Krankenschwestern und Krankenpfleger Österreichs wieder gegründet werden und versuchte dort fortzufahren, wo man 1938 aufhören musste. Ein Jahr später wurde die gewerkschaftlichen Vereinigung „Fachgruppenvereinigung des Krankenpflegepersonals und verwandte Berufe im ÖGB“ gegründet (vgl. Walter, 2000, S. 38).

3.2. Interessensvertretungen der Pflege heute

Heutzutage wird die Pflege in Österreich durch verschiedenste Einrichtungen und Organisationen auf fachlicher Ebene mehr oder weniger professionell vertreten. Das Engagement für die Pflege setzt sich aus gesetzlich geregelter Interessensvertretung, der Arbeiterkammer und freiwillige Interessensvertretung zusammen. Zum Letzteren zählen sich beispielsweise der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), der Österreichische Gewerkschaftsbund (ÖGB) oder aber auch die Österreichische Pflegekonferenz (ÖPK), welche sich aus dem Zusammenschluss verschiedenster Verbände der Pflege bildet und so versucht, die Pflege geeint nach außen zu vertreten.

All die genannten Organisationen verfolgen insgeheim unterschiedliche Ziele bzw. wird nicht durch jede eine gerechte berufspolitische Vertretung des Pflegeberufes geboten. Trotz der bestehenden Vertretungen lässt sich bis dato keine genaue Gesamtbeschäftigungszahl im Pflegesektor erfassen. Niemand kann eine exakte Zahl liefern, wie viele Pflegepersonen in Österreich tätig sind und vor allem nicht in welchen Bereichen diese ihre Arbeitsleistungen erbringen.

Nachforschungen über die temporären Standesvertretungen der Pflege haben ergeben, dass der Einsatz und der Einfluss dieser auf die Verantwortlichen im österreichischen Gesundheits- und Sozialwesen, insbesondere in der Einbindung der Fachkompetenz zu relevanten Pflege Themen unterschiedlich stark sind. Letztendlich fehlt der Berufsgruppe bis heute eine kompetente gesetzlich legitimierte Einrichtung und die damit verbundene Verankerung der Fachpflege.

3.2.1. Gesetzliche Interessensvertretungen

Wie schon erwähnt, zählt die Arbeiterkammer zu den gesetzlich geregelten Interessensvertretungen, die eine Institution des öffentlichen Rechts darstellt. Prinzipiell treten alle Angestellten und ArbeitnehmerInnen automatisch bei, jedoch werden die Mitgliedschaften durch das Arbeiterkammer-Gesetz geregelt. Ausgenommen sind unter anderem Beamte in der Hoheitsverwaltung und Selbständige (vgl. AK, 2011, Wer ist Mitglied der AK, 6.4.2011). Somit kann festgestellt werden, dass Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die in der freiberuflichen Pflege tätig sind, von der gesetzlich geregelten Vertretung nicht repräsentiert werden.

Die Mitgliedschaft ist durch eine sogenannte Pflichtmitgliedschaft definiert und erfolgt für ArbeitnehmerInnen automatisch, mit einer Abgabe von 0,5 Prozent des Bruttoeinkommens (vgl. AK, 2011, Mitgliedschaft und AK Beitrag, 7.4.2011). Die primären

Dienstleitungen der Arbeiterkammer für seine Mitglieder zeigen sich vor allem durch arbeitsrechtliche Auskunft. Der Schwerpunkt liegt vor allem im ArbeitnehmerInnenschutz, dem Konsumentenschutz und dem Begutachtungsrecht im Rahmen der Gesetzgebung (vgl. AK, 2011, Aufgaben der Arbeiterkammern, 8.4.2011). Auf die fachliche Vertretung der Pflege wird dabei weniger Acht genommen.

3.2.2. Freiwillige Interessensvertretungen und Berufsverbände

Zu den freiwilligen Interessensvertretungen können unter anderem Vereine und Berufsverbände gezählt werden, die nach dem Vereinsgesetz handeln und Fachthemen bearbeiten.

Die ARGE Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe des ÖGB verkörpern die fachliche Vertretung der Pflegeberufe. Die Aufgaben dieser ARGE liegt vor allem darin, berufspolitische, wirtschaftliche, soziale, kulturelle und gesundheitliche Interessen wahrzunehmen und zu fördern. In erster Linie ist der ÖGB aber in Gehaltsverhandlungen und der Weiterentwicklung von neuen Berufsbildern im Bereich der Gesundheits- und Sozialberufe involviert (vgl. ÖGB, o.J., Unsere Aufgaben, 13.3.2011).

Berufsverbände, so wie es der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) ist, sind durch freiwillige Mitgliedschaften, Vereinsstatuten und Vereinsrecht gekennzeichnet. Aufgabe ist es, seine Mitglieder zu repräsentieren und als ernannter nationaler Berufsverband für alle Gesundheits- und Krankenpflegeberufe einzutreten (vgl. ÖGKV, 2010, Statuten, S. 2, 12.3.2011). Festzuhalten ist, dass vor allem in diesen Organisationen auf die fachlichen Inhalte der Pflege eingegangen wird.

4. Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband

In diesem Kapitel wird insbesondere auf die historische Entwicklung des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV) und dessen Verbandszielsetzungen in den Jahren von 1933 bis 2011 Bezug genommen. Aufgrund der umfassenden Verbandsgeschichte und der historischen Geschehnissen, wird im Rahmen dieser Arbeit der Fokus auf die Amtsperioden von Hedwig Birkner, Marie Therese Strobl, Friederike Dittrich sowie auf die derzeitig amtierende Präsidentin, Ursula Frohner gelegt. Im Bewusstsein dessen, dass alle Präsidentinnen des ÖGKV die Weiterentwicklung des Verbandes vorangetrieben haben und zur Gestaltung der Pflege in Österreich maßgeblich beigetragen haben, wird – um das Ausmaß der Arbeit nicht zu sprengen – auf das Engagement des ÖGKV in den oben angeführten Präsidentschaftszeiten näher eingegangen. Zu erwähnen sind natürlich auch die Leistungen von Lilli Petschnigg in der Nachkriegszeit. Sie hat maßgeblich zur Widergründung des ÖGKV im Jahr 1948 beigetragen und die Rolle des Verbandes für den Pflegeberuf wesentlich gestärkt und definiert.

Um vorerst einen groben Überblick vom Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband, seinen Benennungen im Laufe der Zeit, seinen Präsidentinnen und Landesverbandsgründungen zu ermöglichen, sollen nachfolgend die angeführten chronologischen Tabellen Hilfe leisten.

ÖGKV Bezeichnungen im Laufe des Bestehens	
Jahr	Benennung
1933	Verband der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs
1935	Vereinigung der diplomierten Krankenschwestern Österreichs
1948	Vereinigung diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger Österreichs (Kursbezeichnung: Österreichischer Diplomverband)
1968	Österreichischer Krankenpflegeverband (ÖKV)
1999	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV)

Tabelle 1: Bezeichnungen des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes von 1933 bis 1999.

Landesverbände des ÖGKV	
Bundesland	Gründungsdatum
LV Oberösterreich	12.07.1948
LV Tirol	08.09.1950
LV Salzburg	13.03.1950
LV Wien	13.05.1965
LV Niederösterreich	20.05.1965
LV Kärnten	21.02.1966
LV Steiermark	22.02.1972
LV Burgenland	28.02.2002
LV Vorarlberg	12.11.2009

Tabelle 2: Gründung der ÖGKV Landesverbände (BMI, Zentrales Vereinsregister, 12.09.2010).

Präsidentinnen des ÖGKV	
Zeitraum	Präsidentinnen
1933-1938	Hedwig Birkner
1948-1965	Marie Therese Strobl
1965-1970	Gertrude Finze
1970-1985	Friederike Dittrich
1985-1991	Marianne Kriegl
1991-1993	Martha Meixner
1993-1997	Irene Zach
1997	Anna Sommer
1998-2002	Eva Kürzl
2002-2007	Christine Ecker
2007-heute	Ursula Frohner

Tabelle 3: Präsidentinnen des ÖGKV.

4.1. Die Verbandsgeschichte des ÖGKV und seine Präsidentinnen

Um sich über die Gründung des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV) ein Bild zu verschaffen, ist es vorerst wichtig auf den historischen Aspekt und die politische Lage Österreichs einzugehen. Diesbezüglich hat Sailer (2000) mit ihrer Dissertation „*Berufliche Krankenpflege in der Ersten Republik*“ eine umfassende Recherche betrieben und die damalige Situation der Pflege in Österreich unter der geschichtspolitischen Perspektive beschrieben.

Gegen Ende des Ersten Weltkrieges stand die Pflege in Österreich vor einem enormen Aufbruch. In der darauf folgenden Zwischenkriegszeit, schlitterte die Bevölkerung in eine unvorstellbare Not und veramte zusehends. Der junge Staat Österreich, geriet nach den Bürgerkriegen in die Diktatur des christlichen Ständestaats (vgl. Sailer, 2000, zit. n. Fürstler et. al., 2004, S. 70). Dies führte zu finanziellen und sozialrechtlichen kritischen Situationen, welche sich auch auf das Pflegepersonal auswirkten. Diplomiertes Pflegepersonal konnte aufgrund der schlechten wirtschaftlichen Lage nicht mehr angestellt werden. Der Ständestaat brachte für das Pflegepersonal in Bezug auf religiöse, politische und dienstliche Einstellung entscheidende Veränderungen, die weitreichende Auswirkungen auf die Ausübung des Berufes hatten (vgl. Sailer, 2000, zit. n. Fürstler et. al., 2004, S. 78).

Die Arbeitslosigkeit stieg zunehmend an und erreichte in den Jahren 1933/34 ihren Höchststand. Diese dramatische Entwicklung machte auch nicht vor dem Krankenpflegeberuf halt. Ab 1934 mussten alle öffentlich Bediensteten, Mitglied bei der Vaterländischen Front sein und Parteiabzeichen öffentlich tragen. Die Angehörigkeit wurde auch zum Aufnahmekriterium für die Krankenpflegesschulen (vgl. Sailer, 2000, zit. n. Fürstler et. al. , 2004, S. 79). Um nicht noch mehr arbeitsloses Pflegepersonals auszubilden, wurden die Aufnahmen in Krankenpflegesschulen stark verringert, teilweise kam es zu Schließungen etlicher Ausbildungsstätten für die Pflege (vgl. Sailer, 2000, zit. n. Fürstler et. al., 2004, S. 79).

Diese Hintergründe nahmen auf die Werdung des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes großen Einfluss.

4.1.1. Vorgeschichte des heutigen ÖGKV

1904 gründete Viktor Mucha, der damalige Direktor des Allgemeinen Krankenhauses in Wien das Pflegerinnen-Institut der sogenannten „Blauen Schwestern“. Das neu entstandene Institut sollte zur Ausbildung von Krankenschwestern dienen und für deren Lebensunterhalt aufkommen. Ziel war es, staatliche Krankenpflegesschulen einzuführen.

Durch das entstandene Gemeinschaftsgefühl in den vorhergehenden Jahren der Schwestern der einzelnen Krankenhäuser reifte der Wunsch, die Schwestern zusammenzuführen, zu stärken, sowie einer internationalen Verbindung anzugehören. Einige Jahre später, 1927, nahm eine Gruppe österreichischer Krankenschwestern an der Tagung des „Weltbundes der Krankenschwestern“ in Genf teil. Dort wurde um Aufnahme in den Weltbund der Krankenschwestern gebeten. Voraussetzung für eine Aufnahme war allerdings das Bestehen eines unabhängigen nationalen Berufsverbandes, welcher den Forderungen des Weltbundes entsprach (vgl. ÖGKV, o.J., Wir über uns - Chronik – Vorgeschichte, 8.4.2010).

4.1.2. Die Gründung des Vereins 1933

Im Februar 1933, bei einer Zusammenkunft der Schwestern im Café Arkadenhof, wurde erstmals über eine Vereinigung der österreichischen diplomierten Schwestern auf rein beruflicher Basis gesprochen. Die Frage nach einem Zusammenschluss der Schwestern erregte auch bei anderen BerufskollegInnen der verschiedensten Krankenanstalten Wiens großes Interesse. Nach mehreren Treffen der interessierten Schwestern kam es am 20. April 1933 zur Gründungsversammlung des „Verbands der diplomierten Krankenpflegerinnen“ im Klubhaus in der Cottagegasse. Durch erfolgreiche Werberufe

und engagierte Mitglieder im Gründungskomitee konnte der Verband am Tage der Gründungsfeier, am 20. Mai 1933, bereits 200 Mitglieder zählen (vgl. Ohne Autor, 1934, S. 26-27). Um den Richtlinien des Weltenbundes zu entsprechen, konnten nur diplomierte Krankenpflegerinnen mit dreijähriger Ausbildung als Mitglied aufgenommen werden. Darüber hinaus musste die Geschäftsführung sowie die Leitung von den Mitgliedern selbst übernommen werden (vgl. Pietzcker, 1934, S. 7).

Die Verbandsleitung und der Ausschuss stellten sich aus nachfolgend genannten Personen zusammen:

Position:	Name:
1. Vorsitzende/Präsidentin	Oberschwester Hedwig Birkner
2. Vorsitzende	Schwester Helene Roth
1. Schriftführerin	Schwester Hedwig Kosina
2. Schriftführerin	Schwester Elfriede Biciste
1. Kassiererin:	Schwester Alba Alberti
2. Kassiererin	Schwester Waltraud Kudlich
1. Bibliothekarin	Schwester Gertrud Engländer
Ausschussmitglieder	Schwester Dominika Pietzcker
	Schwester Johanna Schwarzenberg
	Schwester Cornelia Fischer
	Schwester Sophie Mayer
	Schwester Anna Kargl
	Schwester Marianne Sammer
	Schwester Helene Leon
	Schwester Marianne Meier
Vertrauenskomitee	Schwester Helene Sternberg
	Schwester Friederike Zehetner
	Schwester Anna Nyerges
	Schwester Marie Adamczyk
	Schwester Mathilde Wettstein
Kontrollkomitee	Schwester Elisabeth Bolland
	Schwester Ida Glier

Tabelle 4: Ausschuss des Verbands der diplomierten Krankenpflegerinnen 1934 (vgl. O. A., 1934, o.S.).

Von Seiten der Verbandsleitung sah man die Gründung des Verbands als eine Förderung der Berufsinteressen, eine Festigung von Stand, Ansehen und Stellung im öffentlichen Leben an (vgl. Die Verbandsleitung, 1934, S. 45).

Auch der damalige Direktor des Allgemeinen Krankenhauses in Wien, Dr. Eduard Meder, sah in der Gründung des Verbands der diplomierten Pflegerinnen Österreichs eine Aufwärtsbewegung im Pflegewesen. Regelmäßige Fortbildung durch Austausch von Wissen und Erfahrungen, Schaffung von Standesbewusstsein, ethische Lebensauffassung, Pflicht- und Verantwortungsgefühl bei KrankenpflegerInnen zu fördern und zu festigen, beschrieb er im Begleitwort der ersten Verbandszeitschrift als Aufgaben des Verbands. Die Zielsetzung des damaligen Verbands - eine ideale Berufsauffassung zu verbreiten – sah Meder als wichtige Aufgabe, um den Berufsstand zu einem der bedeutendsten Berufsstände Österreichs zu verhelfen. Vor allem aber sah er die Entwicklung des Pflegewesens jederzeit von den Vereinigungen der Pflegepersonen abhängig (vgl. Meder, 1934, S. 3).

Laut Ilse Marie Walter lagen die programmatischen Schwerpunkte des Verbands in der „Förderung einer hohen ethischen Berufsauffassung und einem hohen Pflicht- und Standesbewusstsein“ (Walter, 2000, S. 37).

4.1.3. Aktivitäten seit Präsidentin Hedwig Birkner 1933-1938



*„Was man für andre tut, für andre schafft,
Wie man das Heil der anderen Wirkend mehrt,
Wie man den andern leiht die eigne Kraft,
Das ist des Lebens Inhalt, ist sein Wert“*
(Billroth, zit. n. Birkner, 1934, S. 3).

Abbildung 3: Hedwig Birkner, ÖGKV Fotoarchiv, o.J., Bundessekretariat, Wien).

4.1.3.1. Aus- und Fortbildung

„Der Beruf verlangt ernstes Studium, Vertiefung in mannigfaltige Gebiete der Wissenschaft, Achtung vor fremden religiösen Anschauungen und Verstehen der menschlichen Bedürfnisse körperlicher und seelischer Natur“
(Birkner, 1934, S. 5).



Abbildung 4: Hedwig Birkner bei einem Lehrkurs für die Schwestern (ÖGKV Fotoarchiv, o.J., Bundessekretariat, Wien).

Bei Durchsicht der alten Verbandszeitschriften von 1934 bis 1935 sind die Themenschwerpunkte und Verbandsziele der damaligen Zeit rasch erkennbar.

Eines der wichtigsten Vorhaben der damaligen Präsidentin Hedwig Birkner war eindeutig die Schaffung von Fortbildungsmöglichkeiten für die Krankenschwestern.

Ab Jänner 1934 wurden erstmals Vortragabende, welche in regelmäßigen Abständen im Hörsaal der Wiener Universitäts-Kinderklinik stattfanden, für die Mitglieder angeboten. Diese setzten sich aus unterschiedlichen Themen wie beispielsweise der Geschichte der Krankenpflege bis hin zu psychischen Hygiene und Pädagogik am Krankenbett zusammen. Unter anderem beinhalteten diese Veranstaltungen auch Berichte über amerikanische Krankenpflegeschulen. Unter anderem gab es praktische Vorführungen über Pflege von PatientInnen mit verschiedenen Krankheiten (vgl. O.A., 1934, Verbandsnachrichten, S. 27).

4.1.3.2. Internationale Netzwerke

Dem Verband war seit jeher eine internationale Zusammenarbeit mit anderen Schwesternschaften sehr wichtig. Daher wurde am 20. Mai 1933 ein Ansuchen, um Aufnahme in den „Weltbund der Krankenschwestern“ gestellt (vgl. ÖGKV, o.J., Wir über uns - Chronik – Vorgeschichte, 8.4.2010).

Am 11. Juli 1933 wurde der neu gegründete Verband beim Kongress des Weltbundes in Paris als Mitglied aufgenommen. Dies war für den neu gegründeten Verband und für die Pflege in Österreich ein enormer wichtiger Fortschritt, da eine Aufnahme in den Weltbund nur für politisch unabhängige Krankenpflegeorganisationen möglich war (vgl. Die

Verbandsleitung, 1934, S. 46). Vorrangiges Bestreben dieser internationalen Vereinigung war es, die Stellung der einzelnen Schwestern in ihrem eigenen Land zu stärken und die Hebung des Berufsstandes zu fördern. Unter anderem fanden in regelmäßigen Abständen internationale Kongresse statt, in denen Berufserfahrungen ausgetauscht werden konnten. Gleichzeitig wurde ein wegweisender Vergleich von Einrichtungen und Methoden auf dem Gebiet der Krankenpflege anderer Länder ermöglicht, wodurch Veränderungen im österreichischen Pflegewesen unternommen werden konnten (vgl. Pietzcker, 1934, S. 6-9). Am 22. Mai 1934 trat Johanna Schwarzenberger die Stelle zur geschäftsführenden Sekretärin in der Zentralstelle des Weltbundes in Genf an (vgl. O.A., 1934, Verbandsnachrichten, 1, 3, S. 67). Dies förderte natürlich die Verbundenheit zum Weltbund der Krankenschwestern noch mehr.

Anbei ein kurzer Ausschnitt aus dem Vortrag von Sr. Apelt-Planke nach der Aufnahme des Vereins in den Weltbund:

„(...) Wir waren alle in festlich gehobener Stimmung - die Fahnen in den Landesfarben der anwesenden Verbände waren unter Blumen auf der Tribüne aufgestellt, und wir hatten gleich unser Rot-Weiß-Rot unter all den vielen Farben entdeckt. Den Vorsitz führte die Gründerin des Weltbundes, Mrs. Bedford-Fenwick. Unter den Klängen der französischen Nationalhymne wurde die Feier eröffnet. Zuerst wurden die nationalen Vertreterinnen im Weltbund aufgerufen, dann folgte die Vorstellung der neu angeschlossenen Verbände. Unsere Vorsitzende, Oberschwester Birkner, wurde von Mlle. Leonie Chaptal, der Präsidentin des Nationalverbandes von Frankreich, beglückwünscht. Es ist Sitte, dass jeder neu aufgenommene Verband von der Vorsitzenden eines bereits im Weltbund vertretenen Verbandes sozusagen aus der Taufe gehoben wird. In unserem Fall war es Frankreich. Ein Rosenstrauß, herzliche Glückwünsche und ehrender Beifall bewiesen die allgemeine Sympathie für Österreich. Später zeigten die einzelnen Verbände Wegbahnerinnen in der Krankenpflege in ihrer Tracht. Aus Österreich war es eine Rudolfinerin. Das einfache Waschkleid wirkte in seiner Schlichtheit gegenüber all den Woll- und Stoffkleidern so kleidsam und hygienisch, dass es mit großem Beifall begrüßt wurde. Den Abschluss dieser Trachtenschau bildete das Erscheinen Florence Nightingales. Es war ein schönes Schlussbild: 'The Lady with the Lamp' umgeben von den nationalen Vertreterinnen" (ÖGKV, o.J., Wir über uns - Chronik – Vorgeschichte, 8.4.2010).

4.1.3.3. Verbandszeitschrift

Der Verband zeichnete sich aber nicht nur durch Bemühungen der internationalen Verknüpfungen aus, sondern war stets bemüht, ein nationales Zusammengehörigkeitsgefühl in der Berufsgruppe zu schaffen. Durch die Herausgabe einer Verbandszeitung, die vierteljährlich auflag, setzte der junge Verband ein weiteres Lebenszeichen an die Berufsgruppe nach Außen. Die Erste Ausgabe erschien am 29. Dezember 1933 mit dem Titel *„Mitteilungen des Verbandes der Diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs“*.

Die Verbandsleitung sah in der Zeitschrift darüber hinaus eine Ermutigung zum Sprechen in der Öffentlichkeit und ein Medium, um eine einzige Berufsauffassung innerhalb der Schwestern zu kommunizieren. Jeder Pflegeperson wurde die Gelegenheit gegeben, ihre selbst gemachten Erfahrungen in ihrer Berufsarbeit zu berichten. Dadurch erhoffte sich die Verbandsleitung, das Selbstvertrauen der Berufsgruppe zu festigen und zu stärken (vgl. Die Verbandsleitung, 1934, S. 45). Dies wurde auch gleich in der ersten Ausgabe an die Mitglieder des Verbandes kommuniziert.

„Unser Verbandsblatt, das wir österreichischen diplomierten Krankenpflegerinnen „Mitteilungen“ nennen wollen, soll uns Gelegenheit geben, über unser Berufsleben, über Erfahrungen, über Freud und Leid zu berichten, es soll uns gegenseitig bereichern, uns befreunden und uns in unserer Berufsauffassung einig machen“ (Birkner, 1934, S. 5).

Vor allem wurde durch die Verbandszeitschrift den Mitgliedern eine gemeinsame Wert- und Rechtfertigungsvorstellung über den Pflegeberuf vermittelt. Darüber hinaus konnte damit auch die gesellschaftliche Wertigkeit und Wichtigkeit, sowie die Leistungen der Pflege betont werden.

Die Zeitschrift war zum größten Teil mit Erfahrungsberichten über die Arbeit von Schwestern und Ärzten gefüllt. Es fanden sich immer wieder aktuelle Artikel über pflegerisch wertvolle Themen und Eindrücke von Schwestern, die sie auf Auslandsreisen gewonnen hatten. Durch diese Berichterstattungen wurden Pflegewesen anderer Länder der österreichischen Schwesternschaft näher gebracht. Es entstand ein regelrechter Wissensaustausch mit internationalen Schwesternorganisationen über neue Entwicklungen der Pflege.

So wurde eine Studienreise in die Schweiz in der dritten Ausgabe der Verbandszeitschrift von 1934 angekündigt, bei welcher Schwerpunkte wie religiöse Grundkräfte in der Krankenpflege, die Persönlichkeit der Krankenpflegerin, Einrichtung und Organisation im

Krankenhaus, angekündigt worden sind (vgl. O.A., 1934, Verbandsnachrichten, 1, 3, S. 68).

Unter anderem stellte Hedwig Birkner ihre Zeitstudie über das Pflegeausmaß auf Säuglingsstationen vor. Später wurden von ihr Zeitstudien publiziert, welche sich mit der „idealen Diensterteilung“ befassten.

Die Frage nach der Ethik im Pflegeberuf wurde schon damals im Artikel „*Ethik in unserem Beruf*“ von Helene Roth aufgegriffen. Darin wurden Voraussetzungen und Eigenschaften einer Krankenschwester beschrieben und somit auch das Thema der Persönlichkeit der Krankenpflegerin angesprochen (vgl. Roth, 1934, S. 31-33).

Genaue Vorstellungen über die Krankenschwester und ihre Aufgaben, lassen sich im Artikel von Schwester Lilli Haselberger, in der zweiten Ausgabe im Jahr 1935, der Verbandszeitschrift herauslesen. In dem Beitrag „*Aufgaben und Ziele der Krankenpflege*“ erwähnt sie Kriterien für die Aufnahme als KrankenpflegerschülerIn, sowie auch die Stellung der Pflege zu jener Zeit und definiert ganz klar das Verhältnis zwischen Arzt und Pflegeperson damit, dass „(...) *die geschulte Pflegeperson wohl die Helferin, aber nicht die Handlangerin des Arztes ist*“ (Haselberger, 1935, S. 55).

Exkurs: Hedwig Birkner vormals Christine Brzezina

Hedwig Birkner war eine Frau die man als aktiv beteiligtes Mitglied der ersten Stunde des Verbandes der diplomierten Krankenpflegerinnen bezeichnen kann. Durch ihre unermüdlichen und vorbildlichen Bemühungen leistete sie hervorragende Berufsarbeit. Vor allem aber verstand sie es, einen Zusammengehörigkeitsgeist in der damaligen Schwesternschaft zu wecken. Durch Weitblick und viel Liebe zu ihrem Beruf, verhalf sie dem Berufsstand der Pflege zu einem Stück Professionalität.

Die für die historische Entwicklung der österreichischen Gesundheits- und Krankenpflege äußerst bedeutende Persönlichkeit wurde am 12. Jänner 1878 in Brunn am Gebirge als Christine Brzezina geboren. Nachforschungen von Frau Ilsemarie Walter ergaben, dass Brzezina ihren Familiennamen am 17. April 1920 am Wiener Magistrat in Hedwig Birkner aus nationalen Gründen ändern lies (vgl. Walter, o.J., ÖGKV Archiv). Nach einigen Kursbesuchen in der Krankenpflege beim Roten Kreuz in Berlin – wo sie einige Jahre lebte, ist sie nach ihrer Rückkehr nach Österreich im Jahr 1908 dem Pflegeinstitut des Allgemeinen Krankenhauses in Wien, auch „Blaue Schwestern“ genannt, beigetreten. Bald darauf übernahm sie die Funktion einer Stationsschwester an der neueröffneten

II. Universitäts-Frauenklinik. Durch ihr Organisationstalent und ihren unermüdlichen Fleiß wurde sie 1911 Oberschwester und von Professor Dr. Clemens Pirquet an die neu erbaute Universitäts- Kinderklinik berufen (vgl. Schwesternschaft der Universtiäts-Kinderklinik in

Wien, 1948, S. 61-63). Durch vorbildhafte Zusammenarbeit mit ÄrztInnen zeigte sie schon damals ein hohes Engagement an professionellem Handeln in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Von ihrem Vorstand Professor Dr. Pirquet, welcher ein großer Förderer aller Schwesterninteressen war, wurde sie in jeder Weise unterstützt und gefördert. Pirquet zog sie zur Mitarbeit an seinem Ernährungssystem sowie an der Ausarbeitung eines Kinderpflegelehrbuches heran. Trotz ihrer zahlreichen Aktivitäten engagierte sie sich unter anderem auch für das Amerikanische Kinderhilfswerk in Österreich, welches von Professor Pirquet und US-Präsident Hoover nach dem ersten Weltkrieg ins Leben gerufen wurde. Ihr größter Herzenswunsch war es jedoch, eine angemessene Aus- und Weiterbildung für ihre Berufsgruppe zu schaffen. Daher unterstützte sie mit vollem Einsatz die Vorbereitungen zur Eröffnung der einjährigen Pirquet-Schule für KinderkrankenpflegerInnen. Sie trug maßgeblich zu den Vorarbeiten bei, erstellte Lehrpläne und war bei der Organisation des Internats mitverantwortlich. Im Oktober 1912 wurde die Eröffnung der Schule gefeiert. Ein Jahr nach Eröffnung im Jahr 1913 musste die Kinderschwesternschule wegen der neu eröffneten Krankenpflegeschule im Allgemeinen Krankenhaus allerdings wieder geschlossen werden. Nachdem ihr die Weiterbildung im Krankenpflegeberuf sehr wichtig war, besuchte sie selbst die neueröffnete Krankenpflegeschule im Allgemeinen Krankenhaus und erlangte ihr Diplom am 25. Juni 1915 (vgl. Dorffner, 1999, S. 18).



Abbildung 5: Professor Dr. Pirquet und Schwestern (ÖGKV Fotoarchiv, o.J, Bundessekretariat, Wien).

Im Hinblick auf die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung erkannte sie schon damals, dass eine Spezialisierung der Schwester auf einem bestimmten Gebiet der Krankenpflege nur dann vollen Wert hat, wenn jede Schwester als Grundlage die Ausbildung in der allgemeinen Krankenpflege besitzt. Durch Mithilfe von anderen Stationschwestern erteilte Oberschwester Birkner ihren SchülerInnen neben praktischen auch theoretischen Unterricht. Es gelang ihr, für jede einzelne Station spezielle Lehrpläne und Instruktionbücher zu erstellen (vgl. Schwesternschaft der Universitäts-Kinderklinik in Wien, 1948, S. 62). Durch die festgeschriebenen Leitfäden bzw. Anweisungen konnten erstmals einheitliche Vorgehensweisen in bestimmten Situationen in der Pflege sichergestellt werden (vgl. Dorffner, 1999, S. 18).

Neben der Ausbildung des Pflegepersonals war ihr auch die Fortbildung ihrer klinischen Schwestern und diese in jede Richtung zu fördern, ein großes Anliegen. Diese bildete sie selbst zu Stations- und praktischen Lehrschwestern aus. Darüber hinaus war sie stets um das Wohl ihrer Schwestern besorgt und stand ihnen jederzeit mit Rat und Tat zur Seite. Neben vielen anderen Tätigkeiten unterrichtete sie Fürsorgerinnen, Lehrerinnen und Zöglinge sozialer Frauenschulen in der Säuglings- und Kinderpflege und junge Mütter in sogenannten Mütterkursen. Es dauerte nicht lange bis ihre Leistungen großen internationalen Zuspruch fanden und hohes Ansehen erlangten. Zahlreiche Schwestern aus verschiedenen Ländern, insbesondere von der Rockefeller Foundation, besuchten zur praktischen Weiterbildung die Universitäts-Kinderklinik. Professionalität zeigte Oberschwester Birkner auch, indem sie großes Interesse an der internationalen Pflege zeigte. Durch Studienreisen nach Deutschland, England, Finnland, Holland und vielen anderen Ländern versuchte sie andere Pflegeweisen und Schwesternarbeiten kennenzulernen. Ihr Engagement an neuen Erkenntnissen und Fortschritten im Bereich der Pflege war unersättlich. Vor allem war dadurch ein internationaler Austausch und internationale Vernetzungsarbeit schon zur damaligen Zeit gegeben. Das gewonnene Wissen durch die Auslandsreisen versuchte sie stets im Betrieb der Kinderklinik in Wien zu verwerten (vgl. Schwesternschaft der Universitäts-Kinderklinik in Wien, 1948, S. 62).

Darüber hinaus fand sie noch genügend Zeit, sich für die organisierte Zusammenkunft und Weiterentwicklung ihrer Berufsgruppe einzusetzen. Im Jahr 1917 wurde sie in die Verbandsleitung der „Fachorganisationen der geschulten Krankenpflegerinnen, Fürsorgerinnen und verwandter Berufe Österreichs“ gewählt (vgl. Dorffner, 1999, S. 19).

Einer der großartigsten Erfolge ihrerseits war die Mitgründung des Verbands der diplomierten Krankenschwestern Österreichs im Jahre 1933 und der Anschluss an den Weltbund der Krankenpflegerinnen, der anlässlich des Kongresses in Paris im Jahre 1935 vollzogen wurde. Bis zur Auflösung des Verbands 1938 blieb sie als Präsidentin im Amt.

1939 zog sich Oberschwester Birkner von ihrer klinischen Arbeit zurück, übte aber ihre Lehrtätigkeit an Mütterschulen noch einige Jahre aus. Nationalsozialistisch engagiert Am 12. August 1948 verstarb Hedwig Birkner nach einem jahrelangen schweren Leiden (vgl. Schwesternschaft der Universtiäts-Kinderklinik in Wien, 1948, S. 62).

Trotz aufopfernder Tätigkeiten, ist das Wirken von Hedwig Birkner umstritten. Laut Fürstler (2004), begrüßte Birkner den Anschluss Österreichs, an das nationalsozialistische Deutschland. Dies wird durch einen Brief von Birkner an die Berliner Redaktion nur drei Tage nach dem Anschluss bekräftigt, in dem sie begeisterte Grüße an die Deutschen Schwestern in diesen herrlichen Tagen der Auferstehung Österreichs übermittelte (vgl. Fürstler et. al., 2004, S. 127).

4.1.4. Schwierige Zeiten – Eingliederung in den Ständestaat

So wie für viele andere österreichische Berufsverbände der Pflege in der Zwischenkriegszeit kamen auch auf den Verband der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs schwere Zeiten zu. Für den Verband bedeutete diese Zeit weitreichende Veränderungen sowie kaum Fortschritte in der Entwicklung des Verbands, was sich unter anderem im Tätigkeitsbericht von 1934 herauslesen lässt. Durch einen eindrucksvollen Jahresbericht schilderte die Präsidentin Birkner das vergangene Arbeitsjahr des Verbands. Weiters erwähnt sie die Besprechung der Verbandsleitung mit dem Bundesministerium für soziale Verwaltung, in der es um die Eingliederung in den Ständestaat ging, wobei die österreichische Krankenpflege eine Spaltung erlitt. Schwestern der öffentlichen Anstalten wurden der Beamtenkammer zugeteilt, Schwestern der Privatanstalten und Privatpflege wurde in den Gewerkschaftskammerbund eingereiht. Darüber hinaus hatte die Regierung eine nicht diplomierte Schwester des allgemeinen Krankenhauses in Wien als Vertreterin aller Krankenpflegerinnen der öffentlichen Anstalten in Österreich ernannt. Ebenso war die Interessensvertretung der Pflege in der Gewerkschaft keine diplomierte Schwester. Aufgrund dessen veranlasste der Verband ein Schreiben an den Minister Neustädter-Stürmer, indem Einspruch gegen die Nichtachtung des Berufsstandes durch die Ernennung nicht-diplomierter Krankenpflegerinnen erhoben wurde (vgl. Birkner, 1935, S. 85-89).

Um den gesetzlichen Bestimmungen nachzukommen, musste der Verband am 19. März 1935 in „Vereinigung der Diplomierten Krankenschwestern Österreichs“ umbenannt werden (vgl. ÖGKV, o.J., Wir über uns - Chronik – Vorgeschichte, 8.4.2010).

In der Jahresversammlung am 9. April 1935 wurden weitreichende Änderungen betreffend den Vereinssatzungen vorgenommen. Der Zweck des Verbandes, berufliche Interessen

der Mitglieder unpolitisch und ohne Unterschied der Konfession zu vertreten, wurde gestrichen (vgl. Ohne Autor, 1935, S. 82).

Durch die neugegründete „Katholischen Schwesternschaft Österreichs“ 1935, welche mit der damaligen christlich- sozialen Regierung konform ging, bekam der Verband große Konkurrenz. Hinzu kamen die politisch und wirtschaftlich allgemein schlechte Lage sowie finanzielle Schwierigkeiten Österreichs, welche die Tätigkeiten des Verbands enorm einschränkten. Aufgrund dessen musste die Herausgabe der Verbandszeitung 1936 eingestellt werden. Ebenso wurde das Fortbildungsangebot für das Pflegepersonal enorm dezimiert und die Mitgliedsbeiträge mussten an die Mitglieder bis auf einen Schilling refundiert werden. Bis 1938 gelang es, die Mitgliedschaft beim „Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpflegern“ aufrechtzuerhalten (vgl. Walter, 2000, S. 37). Dazu ein kurzer Beitrag in der vierten Nummer der Verbandszeitschrift von 1935.

„Wie Ihnen allen wahrscheinlich bekannt ist, wird nunmehr ein neuer Verband für katholische Krankenschwestern gegründet. (...) so hat der von Ihnen gewählte Ausschuß beschlossen, die Tätigkeit unseres Verbandes vorderhand einzuschränken. Unsere Mitglieder, welche uns treu bleiben wollen, behalten ihre Mitgliedschaft unter der Bedingung, daß sie dem Verband den jährlichen Beitrag von S 1.- zuwenden, den ihre Zugehörigkeit zum Weltbund und die Regiekosten fordert. Andere Verpflichtungen haben sie nicht, können ihre Verbandsabzeichen behalten und tragen – nur müssen sie vorläufig auf unsere Zeitschrift und die uns liebe gewordenen Fortbildungsvorträge verzichten“ (Ausschuss der Vereinigung der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs, 1935, S. 9).

Die oben angeführte Stellungnahme vom Ausschuss des Vereins in der damals letzten Ausgabe der Vereinszeitung an die Mitglieder schildern die drastischen Einschränkungmaßnahmen aufgrund der politischen Situation Österreichs. Im Mai 1936 teilte der Verband der Universitätsbibliothek Wien durch ein Schreiben mit, dass die Verbandszeitschrift mit der Heftnummer 4 vom Oktober 1935 eingestellt wurde (vgl. Kosina, 1936, ÖGKV Archiv).

Bei der letzten Jahresversammlung am 26. Oktober 1937 wird in der Chronik des ÖGKV auf einen Mitgliederstand von 323 Pflegepersonen verwiesen. Mit dem Einmarsch der deutschen Truppen und dem erfolgten Anschluss Österreichs an das Deutsche Reich im Jahr 1938, kam es zur Zwangsauflösung des Berufsverbands. Bis 1938 gelang es dem Verband, eine vollständige Statistik über die in Österreich tätigen diplomierten Krankenschwestern zu erfassen (vgl. ÖGKV, o.J., Wir über uns - Chronik – Vorgeschichte, 8.4.2010).

4.1.5. Die Nachkriegszeit und Lilli Petschnigg 1947

„Ich sagte, dass ich für alle Schwesternschaften dienlich sein will, mit der einen Voraussetzung, dass sie es wollen. Ich bin gerne bereit, in allen schwesternschaftlichen Organisationen, Verbänden und Vereinigungen helfend mitzuarbeiten, um dem allgemeinen, österreichischen Schwesternwesen dienstbar zu sein“ (O.A., 1947, Protokoll vom 1.8.1947).



Abbildung 6: Lilli Petschnigg (ÖGKV Fotoarchiv, o.J. Bundessekretariat, Wien).

Nach Beendigung des 2. Weltkrieges, am 9. Mai 1945, begannen die ersten Überlegungen zur neuen Formierung des Verbands der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs. Die in der Schweiz lebende Österreicherin, Oberin Lilli Petschnigg, setzte diesbezüglich nachhaltige Aktivitäten. 1947 wurde sie als Delegierte der Liga der Rotkreuzgesellschaft nach Wien geschickt, um Österreich beim Wiederaufbau einer Schwesternschaft tatkräftig zu unterstützen (vgl. ÖGKV, o.J., Wir über uns – Chronik – 1945 – 1954, 9.4.2010). Vor allem aber sah sie es als ihre Aufgabe, die einzelnen Krankenanstalten Wiens sowie die Schwestern und Krankenhäuser der jeweiligen Bundesländer kennenzulernen, um einen besseren Einblick in die Sachlage des österreichischen Schwesternwesens zu gewinnen. Vorschläge und Ideen seitens der österreichischen Schwestern waren erwünscht und gerne angenommen, welche Petschnigg an die zuständigen Stellen im In- und Ausland vorbrachte (O.A., 1947, Protokoll vom 1.8.1947).

Im Protokoll vom 1. August 1947 *„Begrüßung der Oberinnen der Stadt Wien durch Lilly Petschnigg“* betonte diese, ihre Agenden in Österreich erneut.

„Meine Aufgaben liegen zunächst im Roten Kreuz, d.h. ich soll helfen, die Rotkreuzschwesternschaft in Österreich wieder aufzubauen und zu festigen, kann aber gleichzeitig auch den anderen Schwesternschaften dienen, denn ich habe auch die Aufgabe übernommen, die seinerzeit durch die UNRRA für das österreichische Schwesternwesen getan wurde“ (O.A., 1947, Protokoll vom 1.8.1947).

4.1.4.1. Wirken und Tätigkeiten Petschniggs

In der zweiten Sitzung des Rot-Kreuz Oberinntreffens am 5. August 1947, stellte Oberin Petschnigg die allgemein schwierige Lage in der sich das Schwesternwesen in Österreich befand fest. Trotzdem war es ihr Ziel, mit ihrem Dasein möglichst viel Gewinn für das österreichische Schwesternwesen zu bringen. Hilfsbereitschaft fand Lilli Petschnigg bei den österreichischen Behörden sowie bei den Alliierten. Die Probleme, denen sich das österreichische Schwesternwesen gegenüber sah waren, die unklaren Vorstellungen der österreichischen Schwestern über das anzustrebende Ziel. Ebenso führte Petschnigg in diesem Zusammentreffen, zwei wichtige Zielsetzungen an. Einerseits bestand sie auf eine feste Form der Rot- Kreuz- Schwesternschaften in Österreich, andererseits strebte sie die Einigung aller Schwesternverbände im Land an (vgl. Ohne Autor, 1947, Protokoll vom 5.-7. August 1947). Vor allem aber wollte sie die Weiterentwicklung des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes ermöglichen. Um diese Bestrebungen aber umsetzen zu können, sah sie es als notwendig, vor allem die Schwestern in Österreich in die Vorhaben miteinzubinden. Diese äußerte sie auch in ihrer Rede zur Begrüßung in Wien.

„(...) wir alle arbeiten für die Hebung des Schwesternwesens in unserem Land. Jede einzelne ist dafür verantwortlich und keine sollte sich aus diesem oder jenem Grunde ausschliessen. Nur wir Schwestern können in entsprechender Weise für unseren Beruf eintreten und das erreichen, was wir uns selbst zum Ziel machen“ (O.A., 1947, Protokoll vom 1.8.1947).

Innerhalb eines Jahres gelang es ihr, das österreichische Schwesternwesen, welches durch den Krieg stark gelitten hatte, neu zu organisieren. Bei ihrer Ankunft traf sie auf prekäre Verhältnisse, da Österreich zu jener Zeit in vier Besatzungszonen aufgeteilt war. Den Schwesterngemeinschaften, die sich nach dem Krieg in den einzelnen Bundesländern durchaus schnell wieder zusammenschlossen, gelang es nicht, sich bundesübergreifend zu verbinden. Durch die unermüdlichen Anstrengungen und wiederholten Besuche in den Bundesländern, um den Kontakt zwischen den Gemeinschaften wieder herzustellen, wurde Petschnigg zum Bindeglied zwischen den einzelnen Gruppen (vgl. ÖGKV, o.J., Wir über uns – Chronik – 1945 – 1954, 9.4.2010).

Der damalige wiederauflebende Vereinigungswunsch der Schwestern, der durch Petschniggs Arbeit entstand, schildert auch ein Artikel der Verbandszeitschrift von 1948.

„Die glühende Liebe zum Beruf, die flammende Energie dieser zarten Frau weckte wieder alles Gute in uns, das in langen bitteren Jahren verschüttet worden war. Wir alle fühlten wieder den alten Eifer, den Idealismus, der uns beim Eintritt in den Beruf beseelt hatte. Es schien, als ob in unserem Vaterland, das so lange von der übrigen Welt abgeschlossen war, eine Tür geöffnet würde, durch die ein neuer, belebender Lufthauch einzog“ (O.A., 1948, S. 5).

Dieser kurze Ausschnitt zeigt, welche Energie und welchen Mut Lilli Petschnigg auf die Schwestern in Österreich ausstrahlte. Vor allem aber zeigt es, dass es den Einsatz und Engagement einer starken Persönlichkeit benötigte, um das Schwesternwesen in Österreich aufzubauen und für eine Organisation zu gewinnen. Nicht nur die materielle Not im Lande war groß, sondern auch im Pflegeberuf herrschte Chaos. Aufgrund der vielen Schnellsiedekurse während der Kriegszeit nannten sich viele Schwestern „diplomierte Schwestern“. Im Protokoll der zweiten Rot- Kreuz- Oberinnentreffen wird auf die derzeitige Ausbildungssituation der Schwestern hingewiesen. Oberin Finze berichtet über verschiedene Ausbildungsmöglichkeiten in den einzelnen Bundesländern, die zwischen drei und sechs Monate andauerten und mit einer Prüfung und einem sogenannten gültigen Ausweis abschloss. Die Regelung der Ausbildung war bis dahin noch nicht gesetzlich festgelegt worden (vgl. Ohne Autor, 1947, Protokoll vom 5.-7. August 1947). Auch im Protokoll vom 25. März 1950 des erweiterten Vorstandes wird vermerkt, dass diplomierte Schwestern, eine staatliche Anerkennung nur aufgrund längerjähriger Krankenhausarbeit erhielten. In Wirklichkeit hatten diese aber nie eine Pflegeschule besucht sondern teilweise nur einen sechswöchigen Kurs absolviert. Diese wurden daher als sogenannte Scheinschwester bezeichnet (vgl. Pischinger, 1950, Protokoll vom 25.3.1950).

Ein großes Anliegen bereitete Petschnigg laut Protokoll des 1. August 1947, aber auch die Lehrschwestern und Stationsschwester mit Erfahrungen im praktischen Unterricht. Bis dahin gab es noch keine geregelte Ausbildung für Lehrschwestern daher veranstaltete sie Vortragsreihen in Pädagogik und Methodik (vgl. O.A., 1947, Protokoll vom 1.8.1947).

Wenige Monate danach fanden sich Arbeitsrunden der Oberinnen in den jeweiligen Bundesländern sowie Lehrschwesternrunden in Wien zusammen. Aus dem Protokoll des ersten Treffens des Lehrschwestern-Arbeitskreises vom 13. Oktober 1947 geht hervor,

dass Pflegefachzeitschriften von allen Schwestern gelesen werden sollten. Englischsprachige Artikel sollten übersetzt werden und an die Schwesternschaft ausgeteilt werden. Der Zusammenschluss dieses Arbeitskreises sollte unter anderem auch zu gegenseitigen Kennenlernen dienen und um eine Diskussionsdisziplin zu erlernen. Themen waren vor allem das Ausbildungswesen der SchülerInnen und die Schwesternfortbildungen sowie geplante Vorträge über Ethik für die Stationsschwestern. Unter anderem sollte auch die Stellung der Schwester zum Arzt besprochen werden. (vgl. Schermer, 1974, Protokoll vom 13. Oktober 1947).

Im damaligen Werberundschreiben machte der Verband vor allem mit den folgenden Zielsetzungen auf sich aufmerksam:

Durch Zusammenkünfte die sich auf rein berufliche Themen und fachlichen Vorträge bezogen, wollte man den Schwestern Gelegenheit geben, sich in ihrem Beruf weiterzubilden. Das wohl prägnanteste zu dieser Zeit war aber, dass diese Treffen vollkommen frei von jedem politischen Einschlag und mit Berücksichtigung neuer Errungenschaften auf medizinischem und pflegerischem Gebiet stattfinden sollten. Darüber hinaus wollte man der Berufsgruppe die Gelegenheit bieten, über Erfahrungen, Gedanken und Meinungen sachlich zu diskutieren und diese zu besprechen. Ebenso wurde eine Verbandszeitschrift angekündigt (vgl. O.A., 1948, Vereinigung der diplomierten Krankenschwestern und Krankenpfleger Österreichs, ÖGKV Archiv).

Laut Rundschreiben umfasste der Verband nur Krankenpflegepersonal mit staatlich anerkanntem Diplom.

„Jede Schwester, die über das Diplom einer staatlich anerkannten Krankenpflegeschule verfügt, kann Mitglied werden, gleichgültig, welcher Organisation oder Schwesternschaft sie sonst angehört“ (O.A., 1948, Vereinigung der diplomierten Krankenschwestern und Krankenpfleger Österreichs, ÖGKV Archiv).

Nach der Bildung eines Proponentenkomitees wurde in einer Sondersitzung im November 1947 die inoffizielle Vereinigung der Schwestern in einem eigenen Verband beschlossen.

An das Bundesministerium für soziale Verwaltung wurde eine Resolution mit folgenden Forderungen gerichtet:

- Registrierung der diplomierten Schwestern
- Trennung zwischen diplomiertem und ungeschulten Personal
- Einrichtung einer Schwesternzentralstelle im Bundesministerium für soziale Verwaltung (vgl. ÖGKV, o.J., Wir über uns – Chronik – 1945 – 1954, 9.4.2010).

Die Sicherheitsbehörde lehnte jedoch eine Reaktivierung der früheren Vereinigung ab. Somit kam nur mehr eine Neugründung eines Verbandes in Frage. Oberschwester Grohs vom Allgemeinen Krankenhaus in Wien wurde damals mit der vorläufigen Führung der Agenden beauftragt. Bei ihren zahlreichen Krankenhausbesuchen war sie stets bemüht, für den neu entstehenden Verband zu werben (vgl. ÖGKV, o.J., Wir über uns – Chronik – 1945 – 1954, 9.4.2010).

Auch international fand man viele Verbündete, die großes Interesse an der österreichischen Schwesternschaft zeigten. Die zahlreichen Spenden, die aus aller Welt eintrafen, unterstrichen das Zusammengehörigkeitsgefühl mit den Schwesternschaften der übrigen Welt. Die Generalsekretärin des Weltenbundes Miss Daisy Bridges unterstrich die Bedeutung einer Neugründung des Verbandes anlässlich eines Besuches in Österreich (vgl. ÖGKV, o.J., Wir über uns – Chronik – 1945 – 1954, 9.4.2010).

4.1.6. Neugründung des Vereins 1948 - Der Aufschwung

Am 6. Februar 1948 wurde das Ansuchen um Gründung des Verbandes mit dem Titel „Vereinigung diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger Österreichs“ stattgegeben. Die Gründungsversammlung fand am 12. April desselben Jahres im Schubertsaal des Wiener Konzerthauses statt.

Die Verbandsleitung wurde wie folgt besetzt:

Amt	Name
Präsidentin	Marie Therese Strobl
Vizepräsidentin	Therese Fleischhacker
Ordenschwester	Siegmara Bachmann

Tabelle 5: Verbandsleitung des ÖGKV 1948.

Allerdings wurde die Daseinsberechtigung der neugegründeten Vereinigung seitens der Gewerkschaft der öffentlich Angestellten - Sektion Krankenpflege, der Gewerkschaft der Gemeindeangestellten - Gruppe II, Humanitätsanstalten und der Fachvereinigung des Pflegepersonals und verwandter Berufe Gewerkschaft abgelehnt. Dies geschah mit der Begründung, dass der Zweck der Vereinigung bereits durch den Gewerkschaftsbund vereinigter Gewerkschaften abgedeckt sei. Die damalige Verbandsleitung konterte mit einer Wortmeldung in der Verbandszeitschrift Krankenschwester mit dem Titel „Berufs- und Standesfragen - Ein Flugblatt, das uns angeht“, indem sie erklärte, dass sie sich keinerlei

gewerkschaftliche Funktion anmaßt und eine Zusammenarbeit mit der Gewerkschaft wünschenswert wäre (vgl. Die Vereinigung, 1948, S. 32).

Selbst in der Berufsgruppe war der Sinn und Zweck nach der Gründung des Verbands noch nicht eindeutig. Durch einen Ausschnitt der Festrede Petschniggs bei der Gründungsfeier geht klar hervor, dass alle bereits existierenden Schwesternverbände in Österreich durch die Vereinigung der diplomierten Krankenschwestern und Krankenpfleger Österreichs vertreten sind. Kurzum waren somit alle Schwestern aus allen Bundesländern vertreten, mit dem Ziel, das Schwesternniveau zu heben und in berufsethischer und fachlicher Beziehung zu helfen. Trotz des vorhandenen Schwesternmangels aufgrund der Lage der letzten Jahre sah die Vereinigung eine Fachausslese von hoher ethischer Einstellung als notwendig an, da schließlich dem Volkswohl gedient wurde. Somit wurde großer Wert auf Qualität und nicht auf Quantität gelegt. Durch das Diplom wurde die fachliche Eignung garantiert. Vor allem sollten sich die Pflegepersonen durch ethische Haltung, Berufserfahrung und fachliches Können auszeichnen. Daher strebte der Verband Leistungshöchstmaß und Qualität als Merkmal seiner Mitglieder an und wollte die Selbstverantwortlichkeit jedes Einzelnen hervorbringen. Die Vereinigung sollte vor allem durch ihr Bemühen und Wirken sowie durch die sinnvolle Realisierung des Berufsethos gekennzeichnet sein. Es wird abermals betont, dass die Vereinigung unabhängig von parteipolitischen, konfessionellen, rassischen, klassischen und schwesternverbandlichen Bindungen aufgebaut ist (vgl. Schwester Marie K., 1948, S. 4-7).

4.1.7. Aktivitäten seit Marie Therese Strobl 1948 - 1965



Abbildung 7: Marie Therese Strobl
(ÖGKV Fotoarchiv, o.J.,
Bundessekretariat, Wien).

4.1.7.1. Aus- und Fortbildung

In den folgenden Jahren zeigte die Vereinigung ein hohes Engagement und eine rege Tätigkeit im Bereich der Aus- und Fortbildungsplanung für das Pflegepersonal. Auch der damalige Bundesminister für Unterricht, Felix Hurdes, befürwortete in seinem Schreiben die Ausbildung der Lehrerschaft und vor allem die Ausbildung der Schwesternschaft. Seitens des Bundesministeriums für Unterricht stimmte man der Pflege das Recht zu, in ihren Bestimmungen nach höchster fachlicher Ausbildung unterstützt zu werden (vgl. Hurdes, 1948, S. 1-2). Das Interesse an Veranstaltungen wurde immer größer und der Wunsch nach regelmäßigen Vorträgen seitens der Berufsgruppe immer stärker. Erklärtes Verbandsziel war es schon damals, eine bleibende Fortbildungseinrichtung für das Pflegepersonal zu schaffen.

Vorträge und Tagungen für Krankenschwestern wurden in den kommenden Jahren jeweils am Ende der Verbandszeitschrift angekündigt und angeboten. Laut Protokoll des erweiterten Vorstandes vom 25.3.1950 sollten folgende Vorträge in der Kinderklinik abgehalten werden:

- Schwestern sprechen zu Schwestern
- Diät
- Allgemeines über Erziehung
- Frühdiagnose des Krebses
- Wie lässt sich Theorie und Praxis vereinigen?
- Neuerungen auf den verschiedenen Gebieten der Krankenpflege - Auslandserlebnisse von Schwestern (vgl. Pischinger, 1950, Protokoll vom 25.3.1950).

Darüber hinaus sah man die Einrichtung von Fortbildungskursen für leitende Schwestern als dringend notwendig an. Zudem forderte man einen Hauptschulabschluss als Voraussetzung für die Krankenpflegeausbildung mit Diplom (vgl. Pischinger, 1950, Protokoll vom 25.3.1950).

Trotz der Fortbildungsvorträge an der Wiener Kinderklinik und in den Bundesländern reifte der Wunsch nach einer zusammenhängenden Vortragsreihe, verbunden mit einem Praktikum, heran. Helene Leon, Schuloberin der Krankenpflegeschule des Wiener Wilhelminenspitals, hatte sich dazu bereit erklärt, einen 14-tägigen Fortbildungskurs im Wiener Allgemeinen Krankenhaus zu leiten. Im Februar 1952 fand der erste Fortbildungskurs statt, indem die TeilnehmerInnen auch an verschiedenen Abteilungen des

AKH praktizieren konnten. Aufgrund des großen Interesses an den Veranstaltungen wollte man eine bleibende Einrichtung schaffen (vgl. Kapellmüller, 1988, S. 164-183).

4.1.7.2. Internationale Tätigkeiten

Auch international engagierte sich der Verband für die Interessen der österreichischen Schwesternschaft, wobei das Thema der Fortbildung von diplomierten Schwestern nach wie vor im Vordergrund stand.

Beim 4. Internationalen Kongress des Weltbundes im Jahr 1949 in Stockholm erfolgte auch die Wiederaufnahme der Vereinigung der diplomierten Krankenschwestern und Krankenpfleger zugleich mit der deutschen Schwesternschaft in den Weltbund (ICN).

Im Oktober 1953 nahmen zwei österreichische Schwestern bei der ersten gesamteuropäischen Schwesternkonferenz der WHO in Vevey teil.

Beim Treffen der Weltgesundheitsorganisation 1956 in Peebles verkündete die damalige Präsidentin der Vereinigung Marie Therese Strobl, dass das Fehlen einer Fortbildungsschule in Österreich sehr schmerzlich sei (vgl. ÖGKV, o.J., Wir über uns - Chronik - 1955-1964, 10.4.2010). Im selben Jahr war der Verband auch bei der Internationalen Konferenz für PflegerInnen vertreten. Auch beim Kongress des Weltbundes 1957 in Rom wurde auf den Wert einer Fortbildung der Krankenschwestern hingewiesen (vgl. ÖGKV, o.J., Wir über uns - Chronik - 1955-1964, 10.4.2010).

1965 kam es zu einem Treffen der sogenannten Westeuropäischen Schwesterngemeinschaft oder auch European Foundation of Nursing (EFN) genannt, welche sich innerhalb des Weltbundes zusammengeschlossen hatten. Themen der Tagung waren die Ausbildung der Krankenschwestern in den Ländern, die dem Europarat bzw. der europäischen Wirtschaftsgemeinschaft angehörten. Durch die Schaffung dieser Gemeinschaft wurde ein freier Austausch von Schwestern in den Ländern ermöglicht und durch die Angleichung der Ausbildung an die Forderungen anderer Staaten eine Hebung des Berufsansehens erreicht (vgl. ÖGKV, o.J., Wir über uns - Chronik - 1955-1964, 10.4.2010).

4.1.7.3. Nationale Tätigkeiten

Aus dem Sitzungsprotokoll des erweiterten Vorstandes vom 26. Februar 1949 sind eingehende Fortschritte in diesem halben Jahr der Existenz herauszulesen. So gab es sichtliche Fortschritte und Einigung was die Beziehung mit der Gewerkschaft betraf.

Weiters wurde an das Bundesministerium für soziale Verwaltung eine Eingabe vorbereitet, worin gebeten wurde, den Verband zu den Beratungen über das Krankenpflegegesetz

beizuziehen. Im Gesetz war ursprünglich der alte Lehrplan von 1914 vorgesehen, dies wollte man verhindern. Die Vorsitzenden des Verbandes konnten sich für einen neuen Lehrplan stark machen, der Haushaltkunde, Medikamentenlehre und Psychologie beinhaltete (vgl. O.A, 1949, Sitzungsprotokoll vom 26.2.1949). Eine weitere positive Entwicklung brachte eine Statutenänderung 1948 mit sich, nachdem jedes Bundesland das Recht erhalten hatte, einen eigenen Landesverband zu gründen. So entwickelten sich in den einzelnen Bundesländern Österreichs Landesverbände, welche die Nähe zwischen Verband und Mitgliedern im ganzen Land verstärkte.

1950 wurde der Landesverband Tirol gegründet, von dem aus Vorträge und Führungen für seine Mitglieder organisiert wurden und diese großen Zuspruch bei den Pflegepersonen fanden. Weiters durften auch SchülerInnen der Krankenpflegeschule ab dem zweiten Ausbildungsjahr der Vereinigung beitreten, die endgültige Aufnahme erfolgte nach Erlangung des Diploms.

Weitere nationale Themen, mit denen man sich auch schon damals auseinander gesetzt hatte, waren die Regelung der Hilfsschwestern und der Abgrenzung ihres Arbeitsgebietes. Im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Verwaltung wurde im Jahr 1955 der Fragebogen „Die Krankenschwester und ihre Rolle im Gesundheitswesen“ unter Beteiligung aller Bundesländer in gemeinsamer Arbeit analysiert.

Bei dem Versuch 1957, aus dem Sektor der Krankenpflege eine diplomierte Schwester hauptamtlich in das Ministerium zu berufen, scheiterte die Vereinigung allerdings. Der Antrag wurde vom Sozialministerium schlicht und einfach abgelehnt (vgl. ÖGKV, o.J., Wir über uns – Chronik – 1955-1964, 10.4.2010).

Die Tätigkeiten der Anfangszeit des Verbandes sind aber vor allem durch Gründungen von Arbeitsgemeinschaften geprägt. So schlossen sich 1950 in Wien die Arbeitsgruppe der Kinderschwestern zusammen, welche Besichtigungen in Wiener Kinderkrankenhäuser unternahmen. Auch SchülerInnen der Krankenpflegeschulen Österreichs beschlossen eine Schülerrunde zu bilden und regelmäßige Treffen und Ausflüge zu veranstalten.

Ein weiterer wichtiger Schritt im Bezug auf die Organisation des Pflegeberufes und der Vertretung der Pflegepersonen waren die Änderungen der Statuten des Vereins im Jahr 1954. Folgende Punkte sollten als Zweck der Vereinigung aufgenommen werden:

- *„Förderung der beruflichen und ethischen Ausbildung*
- *die Beratung der Mitglieder*
- *sowie deren Weiterbildung auf allen Gebieten der Krankenpflege“ (ÖGKV, o.J., Wir über uns - Chronik - 1945-1954, 10.4.2010).*

4.1.7.4. Verbandszeitschrift

In der Folgezeit setzte der neugegründete Verband wesentliche Impulse. So erschien die erste Verbandszeitschrift mit dem Titel „*Die Krankenschwester*“ im Juli 1948. In einem Informationsblatt, das die Verbandszeitschrift ankündigte, wurden folgende Inhaltspunkte der Fachzeitschrift angekündigt:

- „*Wissenschaftliche Fortbildungsvorträge*
- *Blick in die moderne Krankenpflegetechnik,*
- *Rundschau im Schwesternwesen des In- und Auslandes,*
- *Krankenpflegeschulen,*
- *Zeitgemäße, fachliche Ratschläge,*
- *Briefkasten, von der Schwester, für die Schwester,*
- *Mitteilungen der Gewerkschaft in sozialrechtlichen Fragen,*
- *Zeitschriften und Bücherbesprechung sowie*
- *Kurznachrichten, Inserate“* (Werberundschreiben, 1948, ÖGKV Archiv, blaue Mappe).

Zudem schrieb Oberin Lilli Petschnigg im Geleit der ersten Verbandszeitschrift 1948, dass nicht nur fachliche neue Errungenschaften der Wissenschaft gebracht werden sollen, sondern auch der Zusammenhalt der Berufsgruppe immer neu ins Bewusstsein gebracht werden sollte. Um dies zu ermöglichen, sollten Mitglieder aus allen Bundesländern Österreichs die Gelegenheit haben, darin zu Wort zu kommen (vgl. Petschnigg, 1948, S. 3).

4.1.8. Aktivitäten seit Friederike Dittrich 1970-1985

„(...) Doch verspreche ich, alle Kraft und alles, was das Leben mir bringt, für meine Aufgabe einzusetzen. (...) Der Österreichische Krankenpflegeverband arbeitet an der Verbesserung der Krankenpflege, er will den Schwestern zur Erreichung dieses Zieles helfen. Jede Schwester soll in ihrer Überzeugung leben; stark ist nur, wer Überzeugung, und wer Glauben hat. Wer uns aber eine opportunistische Bindung wann auch immer nachsagt, verleumdet uns. Eine unserer wichtigsten Aufgaben ist die Forschung. Wir wollen die Schwestern für diesen Gedanken begeistern und ihnen eine aktuelle und sachbezogene Fortbildung bieten“
(Kapellmüller, 1988, S. 175).



Abbildung 8: Präsidentin Friederike Dittrich (ÖGKV Fotoarchiv, o.J., Bundessekretariat, Wien).

Von 1970 bis 1985 wurde Friederike Dittrich mit dem Amt der Präsidentschaft des Österreichischen Krankenpflegeverbandes (ÖKV) vertraut gemacht. Im Interview zum 30-jährigen Verbandsjubiläum 1977 formulierte Präsidentin Dittrich folgende berufliche Ziele die von besonderem Interesse des Berufsverbandes seien:

„Der Österreichische Krankenpflegeverband bemüht sich schon seit einigen Jahren um die Ermöglichung der lückenlosen Versorgung der Bevölkerung mit pflegerischen Diensten d.h., dass nicht nur Krankenpflege im Krankenhaus oder im Altersheim angeboten wird sondern auch unmittelbar in der Familie, im Heim, am Arbeitsplatz, und dass in diese pflegerische Versorgung weit über die eigentliche Krankenpflege hinaus alle Fragen der Gesundheit, der Vorbeugung und der Rehabilitation einbezogen werden. Zentraler Punkt all dieser Gedankengänge ist eine Humanisierung d. h. eine gesundheitsorientierte Pflege für jeden einzelnen Patienten oder Klienten zugeschnitten, also sehr individuell, genauestes dokumentiert, geplant und regelmäßig bewertet“ (O.A., 1977, Interview, S. 160-164).

4.1.4.1. Aus- und Fortbildungen

Bestrebungen des Verbandes für die Aus- und Fortbildung des Pflegepersonals zeichnen sich auch in den Amtsjahren von Dittrich ab. Das Bemühen lag vor allem darin, die angebotenen Kurse auf Bundesländerebene auszuweiten, um Bildung für alle Mitglieder der Organisation in ganz Österreich zu ermöglichen.

Da das Interesse an Fortbildungen in der Berufsgruppe enorm anstieg, kam es 1971 zur Gründung eines Gremiums, das sich ausschließlich mit dem Thema „Ausbildung der Pflegepersonen“ auseinandersetzte. Ab 1972 wurden auch Sonderausbildungen vermehrt in den Landesverbänden des Österreichischen Krankenpflegevereins ausgeweitet.

1974 wurden der Akademie für höhere Fortbildung in der Krankenpflege neue Räume im Haus der Bezirkshauptmannschaft in Baden bei Wien zur Verfügung gestellt.

1979 wurde erstmals die Sonderausbildung zur Stationsführung in der Akademie für höhere Fortbildung aufgenommen (vgl. ÖGKV, o.J, Wir über uns - Chronik - 1975-1979, 11.4.2010).

4.1.4.2. Internationales

Auch auf internationaler Ebene wurde reichlich an den Beziehungen und Kontakten zu anderen Institutionen und Organisationen gearbeitet.

Das weltweite KrankenpflegerschülerInnen-treffen mit dem Thema „Ausbildung im Krankenpflagedienst“ 1971 in Wien, stellte den Gipfel des internationalen Austausches für dieses Jahr dar. Aus der ganzen Welt trafen SchülerInnen ein, die sich mit dem Thema der Veranstaltung auseinandersetzten und diesbezüglich hervorragende Vorschläge und Überlegungen erarbeiteten. Die Krönung für Dittrich in ihrer Amtszeit als Präsidentin des ÖKV, aber auch für den Verband selbst war wohl, dass sie von 1972 bis 1976 zur Präsidentin der „Europäischen Schwesterngemeinschaft“ ernannt wurde. Dies festigte die internationale Verbundenheit mit anderen Interessensvertretungen der Pflege enorm. Damit verbunden waren von nun an unzählige Treffen mit internationalen Organisationen und Berufsverbandsvertretungen, wodurch die Bindung auf internationaler Ebene enorm gefestigt wurde (vgl. Petek, 1999, S. 10). So nahm Dittrich 1974 an einer Sitzung des Europarates in Brüssel sowie bei einer Sitzung in Kopenhagen teil. Im März 1975 nahm sie an der Sitzung des Ausschusses für Gesundheits- und Sozialfragen des Europarates in Paris teil. Thema waren die Rechte der PatientInnen oder auch „Bill of Rights“ was in des USA bereits erschienen war (vgl. ÖGKV, o.J, Wir über uns - Chronik - 1975-1979, 11.4.2010).

1976 nahm Dittrich an einer Sitzung in Straßburg in Vertretung des ICN teil. Thema war die Ausarbeitung der Rechte der Patienten und Sterbenden (vgl. ÖGKV, o.J, Wir über uns - Chronik - 1975-1979, 11.4.2010).

Im Oktober 1978 fand erneut eine Sitzung der „Europäischen Schwesterngemeinschaft“ in Wien statt. Programmpunkte des Treffens waren die Pflege als eigenständige Disziplin im Gesundheitswesen durchzusetzen, sowie ihre Aufgabenerfüllung in der Gesundheitspflege als auch in der Krankenpflege, die Anerkennung einer entsprechenden Vor- und Ausbildung sowie den Garant für Fortbildungsmöglichkeit. Darüber sollte die Pflege in allen Fragen des Gesundheitswesens miteinbezogen werden und Mitspracherecht zuerkannt werden (vgl. ÖGKV, o.J, Wir über uns - Chronik - 1975-1979, 11.4.2010).

Auch im Hinblick auf die Pflegeforschung fand ein regelmäßiger Austausch statt. Im August 1979 fand in Kopenhagen, die Konferenz der Europäischen Forschungsgruppe WENR statt. Der Arbeitskreis sah sich mit folgenden Gebieten konfrontiert:

- *„Mitverantwortung des Pflegeberufes für das gesamte Gesundheitswesen*
- *Pflege ohne Auswertung ist nicht mehr als Pflege zu betrachten*
- *Patienten/Klient sind aktive Mitarbeiter*
- *Die Qualität der Pflege muss messbar sein, entsprechende Instrumente dafür werden in den Forschungszentren erarbeitet“* (ÖGKV, o.J, Wir über uns - Chronik - 1975-1979, 11.4.2010).

4.1.4.3. Nationale Verbandsarbeit

Die Verbandstätigkeit des ÖKV ist in der Präsidentschaftszeit Dittrichs, vor allem durch den Aufbau von sehr starken Beziehungen zu allen Stellen die sich mit österreichischen Gesundheitswesen befassten gekennzeichnet. Vor allem wurde der Kontakt zu öffentlichen Dienststellen und Behörden und anderen Berufsorganisationen aufgebaut. So setzte man sich beispielsweise mit Berufsgruppen wie den ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, medizinisch-technische Diensten und anderen Gesundheitsberufen, an einem Tisch zusammen, um gemeinsame Lösungswege zu finden. Das an erster Stelle stehende verbandsinterne Arbeitsfeld war die Auseinandersetzung mit dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Durch unzählige Vorarbeiten, die durch Arbeitsgemeinschaften im Verband entstanden, bemühte man sich stets die Interessen der Mitglieder, aber auch der nächsten Generation von Auszubildenden gerecht zu werden. Arbeitsstoff lieferte zum Beispiel der Antrag der Gewerkschaft der eine Herabsetzung des Eintrittsalters in die Krankenpflegeschule auf 15 Jahre forderte. Der Verband wollte jedoch die Regelung von 17 Jahren beibehalten. Es Vorschläge an das Ministerium zur Überbrückungszeit zwischen

Schulabgang und Eintritt in die Krankenpflegeschulen eingereicht (vgl. ÖGKV, o.J, Wir über uns - Chronik - 1975-1979, 11.4.2010).

Weitere Aufgaben waren die Erstellung eines Lehrplans zur Ausbildung von Gemeindeschwestern. Aufgrund dessen, wurde eine Unterredung mit der Regionalbeamtin der WHO Miss Tito de Moraes organisiert (vgl. ÖGKV, o.J, Wir über uns - Chronik - 1975-1979, 11.4.2010).

Vermeehrt zeichnete sich der Verband auch durch Herausgabe von Broschüren und Lehrbücher aus. So wurden folgende Werke publiziert:

- 1970: zum Thema Grundregeln der Krankenpflege
- 1971: Lehrbuch Die Überwachung des Patienten als Aufgabe der Krankenschwester
- 1980: Künstliche Erhaltung menschlichen Lebens
- 1982: Ist Pflege messbar? Wer und Bewertung
- 1983: Pflege ist Leistung – Dokumentation ist Beweis
- 1984: Der Terminal auf der Station
- 1985: Computer in der Krankenpflege
- 1986: Die Arbeits- und Lebensbedingungen des Pflegepersonals

1973 erhielt der Verband vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz einen Forschungsauftrag zum Thema „Die Schwester in der Sozialmedizin“.

1974 gelang es dem Verband einen Lehrplan für eine viermonatige Ausbildung der Schwester in der Sozialmedizin auszuarbeiten und diesen beim zuständigen Bundesministerium einzureichen (vgl. ÖGKV, o.J, Wir über uns - Chronik - 1975-1979, 11.4.2010).

4.2. Der ÖGKV im 21. Jahrhundert und Ursula Frohner



Abbildung 9: Präsidentin Ursula Frohner seit 2007 (ÖGKV Fotoarchiv, 2011, Bundessekretariat, Wien).

Heutzutage stellt der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) die größte, nationale, berufspolitische, unabhängige Interessensvertretung für alle Pflegepersonen in Österreich dar (vgl. Ohne Autor, 2008, Kurzsinfo über den ÖGKV, 22.8.2010). Sein größtes Anliegen ist es nach wie vor, die Interessen der Berufsgruppe bestmöglich, kompetent, präsent, national sowie international zu vertreten. Der ÖGKV finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge, Einnahmen aus Bildungsveranstaltungen und arbeitet nach dem Prinzip der Sparsamkeit (vgl. ÖGKV, o.J, Wir über uns – Leitsätze, 16.8.2010).

An der Entwicklung der Pflege zur Profession hat der ÖGKV einen großen Anteil geleistet. Nach Durchsicht der Verbandsgeschichte sind seine Bemühungen sich für die Interessen der Pflege einzusetzen, sei es in der Gestaltung der Ausbildungsinhalte oder seine Fachexpertise zu bestimmten Pflege Themen unumstritten.

Laut Aussagen der Präsidentin des ÖGKV Ursula Frohner, ist vor allem in den letzten drei bis vier Jahren eine enorme Entwicklung hinsichtlich der Professionalisierungsbestrebungen innerhalb der Berufsgruppe feststellbar. Jedoch sind die Leistungen der Berufsgruppe der Pflege nach wie vor nach außen hin zu wenig transparent dargestellt und in politischen Entscheidungsgremien zu wenig berücksichtigt. Auf der einen Seite hat die Berufsgruppe eine sehr hohe Kompetenz im Fachbereich, andererseits hält diese nach wie vor, nur eine schwache Position im Gesundheitssystem. Als unglaublichen Nachteil des Verbands nennt die Präsidentin, dass das Expertenwissen des ÖGKV zwar angehört werden kann, aber nicht gesetzlich verbindlich in die Themen der Entscheidungsträger eingebunden werden muss. Trotzdem lässt sich zunehmend die vermehrte Einbindung der Fachexpertise des ÖGKV in den Ministerien und Entscheidungsgremien feststellen (Frohner, 2010, Interview, 17.12.2010).

Daher ist es ein großes Anliegen der Präsidentin, dass sich die Berufsgruppe selbst unbedingt ihrer Bedeutung auf den gesundheits-, sozial-, wirtschafts- und

gesellschaftspolitischen Ebenen jeden Tag aufs Neue bewusst wird. Mit der Betonung, dass der Pflegeberuf keine leichte Aufgabe ist, aber dennoch eine zentrale systemtragende Aufgabe hat (Frohner, 2010, Interview, 17.12.2010).

Der Verband nimmt somit in der österreichischen Professionalisierungsdebatte eine zentrale Rolle ein, da er sich den fachlichen Inhalten der Pflege widmet und sich auf den Bedarf im Gesundheitssystem konzentriert. Eine seiner wichtigsten Aufgaben ist es, das Bewusstsein der Berufsgruppe zu stärken, um eine nachhaltige Positionierung im Gesundheitssystem zu erlangen.

4.2.1. Aufgaben und Ziele

Die Aufgaben und Leistungen des Verbandes für seine Mitglieder und den Berufsstand der Pflege sind enorm. Seit dem Bestehen vertritt der Verein die Meinung, dass professionelle Pflege allen Menschen, die dieser bedürfen, zugute kommen soll, unabhängig von deren Weltanschauung, politischer Einstellung, Nationalität, Rasse, Alter, Geschlecht und sozialer Stellung. Darüber hinaus liegt ihm das Wohl der Allgemeinheit am Herzen und möchte daher die Pflege auf hohem Niveau sicherstellen, indem er die Zusammenarbeit mit verschiedenen Gremien im Gesundheitswesen auf nationaler und internationaler Ebene sucht (vgl. ÖGKV, o.J., Wir über uns – Aufgaben und Ziele, 20.8.2010).

Der Verein nimmt eine wichtige Rolle im berufspolitischen und inhaltlichen Meinungsbildungsprozess der Berufsgruppe ein. Darüber hinaus bietet er ein breites Spektrum an Fort- und Weiterbildungen. Er fördert zudem die kontinuierliche Verbesserung von Ausbildung und der Pflegewissenschaft in Österreich. Zudem übernimmt er eine zentrale, gesundheitspolitische Rolle in der Zusammenführung standespolitischer Themen ein und vertritt diese öffentlich (vgl. Ohne Autor, 2008, Kurzinfo über den ÖGKV, 22.8.2010).

Elf Arbeitsgemeinschaften des Verbandes ermöglichen zielorientiertes Erarbeiten von pflegerelevanten Themen, in denen auch die Mitglieder des ÖGKV mitarbeiten können.

Darüber hinaus werden auf der Homepage des ÖGKV folgende Ziele definiert:

- *„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“* (ÖGKV, o.J., Wir über uns – Aufgaben und Ziele, 20.8.2010).

Im Interview mit der derzeitigen Präsidentin des Verbands Ursula Frohner, formuliert sie weitere konkrete Ziele für das Jahr 2011. Dabei erwähnt sie die Zielsetzung, die Kompetenz des Gesundheits- und Krankenpflegepersonal durch Erstellung eines Kompetenzprofils sichtbar zu machen und diese nachhaltig im Gesundheitssystem zu verankern. Ein weiteres Bestreben ist die Registrierung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. Reformbedürftig findet sie auch die derzeitige Ausbildungsform des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und sieht dessen Ansiedlung der Ausbildung im tertiären Bildungsbereich als dringend notwendig. Darüber hinaus sind die Inhalte des ÖGKV seinen Mitgliedern entsprechend aufzubereiten, nachvollziehbar und transparent klar zu machen. Themen der Basis müssen erkannt werden und auf der berufspolitischen Ebene eine Nachhaltigkeit erlangen (Frohner, 2010, Interview, 17.12.2010).

Trotz der sehr ambitionierten Zielsetzungen des ÖGKV darf nicht außer acht gelassen werden, dass sich diese Organisation nach wie vor nur durch Mitgliedsbeiträge finanziert und die notwendigen Geldmittel äußerst knapp berechnet sind. Die gesetzliche Basis für den ÖGKV ist durch das Vereinsgesetz definiert. Um aber eine Nachhaltigkeit zu erlangen, wäre es notwendig entsprechende Körperschaften gesetzlich zu verankern.

4.2.2. Leistungen für ÖGKV Mitglieder

Die Unterstützung des Verbandes umfasst viele Bereiche, wie etwa in der beruflichen Praxis, sowie in der berufspolitischen Entwicklung. Lobbying für den Pflegeberuf und Vertretung der Anliegen der Pflegepersonen auf nationaler sowie internationaler Ebene sind nur einige Punkte in der gesamten Leistungspolitze. Auch die ÖGKV-Homepage und die Österreichische Pflegezeitschrift (ÖPZ), welche mit Trends, Fachbeiträgen und einer Fortbildungsübersicht ausgestattet sind, versuchen die Mitglieder über den Status Quo der Pflege aufzuklären. Darüber hinaus werden die Mitglieder über pflegerelevante und berufsrechtliche Themen informiert.

Der ÖGKV bietet ein großes Fortbildungsangebot an und veranstaltet über das ganze Jahr hinweg größere Veranstaltungen und Kongresse zu aktuellen Themen.

Durch das Bestehen von neun ÖGKV Landesverbänden, ist der Dialog zu den Mitgliedern gewährleistet (vgl. ÖGKV, o.J., Wir über uns – Vorteile und Leistungen, 21.8.2010).

Darüber hinaus ist er die politische und berufspolitische Vertretung für die Pflegepersonen in Österreich. So unterbreitet er Vorschläge bei Gesetzesentstehung im Rahmen von Begutachtungsverfahren und gibt fachliche Auskunft und Impulse an die zuständigen Ministerien weiter.

Professionelles Handeln für die Pflege wird auf der ÖGKV Homepage folgendermaßen beschrieben, dass Einfluss auf die Rahmenbedingungen genommen werden muss, um diese mitgestalten zu können. Dabei müssen politische Prozesse reflektiert werden und überzeugende Konzepte für die Umsetzung der Anliegen der Pflege erarbeitet werden. Durch den permanenten Einsatz ist der ÖGKV zu einer etablierten Institution im österreichischen Gesundheitswesen geworden. Fokus ist die Entwicklung der Pflege und somit die Schaffung von Rahmenbedingungen für das Berufsfeld, die Pflegequalität und die Patientenorientierung. Das Engagement und die Fachkompetenz positionieren den Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband zunehmend als geschätzten Partner von ExpertInnen, Politik und anderen Berufsverbänden (vgl. ÖGKV, o.J., Wir über uns – Vorteile und Leistungen, 21.8.2010).

4.3. Netzwerke und Mitgliedschaften des ÖGKV



Nach wie vor ist der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband bemüht, ein nationales sowie auch internationales, fachlich kompetentes Netzwerk aufzubauen, um berufsinterne sowie berufsübergreifende Themen zu diskutieren und gleichzeitig seine Position im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft zu stärken. Die Vernetzung des Berufsverbandes mit den verschiedensten Organisationen ist für den Professionalisierungsprozess der Pflege ein enorm wichtiger Schritt. Durch den permanenten Dialog zwischen den verschiedenen Fachsparten der Berufsgruppen sichert er somit die Entwicklung der professionellen Pflege.

Die berufsinternen Netzwerke in denen der ÖGKV Mitglied ist, wie etwa im „International Council of Nurses“ (ICN) oder in der „Österreichische Pflegekonferenz“ (ÖPK), teilen die Gemeinsamkeit, den Berufsstand nach außen, sowie auch nach innen hin zu repräsentieren, die Leistungen und die Ziele der Pflege darzustellen. Dazu muss auch das Image der Pflege aufgewertet werden und professionelles Handeln in der Berufsgruppe gefördert werden. Durch fundierte, gesundheitsbezogene und berufspolitische Aussagen und Konzepte wird, gemeinsam die Weiterentwicklung der Pflege angestrebt. Diesbezüglich sucht der ÖGKV auch die Unterstützung bei internationalen Organisationen wie der „Weltgesundheitsorganisation“ (WHO), dem „International Council of Nurses“ (ICN) oder dem „European Federation of Nurses Association“ (EFN), um gleichzeitig nationale Pflege Themen zu reflektieren und zu diskutieren. Die Vernetzung und Zusammenarbeit mit diesen Organisationen hinterlässt in der Gesellschaft, in den diversen Bundesministerien, Landesregierungen, politischen Parteien und Krankenhausträgern ein starkes Erscheinungsbild. Durch Öffentlichkeitsarbeit und Medien wollen diese Organisationen über brisante pflegerelevante Themen auf sich aufmerksam machen und die Probleme der Pflege im 21. Jahrhundert aufzeigen.

In den letzten Jahren haben die Vorsitzenden des ÖGKV darüber hinaus auch erkannt, sich nicht nur mit internen Berufsgruppen zu vernetzen, sondern auch eine vermehrte disziplinübergreifende Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Gesundheitsberufen und dem ÖGKV zu fördern. Dahin gehende Ambitionen stellt erstmals die Plattform der Österreichischen Gesundheitskonferenz dar, wobei gemeinsame Themen auf Fachebene diskutiert und bearbeitet werden. Im Interview erwähnt die derzeitige Präsidentin Ursula Frohner dazu, dass *„(...) der ÖGKV erkannt hat, dass es wichtig ist, sich diese Partnerschaften zu suchen und diese mit dem dementsprechenden fachlichen Inhalt auch nachhaltig gemeinsam zu erarbeiten (...)“* (Frohner, 2010, Interview, 17.12.2010).

Für die nahe Zukunft sieht es die Präsidentin auch erforderlich, nachhaltige konstruktive Zusammenarbeit auf internationaler Ebene zu suchen. Klar ist, dass eine Positionierung im ICN und der WHO notwendig ist, um Themen wie die Berufsmobilität in Europa und die Ausbildung auf tertiäres Ausbildungsniveau für die Gesundheits- und Krankenpflege zu ermöglichen.

Alles in allem hat die Zusammenarbeit dieser Organisationen weitreichende Auswirkung auf die Weiterentwicklung der Pflege in Österreich. Die Hebung des Berufsimages, die Förderung der Beziehung zur Öffentlichkeit und zu den Partnern im Gesundheitswesen, die Optimierung von Kosten- und Leistungsstruktur, die Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in der Pflege sind Teilschritte, die es der Pflege ermöglichen, die Wertigkeit der Profession weiter zu entwickeln.

Um über den komplexen Aufbau des Verbands eine Übersicht zu bekommen, zeigt die nachstehende Abbildung die Strukturen, internationale sowie nationale Vernetzungen und Mitgliedschaften des Vereins im Jahr 2011. Diese sind vielseitiger als vorerst angenommen.

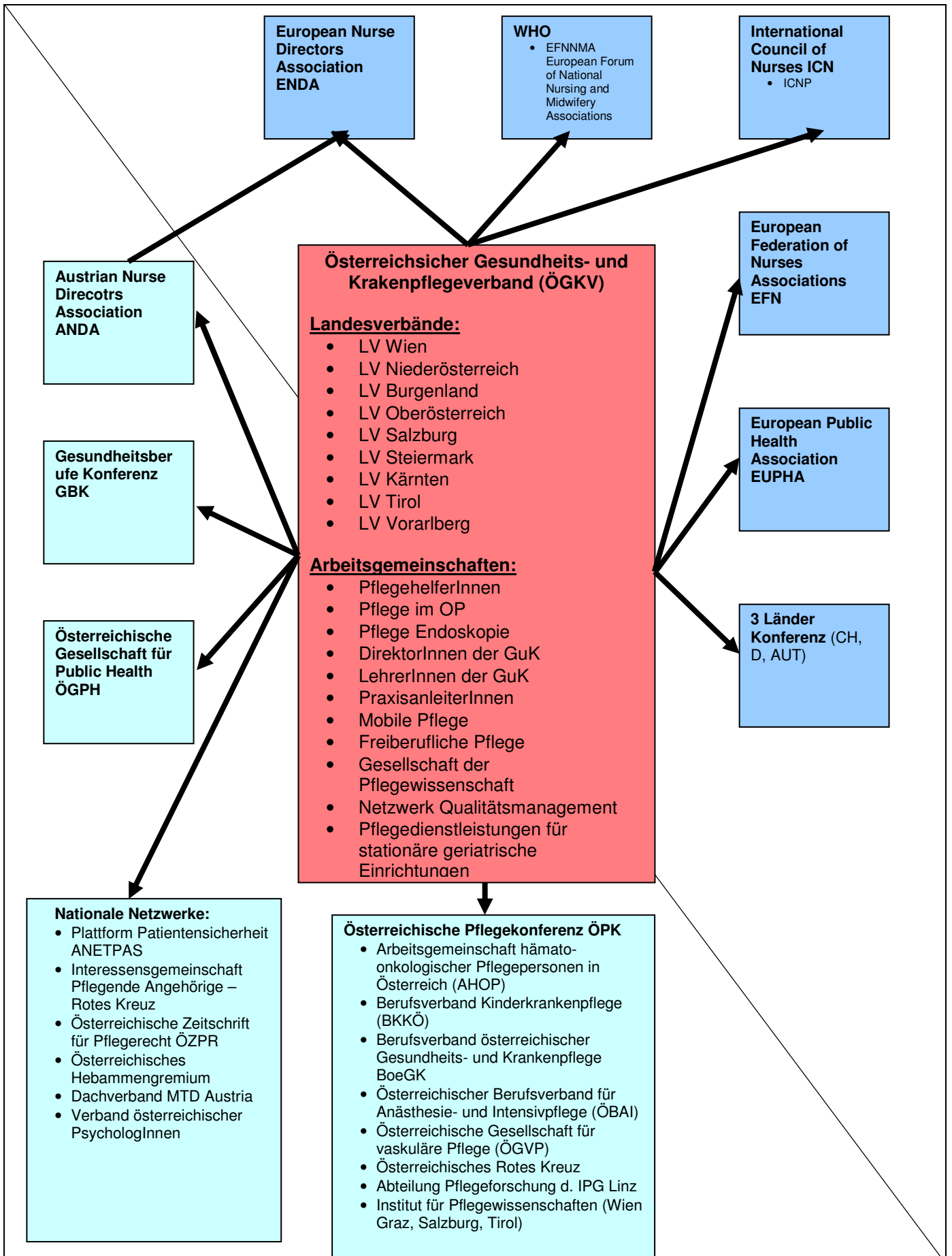


Abbildung 10: Strukturen, Netzwerke und Mitgliedschaften des ÖGKV 2011.

4.3.1. International Council of Nurses (ICN)



Der „*International Council of Nurses*“ (ICN) oder auch „*Weltbund der professionellen Pflegenden*“ genannt, wurde von BahnbrecherInnen in der Schwesternwelt am 1. Juli 1899 in London gegründet (vgl. Pietzcker, 1934, S. 7-9). Dieser Verband stellte die erste Gruppe berufstätiger Frauen dar, die die Notwendigkeit einer Berufsorganisation auf nationaler und internationaler Basis erkannt haben. Vor allem ergab sich dadurch die Möglichkeit, Interessen, Hoffnungen, Versuche, Schwierigkeiten und Probleme in der Pflege, in allen Ländern der Welt gemeinsam zu tragen und positive Veränderungen im Pflegeberuf zu erreichen (vgl. Comtesse, 1948, S. 36).

Heute vereint und fördert dieser internationale Verband mit Sitz in Genf weit über 130 internationale Berufsverbände der Pflege und vertritt mehr als 13 Millionen Pflegefachkräfte weltweit. Somit stellt er den größten Verband für Pflegepersonen dar. Er steht für die Sicherstellung von Qualität in der Pflege und fördert die Weiterentwicklung des Pflegewissens. Vor allem ist er aber die weltweite Vertretung der Pflege nach außen und steht für eine kompetente und professionelle, zufriedenstellende Pflege (vgl. ICN, 2010, About ICN, 2.1.2011).

Verbandsziele des ICN sind, das Pflegepersonal weltweit zu verbinden, das Pflegepersonal und die Pflege weltweit zu fördern und die internationale Gesundheitspolitik zu beeinflussen (vgl. ICN, 2010, Our Mission, 3.1.2011).

1923 erarbeitete der ICN erstmals ein Konzept zur Erstellung eines Pflegekodex, der später weltweite Gültigkeit beanspruchen sollte. Im Laufe der Zeit lag dieser Ethikkodex mehrfachen Modifizierungen zu Grunde (vgl. Friedrich, 2008, S. 125). Seit der ersten Einführung 1953 bis heute leitet er Pflegepersonen in deren täglichen Pflegetätigkeit und gilt als Standard für die Pflegearbeit. Er stellt somit die Grundlage für vertretbare ethische Pflegeausübung für die gesamte Welt dar (vgl. ICN, 2010, Code of ethics for nurses, 19.2.2011). ICN Standards, Richtlinien für die Pflegepraxis, Ausbildung und Management sind Basis der Pflegesicherung. Hauptaugenmerk legt er aber derzeit besonders auf die professionelle Pflegepraxis, auf die Regelung des Pflegeberufes sowie auf die soziale Wohlfahrt der Pflegepersonen (vgl. ICN, 2010, Our Mission, 3.1.2011).

Durch die Mitgliedschaft beim ICN werden die Interessen der nationalen Berufsverbände auch durch die Netzwerke des ICN vertreten. Darüber hinaus hat der ICN erkannt, dass es ebenso wichtig ist, Kontakte außerhalb seiner unmittelbaren Vernetzungen zu suchen. Damit werden Informationen und Unterstützung von anderen Organisationen sichergestellt. Gleichzeitig findet dadurch auch Kommunikation zwischen den Organisation statt (vgl. ICN, 2011, ICN Networks, 17.02.2011).

International Classification for Nursing Practice (ICNP)

Um pflegebezogene Informationen in Form einer gemeinsamen Terminologie weltweit zur Verfügung zu stellen und daraus Strategieentwicklungen in der Gesundheitspolitik zu gewinnen, gründete der ICN im Jahr 1989 die „*International Classification for Nursing Practice*“ (ICNP). Darüber hinaus hat die Weltgesundheitsorganisation, die ICNP als krankheits- und gesundheitsrelevante Klassifikation in der WHO-Familie der Gesundheitsklassifikationen anerkannt (vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband, 2010, ICNP – Über uns, 15.1.2011).

Seit 1997 gibt es die deutschsprachige ICNP-Nutzergruppe in denen Deutschland, Österreich und die Schweiz vertreten sind. Die drei deutschsprachigen Berufsverbände der Pflege, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK), Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) und Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) vertreten im Auftrag des ICN die Interessen zur Entwicklung der ICNP im deutschsprachigen Raum (vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband, 2010, Internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis, 16.1.2011). Durch MitarbeiterInnen des ÖGKV im ICNP, werden die Beziehungen zu den nationalen Organisationen gestärkt.

4.3.2. European Federation of Nurses Associations (EFN)



Die „*European Federation of Nurses Association*“, kurzum auch EFN genannt, wurde 1971 gegründet, um die Pflege und ihre Interessen in den europäischen Institutionen und Organisationen, wie in der Europäischen Kommission zu vertreten.

Hauptaugenmerk wurde und wird auf die Thematik der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und der Schaffung der Möglichkeit, berufliche Flexibilität in der Pflege im europäischen Raum zu schaffen, gelegt. Heute repräsentiert diese Organisation im europäischen Raum mehr als eine Million Pflegepersonen. Zurzeit sind 27 nationale Berufsverbände der Pflege aus den EU Mitgliederstaaten, sowie die Berufsverbände der Pflege von Kroatien, Island, Norwegen und der Schweiz im EFN vertreten. Der International Council of Nurses (ICN), die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die European Nursing Students Association (ENSA) übernehmen die Kontrollfunktion im EFN (vgl. EFN, 2005, About EFN – History, 22.1.2011).

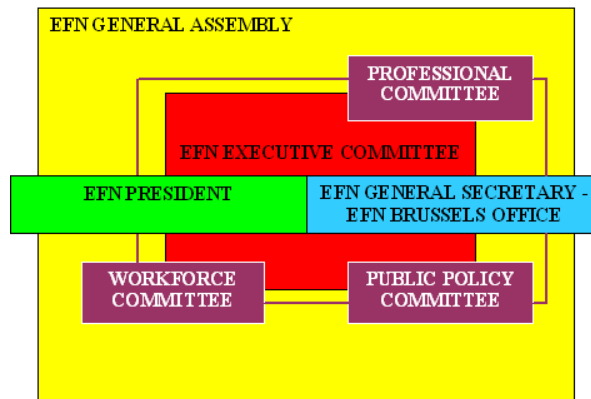


Abbildung 11: Struktur des EFN, (EFN, 2010, S. 17, 24.1.2011).

Die angeführte Grafik bildet die organisatorische Struktur des EFN ab. Die Präsidentin des EFN, das EFN General Secretary – EFN Office in Brüssel, sowie vier gewählte EFN RepräsentantInnen, wobei die zweite Vizepräsidentin des ÖGKV derzeit einen Sitz hat, bilden das EFN Executive Committee, indem wichtige Themen besprochen und für das General Assembly vorbereitet werden (vgl. EFN, 2005, Executive Committee, 23.1.2011). Um gezielter arbeiten zu können, teilt sich der EFN in drei Komitees auf. Diese sind das Professional Committee, das Workforce Committee und das Public Policy Committee (vgl. EFN, 2005, About EFN – History, 22.1.2011).



4.3.3. European Nurse Directors Association (ENDA)

Mit dem Ziel, das Netzwerk zwischen PflegedirektorInnen in ganz Europa zu stärken, wurde 1992 in Genf die sogenannte „*Europäische Nurse Directors Association*“ (ENDA) gegründet. Führenden im Pflegemanagement und anderen wichtigen EntscheidungsträgerInnen in der Pflege sollte dadurch die Möglichkeit geboten werden, sich zusammenzufinden und wichtige Informationen auszutauschen. Zweck dieses Zusammenschlusses ist es, die Pflege im Rahmen des Gesundheitsmanagements in Europa zu stärken. Darüber hinaus werden die Weiterentwicklung der Krankenpflege sowie das Gebiet der Wissenschaft in der Pflege gefördert (vgl. ENDA, 2010, Die Europäische Nurse Directors Association, 12.12.2010).

Die österreichische Vertretung in der ENDA ist die „*Austrian Nurse Directors Association*“ (ANDA). Sie ist gleichzeitig eine Arbeitsgemeinschaft des ÖGKV, die sich mit aktuellen Fragen und Entwicklungen im Pflegemanagement beschäftigt und für die Pflegequalität

verantwortlich ist. Wie auch schon in anderen Organisationen hat auch die ANDA die Hebung des Berufsstandes, die Förderung einer guten Beziehung zur Öffentlichkeit und zu den PartnerInnen im Gesundheitswesen, zum Ziel. Dabei orientiert sie sich immer an den Zielen der ENDA und des ÖGKV (vgl. ÖGKV, o.J., ANDA – Über uns, 13.11.2010).

4.3.4. Workgroup of European Nurse Researchers (WENR)



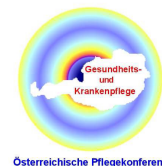
Internationale Kontakte zur Pflegeforschung fand der ÖGKV durch seine langjährige Mitarbeit in der „*Workgroup of European Nurse Researchers*“ (WENR), auch „*Arbeitsgruppe der europäischen Pflegeforschung*“ genannt. Diese Arbeitsgruppe wurde im Jahre 1978 gegründet und trifft sich jährlich zu einer Tagung in einem europäischen Land zusammen.

Ziel des WENR ist es, die europäische Zusammenarbeit in der Pflegeforschung zu fördern. Es werden Erfahrungen in der Entwicklung der Pflegeforschung sowie Forschungsergebnisse und methodische Fragen der Pflegeforschung ausgetauscht und diskutiert (vgl. WENR, o.J., About WENR, 18.04.2011).

Seit 1982 werden darüber hinaus in zweijährigen Intervallen sogenannte offene Forschungskonferenzen abgehalten, die für alle interessierten Pflegepersonen zugänglich sind (vgl. WENR, o.J., About WENR, 18.04.2011).

Heutzutage ist das Bestehen des WENR umstritten. Immer mehr EFN Mitglieder entscheiden sich, die Arbeitsgruppe zu verlassen. Gedanken einer neu zu gründenden Organisation für die Pflegewissenschaft in Europa liegen zu Grunde.

4.3.5. Österreichische Pflegekonferenz (ÖPK)



Die „*Österreichische Pflegekonferenz*“ (ÖPK) ist ein Zusammenschluss von verschiedensten Organisationen und Verbänden der Pflege aus unterschiedlichen Berufsbereichen, welche 2004 in Salzburg gegründet wurde. Die Mitgliedschaft stellt sich durch ordentliche Mitglieder und außerordentliche Mitglieder zusammen. Folgende Organisationen wirken in der ÖPK mit:

- AHOP Arbeitsgemeinschaft hämato-onkologischer Pflegepersonen Österreich
- BKKÖ Berufsverband Kinderkrankenpflege
- BoeGK Berufsverband österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeberufe
- ÖBAI Österreichischer Berufsverband für Anästhesie- und Intensivpflege
- ÖGKV Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
- ÖGVP Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege
- Abteilung Pflegeforschung des IPG der Universität Linz
- Institut Pflegewissenschaft Universität Wien
- Institut Pflegewissenschaft Medizinische Universität Graz
- Institut Pflegewissenschaft UMIT Institut Pflegewissenschaft Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg
- ÖRK Österreichisches Rotes Kreuz (vgl. Österreichische Pflegekonferenz, 2007, Mitglieder, 12.04.2011).

Primäres Ziel ist es, die Bedeutung und den Nutzen professioneller Pflege für ein effektives und effizientes Gesundheitssystem im Interesse der Bevölkerung einzusetzen und gleichzeitig die Interessen der Pflegepersonen in Österreich zu vertreten. Vor allem liegt das Bestreben darin, die pflegeberuflichen und pflegepolitischen Positionen der verschiedensten Organisationen zu koordinieren und deren Durchsetzung zu steuern (vgl. Österreichische Pflegekonferenz, 2007, Gemeinsam Aktiv, 27.11.2010). Dabei setzt sie sich zwei wesentliche Aufgabengebiete. Die Berufspolitik nach außen und die Berufspolitik nach innen stellen die Basis für das Arbeiten der Konferenz dar. Die ÖPK möchte das Berufsbewusstsein der Pflegepersonen stärken und die Kommunikation auf allen Ebenen fördern. Erfahrungsaustausch und Meinungsbildung der Mitglieder, gemeinsame Sprach- und Strukturentwicklung sind Ziel der Konferenz (vgl. Österreichische Pflegekonferenz, 2007, Ziele, 16.11.2010).

4.3.6. Gesundheitsberufekonferenz (GBK)



Der Zusammenschluss der 23 VertreterInnen der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe in Österreich, in dem auch der ÖGKV ein Mitglied ist, stellt die „Gesundheitsberufekonferenz“ dar. Ziel dieser Vereinigung ist es, gemeinsam zu informieren sowie in der Öffentlichkeit gemeinsam aufzutreten (vgl. Ohne Autor, o.J., Gemeinsame Grundsätze zur Gesundheitspolitik, 5.1.2011). Vor allem sind sich diese

Gesundheitsberufe der Tatsache bewusst, dass sämtliche Berufe im Gesundheitswesen für die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheitsleistungen eine Schlüsselrolle spielen (vgl. Mühlgassner, 2009, 4.1.2011).

Zusammen tritt die Konferenz für die Meinung ein, dass die Gesundheitsversorgung öffentliche Aufgabe ist und somit in staatlicher Verantwortung bleiben muss. Zudem vertritt sie die Ansicht, dass eine zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens zur Entwicklung eines Mehrklassen-Gesundheitssystems führt. Vor allem setzt sie sich für die finanzielle und wirtschaftliche Unabhängigkeit ein und fordert die Sicherung der Gesundheitsberufe ein. Darüber hinaus setzt sie sich für das gleiche Recht aller Menschen auf Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, unabhängig von sozialer Herkunft und wirtschaftlichen Verhältnissen ein. Qualitätsarbeit und AnsprechpartnerIn für die Politik sind weitere Punkte die diese Vertretung sich als Ziel gesetzt hat (vgl. Ohne Autor, o.J., Gemeinsame Grundsätze zur Gesundheitspolitik, 5.1.2011).

Im Artikel *„Wer zusammen arbeitet, soll zusammengehören“* der Österreichischen Ärztezeitung zur neu gegründeten Gesundheitsberufekonferenz im Jahr 2009, nimmt die Präsidentin des ÖGKV, Ursula Frohner die Stellungnahme ein, dass Qualität, Steuerung, Bildung und Finanzierung nur mit allen Beteiligten im Gesundheitswesen wahrgenommen werden kann (vgl. Mühlgassner, 2009, 4.1.2011). Vor allem geht es den VertreterInnen um ein enges Zusammenarbeiten für eine bessere Versorgung der PatientInnen. Darüber hinaus stellen sie sich gegen die Rationierungstendenzen im Gesundheitswesen (vgl. Mühlgassner, 2009, 4.1.2011).

Trotz der vorerst guten Vorsetze, ist die Fortdauer der bestehenden Gesundheitsberufekonferenz kritisch zu hinterfragen. Weder Statuten noch sonstige Dokumente definieren die Richtlinien dieses Zusammenschlusses. Darüber hinaus muss die Frage gestellt werden, ob die Existenz dieser Konferenz von Regierungszusammenschlüssen abhängig ist.

5. Weitere Schritte zur Professionalisierung der Pflege

5.1. Registrierung der Pflegeberufe

Die Registrierung der Pflegepersonen in Österreich ist ein wichtiger Schritt, der zur Professionalisierung der Pflege wesentlich beitragen kann und der das Gesamtbild der Berufsgruppe in der Öffentlichkeit kompakter wirken lässt. Die Erfassung bietet die Grundlage für eine bessere berufspolitische Positionierung der Pflegepersonen und lässt vor allem die Kompetenzen der Berufsgruppe sichtbarer werden.

Der Geschäftsbereich ÖBIG – Gesundheit Österreich GmbH erwähnt im Österreichischen Pflegebericht von 2007 erstmals das Thema „*Führung von Verzeichnissen der zur Ausübung nichtärztlicher Gesundheitsberufe Berechtigten nach Maßnahmen besonderer gesetzlicher Bestimmung*“. So sieht sich der Geschäftsbereich ÖBIG erstmals mit der Aufgabe konfrontiert, Leitrichtlinien für eine mögliche Registrierung der Pflegeberufe in Österreich zu schaffen. Eine Registrierung würde in vielerlei Hinsicht Vorteile für die Pflege und deren Angehörigen mit sich bringen. Vor allem aber würde die Pflege in berufspolitischen Themen besser positioniert werden. Darüber hinaus könnte die Pflegebedarfsplanung effektiver gestaltet werden.

Der Österreichische Pflegebericht 2007 des Geschäftsbereichs ÖBIG beinhaltet auch einen Vergleich der derzeit vorhandenen Registrierungsstellen in Europa. Dabei werden verschiedenste Erfassungskonzepte in Europa zur Ausgangsbasis für die Festlegung von Anmeldedaten bzw. Registerinhalten für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Österreich.

Vorhergehende Berichterstattungen über nichtärztliche Gesundheitsberufe des ÖBIG zeigten deutlich auf, dass die zur Verfügung stehenden Zahlen zur Beschäftigungssituation von Pflegepersonen in Alten-Pflegeheimen und der Mobilen Pflege in Österreich nicht vollständig und nicht zuverlässig sind. Ebenso werden freiberufliche diplomierte Pflegepersonen zwar vom öffentlichen Gesundheitsdienst auf Bezirksebene erfasst, die Zahlen fließen jedoch in kein zentrales Register ein (vgl. ÖBIG, 2007, S. 13, 23.5.2010). Die Errichtung eines Registers würde die Sicherung der Zahl von freiberuflichen Pflegenden in Österreich gewährleisten. Somit würde eine gesamte Zahl aller berufsausübenden Pflegepersonen vorliegen. Die Registrierung des Fachpflegepersonals wäre auch hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Ländern ein wichtiger Schritt. Verpflichtende Registrierung von Pflegepersonen ist in anderen Ländern bereits obligatorisch. Durch den steigenden Pflegebedarf und der daraus

resultierenden beruflichen Migration stellt sich aber vor allem die Frage nach der Qualitätssicherung innerhalb der EU. Viele Länder, die bereits mit Registrierungssystemen arbeiten, nehmen diese Daten als Basis. Basierend auf diesen Fakten spricht sich der ÖBIG in seinen Pflegeberichten klar für die Einrichtung eines zuverlässigen Melde- bzw. Erfassungssystems zur verpflichtenden Registrierung von Pflegekräften, sowie es z.B. bei den Ärzten, Hebammen oder Kardiotechnikern in Österreich schon längst der Fall ist, aus (vgl. ÖBIG, 2007, S. 13, 23.5.2010).

Unterstützt wird die Registrierung auch durch die Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Europäischen Rats, welche eine verpflichtende Einführung von Berufsausweisung für alle EU Mitgliedsstaaten herbeiführen möchten. Diesbezüglich äußert man sich durch die angeführte Richtlinie:

„Mit der Einführung von Berufsausweisen auf europäischer Ebene durch Berufsverbände und -organisationen kann sich die Mobilität von Berufsangehörigen erhöhen, insbesondere durch Beschleunigung des Austauschs von Informationen zwischen dem Aufnahmemitgliedstaat und dem Herkunftsmitgliedstaat. Diese Berufsausweise sollen es ermöglichen, den beruflichen Werdegang von Berufsangehörigen (Universität bzw. Bildungseinrichtungen, Qualifikationen, Berufserfahrungen), seine Niederlassung und die gegen ihn verhängten berufsbezogenen Sanktionen sowie Einzelangaben der zuständigen Behörde umfassen“ (Europäisches Parlament, Europäischer Rat, 2005, Absatz 32, S.L255/26).

Derzeit existieren laut Pflegebericht 2007 folgende Listen zur obligatorischen Registrierung von Gesundheitsberufen in Österreich:

- Ärzteliste
- Zahnärzteliste
- Apothekerliste
- Hebammenliste
- Kardiotechnikerliste
- Klinische Psychologen- und Psychotherapeutenliste (vgl. ÖBIG, 2007, S. 14, 23.5.2010).

Diese Registrierungslisten werden von unterschiedlichen Organisationen bzw. Institutionen geführt. Entweder sind es gesetzlich definierte Interessensvertretungen wie Kammern bzw. Gremien oder das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend erfasst die Zahlen der Berufsangehörigen (vgl. ÖBIG, 2007, S. 14, 23.5.2010).

5.1.1. Die Registrierung im Ländervergleich der Europäischen Union

Der Geschäftsbereich ÖBIG hat bereits europaweit Registrierungskonzepte recherchiert und hat fünfzehn registerführende Länder verglichen. Nachfolgende Ergebnisse konnten dabei festgestellt werden.

In Estland, Slowenien, Malta, Schweiz, Finnland, Großbritannien, den Niederlanden, Frankreich, Lettland, Norwegen, Polen, Portugal, Irland, Slowakei, Litauen und Deutschland müssen oder können sich Pflegekräfte, neben anderen Gesundheitsberufen registrieren lassen. In den europäischen Ländern Estland, Slowenien, Malta, Irland, Niederlande, Frankreich, Lettland, Polen, Slowakei, Litauen und Norwegen ist die Registrierung meist durch eine gesetzliche Basis verpflichtend vorgeschrieben.

Die Erlaubnis zur Berufsausübung ist in Estland, Slowenien, Malta, Großbritannien und Norwegen größtenteils an die Registrierung gekoppelt. Diese Regelung dient zur Qualitätssicherung bzw. Supervision im Gesundheitsbereich.

Fest steht, dass die Registrierungssysteme auf unterschiedlichste Weise geregelt und organisiert sind. In den derzeit vorhandenen Erfassungsmodellen gelten verschiedenste Kriterien, um sich registrieren zu können. In Irland gibt es für Pflegepersonen, die sich in Ausbildung befinden, ein sogenanntes Kandidatenregister, in welches sie sich als „student nurses“ eintragen. Nach dem Abschluss werden per Antrag die AbsolventInnen im Register erfasst.

Bei Verlängerung der Registrierung, welche in regelmäßigen Abständen erfolgen muss, gelten in allen genannten Staaten dieselben Qualifikationskriterien wie für die Erstregistrierung. Nur Großbritannien verlangt darüber hinaus zusätzlich den Nachweis von 450 Stunden Berufspraxis und 35 Stunden Fortbildung innerhalb der letzten drei Jahren. Werden die Verlängerungsvoraussetzungen nicht erfüllt, kann der Pflegeperson in manchen europäischen Ländern durch die registerführende Stelle das Recht auf Berufsausübung entzogen werden.

In Estland, Slowenien, Malta und Lettland ist die Registrierung für AntragstellerInnen kostenlos, da etwaige Gebühren vom Staat übernommen werden. Andere Länder wiederum fordern bei Erstregistrierung sowie bei Verlängerung eine Gebühr ein, die zwischen € 11.- und € 150.- beträgt.

Die Registrierung ist in Estland, Slowenien, Malta, Irland, Finnland, Großbritannien, LV und Norwegen öffentlich und daher über das Internet sowie über Kontaktaufnahme mit der registerführenden Stelle möglich. Allerdings hat nahezu in allen Ländern nur die Gesundheitsbehörde uneingeschränkte Einsicht in die Daten der Pflegeperson. So können beispielsweise nur Namen, Qualifikation, Berufsberechtigung, Spezialisierung,

Registrierungsstatus, -typ und -nummer von der Registrierungsstelle eingesehen werden (vgl. ÖBIG, 2007, S. 14-15, 23.5.2010).

5.1.2. Datenbedarf für Gesundheits- und Angebotsplanung

Damit eine entsprechende Gesundheits- und Angebotsplanung in Österreich ermöglicht werden kann, muss die Registrierung folgende Daten und Informationen zur Verfügung stellen:

- *„Persönliche Daten (Alter, Geschlecht, Identifikationscode)*
- *Beruf und Spezialisierungen (Pflegehilfe, Kinder- und Jugendlichenpflege / Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege / Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Sonderausbildungen lt. GuKG wie Spezial- sowie Lehr- und Führungsaufgaben)*
- *Angaben zur Berufstätigkeit (Ausmaß der Beschäftigung – Vollzeitäquivalent/VZÄ bis nicht tätig, Arbeitsort mit Gemeindecodex/PLZ, Einsatzregion bei mobiler Pflegetätigkeit mit Bezirkscode, Dienstgeber mit Institution/Organisation, Dienstverhältnis und/oder freiberufliche Tätigkeit – ja mit Angabe zum Ausmaß / nein)“ (ÖBIG, 2007, S. 19, 23.5.2010).*

Derzeit ist die Erfassung von Hilfskräften¹ im Bereich der Pflege auf europäischer Ebene nicht erforderlich und auch nicht üblich. Laut PlanungsexpertInnen ist jedoch eine Gesundheits- und Angebotsplanung ohne Berücksichtigung der Hilfskräfte nur bedingt sinnvoll, da der gesamte Personalbedarf für die Zukunft berechnet werden soll. Die Krankenhäuser, die Alten- und Pflegeheime und die Mobile Pflege werden immer auf ein qualitativ vertretbares sowie leistbares Team aus ProfessionistInnen und Hilfskräften angewiesen sein. Nachdem auch AltenhelferInnen, AltenfachbetreuerInnen, FamilienhelferInnen, BehindertenbetreuerInnen und –pädagogInnen sowie Heimhilfen überwiegend in der Alten- und Behindertenpflege eingesetzt werden, sind sie im Personalangebot im Rahmen einer integrierten Gesundheits- und Angebotsplanung ebenfalls zu berücksichtigen und demnach zu registrieren (vgl. ÖBIG, 2007, S. 19, 23.5.2010).

¹ Als Hilfskräfte werden im Österreichischen Pflegebericht 2007 der ÖBIG immer PflegehelferInnen sowie AltenfachbetreuerInnen genannt.

5.1.2. Argumente für die Registrierung von Pflegeberufen

In Zusammenarbeit mit VertreterInnen des BMGFJ und mit den Interessensvertretungen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe wurden Registrierungsinhalte und Registrierungsvoraussetzungen für eine mögliche Erfassung in Österreich abgestimmt. Die Registrierung von Pflegeberufen dient in erster Linie als Datengrundlage für Gesundheits-, Angebots- und Bedarfsplanung, sowie es in registrierungsführenden Ländern auch der Fall ist. Hierfür ist die Einführung der konstitutiven Registrierung erforderlich. Diese sieht vor, dass die Berechtigung zur Berufsausübung an die Eintragung im Register gebunden ist. Ziel und Zweck der Erfassung von Berufsangehörigen ist – sowie in vielen anderen Ländern auch – die Qualitätssicherung und die Erreichbarkeit im Katastrophenfall (vgl. ÖBIG, 2007, S. 19-20, 23.5.2010). Darüber hinaus kann dem steigenden Bedarf an Pflegekräften durch überregionale Planung von Ausbildungsplätzen begegnet werden (vgl. ÖBIG, 2007, S. 19, 23.5.2010). Des Weiteren wird dadurch eine raschere Berechtigung der Berufsausübung im Ausland für die Pflegeperson ermöglicht. Durch ein auf Internettechnologie basierendes Register über Pflegeberufe in Österreich kann der Austausch von Informationen zwischen Aufnahmemitgliedstaat und Herkunftsmittgliedstaat beschleunigt werden (vgl. ÖBIG, 2007, S. 14, 23.5.2010).

Folgende potenzielle Organisationen bzw. Institutionen wurden als Vorschlag für die Registrierung in Österreich genannt:

- *„Arbeiterkammer*
- *Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG*
- *Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV)*
- *Pflegekammer“ (ÖBIG, 2007, S. 22, 23.5.2010).*

5.1.4. ÖGKV und die Freiwillige Registrierung der Pflegeberufe

Seit 2009 bietet der ÖGKV die Freiwillige Registrierung für seine Mitglieder unentgeltlich an. Diesbezügliche Informationen können alle Pflegepersonen auf der ÖGKV Homepage sowie durch Informationsfolder, die bei diversen Veranstaltungen des ÖGKV aufgelegt werden, entnehmen. Der Berufsverband leistet Aufklärungsarbeit sowie Informationsarbeit über das derzeitige Geschehen im Rahmen der Registrierungsdebatte und beantwortet diesbezüglich offen stehende Fragen.

Wie schon erwähnt, ist derzeit eine Registrierung nur für ÖGKV Mitglieder möglich, welche mittels Übersendung des Registrierungsformulars per E-mail oder per Post möglich ist. Aus den Informationen der ÖGKV Homepage und dem Folder geht klar hervor, dass sich auch der Verband für eine verpflichtende Registrierung der Pflegeberufe in Österreich einsetzt. Dabei sieht er die Eintragung ins Register als ein zukünftiges Qualitätsmerkmal. Als weiteren Vorteil der Registrierung wird die Übersicht der Fort- und Weiterbildungen nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz genannt. Demnach dient die Erfassung der zur Berufsausübung eines Pflegeberufes berechtigten Personen in Österreich als wichtige Grundlage für Planung und Analyse im Gesundheitsbereich und stellt eine Basis für die berufspolitische Argumentation zu Themen der Pflegefachkräfte dar (vgl. ÖGKV, o.J., Freiwillige Registrierung, 26.11.2010).

Eine Registrierung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe würde laut Präsidentin des ÖGKV, Ursula Frohner, auch folgende offene Fragen beantworten:

- Ist der Wissensstand der Berufstätigen am neuesten Stand?
- Was geschieht mit Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, das eine längere Berufspause durch persönliche Faktoren hinter sich hat?
- Wer sichert die Qualität der zu Verfügung gestellten Fortbildungen?
- Wer kontrolliert die Fortbildungen im niedergelassenen Bereich?
- Wer kontrolliert Standes gemäßes Verhalten im Beruf?
- Wer kontrolliert das Personal im niedergelassenen Bereich?
- Wo müsste man das Ausbildungsangebot erhöhen und wo zurücknehmen?
(Frohner, 2010, Interview)

Mit der Beantwortung dieser Fragen wäre einerseits die Problematik der Kontrolle von Fort- und Weiterbildungsstunden des Pflegepersonals geklärt, andererseits auch die Frage nach der Berufsberechtigung. So wie bei Berufskammern üblich könnte Standes gemäßes Verhalten durch ein Schiedsgericht kontrolliert werden und gegebenenfalls der Entzug der Berufsberechtigung erfolgen.

Laut Präsidentin Frohner wäre eine Registrierung durch den ÖGKV durchaus vorstellbar. Aufgrund von gesetzlichen Bestimmungen des Vereinsgesetzes, welches der ÖGKV zu befolgen hat, wird dazu allerdings eine nachhaltige Beauftragung und Verbindlichkeit seitens des Ministeriums benötigt. Dies, ist derzeit nicht gegeben. Trotzdem wäre es möglich, bestimmte Teilbereiche, wie die Kontrolle und Leistung der Fortbildungen, durchzuführen. Die vorhandene Fachexpertise des ÖGKV könnte diesbezüglich durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genützt werden.

5.2. Die Pflegekammer

Die Forderung nach einer Selbstverwaltung der Pflege ist in den letzten Jahren vor allem im Berufskreis der Pflege immer größer und heftiger geworden. Immer mehr Stimmen plädieren für eine eigene gesetzlich legitimierte Standesvertretung in Österreich. Darüber hinaus hat auch das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) die Schaffung einer Pflegekammer als mögliche ausführende Registrierungsstelle in Österreich im Österreichischen Pflegebericht 2007 angeführt.

Das Arbeitsfeld des Pflegepersonals wird sich in den kommenden Jahren ändern. Betreuung und Pflege wird zukünftig vermehrt an chronischen Kranken, Hochbetagten und Schwerkranken aller Altersgruppen durchgeführt werden und sich vermehrt in den extramuralen Bereich verlagern. Um dieser auf uns zusteuernden komplexen Problematik entgegen wirken zu können, ist es daher wichtig, weitblickende Konzepte unter Einbeziehung der Bedürfnisse der betroffenen Menschen und deren Angehörigen zu entwickeln. Voraussetzung dafür ist, dass Pflegeberufe in Zukunft durch berufspolitische Strukturen und in die Gesundheitsplanung im extra- und intramuralen Bereich verpflichtend eingebunden werden. Die Einbindung der Berufsverbände im Entscheidungsprozess ist derzeit keine gesetzliche Verpflichtung (vgl. Österreichische Pflegekonferenz, 2009, Bürgerinitiative, 14.11.2010). Diese Meinung teilt auch der Geschäftsführer des Deutschen Pflegeverbandes, Rolf Höfert, und nimmt in seinem Bericht *„Kammer für Pflegeberufe als Instrument zur Selbstverwaltung der Pflege“* Stellung zur gegenwärtigen Pflegekammerdebatte. Ihm zu Folge ist die Gesundheits- und Sozialpolitik von der Forderung nach Selbstverwaltung geprägt. Jedoch wird die größte Gruppe der Gesundheitsberufe, nämlich die Pflege, noch immer nicht in wichtige Entscheidungen des Gesundheitswesens miteingebunden. Natürlich sind Trägerverbände, Ärztekammern und Kostenträger als Verhandlungspartner im politischen und strategischen Geschäft verankert, welche sich am Verteilungskampf beteiligen. Das Maß und Qualität der Pflege wird von ihnen definiert oder auch rationiert. Pflegeverbände sind zwar vereinzelt in Gesundheitsfragen eingebunden, aber in letzter Konsequenz entscheiden die oben erwähnten Selbstverwaltungsorgane. Die Selbstverwaltung der Pflege sieht Höfert daher als unbedingt erforderlich und notwendig (vgl. Höfert, 2005, S. 1, 27.11.2010).

Durch Entscheidungen von Berufsfremden ist die derzeitige Entwicklung des Pflegeberufes und der notwendigen Veränderungsmaßnahmen nicht gegeben. Außer Frage steht, dass Arbeiterkammer und Gewerkschaften im Rahmen des ArbeitnehmerInnenschutzes ihre Aufgabe wahrnehmen, jedoch den fachlich relevanten Fokus unzureichend vertreten (vgl. Österreichische Pflegekonferenz, 2009,

Bürgerinitiative, 14.11.2010). Diese Problematik sieht auch die Präsidentin des ÖGKV Ursula Frohner, und führt diesbezüglich „(...) *das immer größere, sichtbare Vakuum in der Vertretung der Themen der Fachpflege*“ (Frohner, 2010, Interview, 17.12.2010) im Interview an.

Obwohl die Berufsgruppe der Pflegepersonen in Österreich immer größer wird, wird die Pflege aus fachlicher Ebene nicht zu Genüge vertreten, weder durch die Arbeiterkammer noch durch die Gewerkschaft.

5.2.1. Bürgerinitiative Pflegekammer in Österreich

Zu Beginn des Jahres 2010 wurden in den Sitzungen der Österreichischen Pflegekonferenz (ÖPK) notwendige Schritte zur Umsetzung einer gesetzlich legitimierten Standesvertretung diskutiert. Vorrangiges Ziel ist die Ausarbeitung eines Konzeptes zur Umsetzung dieses Anliegens, welches folgende Eckpunkte beinhalten sollte:

- *„Kommunikationsinstrumente der Basis*
- *Handlungsebenen künftig politischer Standesvertretungen*
- *Stellenwert der Pflege gegenüber der Bevölkerung*
- *Was bewirken Pflegeberufe für die Gesellschaft“* (Österreichische Pflegekonferenz, 2007, Aktuelles, 15.11.2011).

Im Rahmen der Österreichischen Pflegekonferenz (ÖPK) setzte sich der ÖGKV im Dezember 2009 auch für die BürgerInneninitiative zur Gründung einer Pflegekammer ein. In dieser Initiative wurde der Nationalrat von Mitgliedern der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe aufgefordert, eine politische Struktur in Form einer Pflegekammer für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zu definieren. Somit würde die Einbeziehung der Gesundheits- und KrankenpflegeexpertInnen in die strategische Entwicklung der Gesundheitspolitik in Zukunft gesichert werden, da die Ziele und Forderungen der Pflege auf eine rechtlich verbindliche Basis gestellt würden (vgl. Österreichische Pflegekonferenz, 2009, Bürgerinitiative, 14.11.2010). Am 15. April 2010 wurden der Nationalratspräsidentin Mag. Barbara Prammer schließlich eine rund 17.500 starke Unterschriftenliste übergeben (vgl. Österreichische Pflegekonferenz, 2007, Aktuelles, 15.11.2010).

Laut Bundesministerium für Gesundheit (BMG) seien Pflegepersonen und deren berufspolitische Anliegen und Forderungen bereits durch die mitgliedsstarke Arbeiterkammer wesentlich wirksamer vertreten, als durch kleine Pflegekammern, die

politisch gesehen bedeutungslos wären (vgl. BMG, Stellungnahme zu Bürgerinitiative, 2010, S. 1, 12.3.2011).

Mit folgendem Schlusssatz des Schreibens wird der Handlungsbedarf bezüglich der Schaffung einer Pflegekammer endgültig erklärt:

„Abschließend kann somit festgehalten werden, dass aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit derzeit kein Handlungsbedarf besteht, die bestehende gesetzliche Regelung zu ändern“ (BMG, Stellungnahme zu Bürgerinitiative, 2010, S. 2, 12.3.2011).

Angesichts dessen, ist seitens der Entscheidungsträger im Gesundheits- und Sozialwesen die Einrichtung einer Pflegekammer nicht vorgesehen. Die sich abzeichnende demografischen Entwicklungen in Verbindung mit den daraus resultierenden Herausforderungen für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind nicht ausreichend, um in naher Zukunft eine gesetzlich legitimierte Interessenvertretung der Pflege – verkörpert durch eine Pflegekammer – und somit auch die sichtbare Einbindung dieser, einzurichten. Die Umsetzung dieser Forderung der Pflege wird demnach noch dauern.

Trotz dieses Rückschlages lautet das Ziel der Präsidentin des ÖGKV nach wie vor „ (...) den ÖGKV in den betreffenden Gremien in seiner Fachlichkeit nachhaltig, zwingend zu positionieren, also gesetzlich legitimiert zu positionieren“ (Frohner, 2010, Interview, 17.12.2010).

Dies setzt aber auch voraus, dass sich Fachpersonen der Pflege in das politische Geschehen involvieren und pflegerelevante Themen bearbeiten und sich ebenso auf politischer Ebene positionieren. Auch hinsichtlich der Qualitätssicherung ist die Positionierung der Fachexpertise in der Politik unbedingt notwendig.

5.2.2. Pflegekammerdiskussion in Deutschland

Auch in Deutschland findet seit den letzten zehn Jahren verstärkt eine Diskussion über die Einrichtung einer Pflegekammer statt. Organisationen, Pflegeverbände, Förderkreise und politische Parteien beginnen sich in der Frage der Einrichtung einer Pflegekammer zu positionieren (vgl. DPV, o.J., Informationen – Kammer für Pflegeberufe, 13.9.2010).

In mehreren Bundesländern Deutschlands wurden Initiativen für eine Pflegekammer unternommen (vgl. Höfert, 2005, S. 2, 27.11.2010).

Die Nationale Konferenz zur Errichtung von Pflegekammern in Deutschland ist ein Zusammenschluss von mehreren Pflege- und Berufsverbänden sowie Fördervereinen und fordert die Landesregierungen zur dringenden Umsetzung bzw. Einrichtung von Kammern

für Pflegeberufe auf. Innerhalb der Europäischen Union sind in vielen Ländern Pflegekammern bzw. kammerähnliche Institutionen eine Selbstverständlichkeit.

Der Deutsche Pflegerat fordert seit 2004 eine Pflegekammern auf Bundes- und Länderebene (vgl. Höfert, 2005, S. 3, 27.11.2010).

5.2.3. Aufgaben einer Pflegekammer

Wenn es um die Umsetzung der Pflegekammer geht, ist unser Nachbarstaat Deutschland in der Planung und der Organisation einer Kammer schon etwas konkreter. In diversen Positionspapieren einzelner PflegevertreterInnen gibt es bereits konkrete Vorstellungen darüber, wie die Pflegekammer aufgebaut sein sollte und welche Aufgaben und Ziele sie verfolgen könnte.

Ein Bestreben der Pflegekammer könnte unter anderem sein, die Bevölkerung vor Pflegefehlern zu schützen. Sie könnte in der Qualitätssicherung sowie in der Qualitätserweiterung der Pflege einen Beitrag leisten und gleichzeitig Sicherheit für die BerufsinhaberInnen bieten. Darüber hinaus würde die Pflegekammer eine verbindliche Berufsordnung, Berufsethik und die geforderte Selbstverwaltung des Berufsstandes garantieren (vgl. Höfert, 2005, S. 2, 27.11.2010).

Die zehn wichtigsten Aufgaben einer Kammer für Pflegeberufe fasst Höfert (2005) wie folgt zusammen:

- *„Definition der Berufsbilder*
- *Festlegung und Überwachung der Pflichten im Sinne der Berufsordnung*
- *Anerkennung und Sicherung von Aus-, Fort- und Weiterbildung, z.B. Leitung des Prüfungsausschusses durch Pflegeverantwortliche*
- *Vergabe von Lizenzen und Zertifikationen*
- *Registrierung der Pflegenden*
- *Gutachtertätigkeit*
- *Schiedsstellentätigkeit*
- *Fachliche Beratung des Gesetz- und Verordnungsgebers*
- *Beteiligung bei Gesetzgebungsverfahren*
- *Übernahme der Umsetzung von Gesetzen und Verordnungen“* (Höfert, 2005, S. 2, 27.11.2010).

Das Endziel der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen verdeutlicht Höfert (2005) durch nachstehende Abbildung. Die Krankenkassen, Ärztekammern, Krankenhausgesellschaften und die Pflegekammern bilden die Säulen. Diese sind zugleich Vertretung für die Bereiche der Kostenträger, Medizin, Krankenhausträger und der Pflege. Wichtig dabei ist zu beachten, dass alle vier Bereiche in einer Ebene stehen und somit keine Hierarchie gegeben ist. Daraus ergibt sich schlussendlich die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen für alle Bereiche, die daran beteiligt sind.

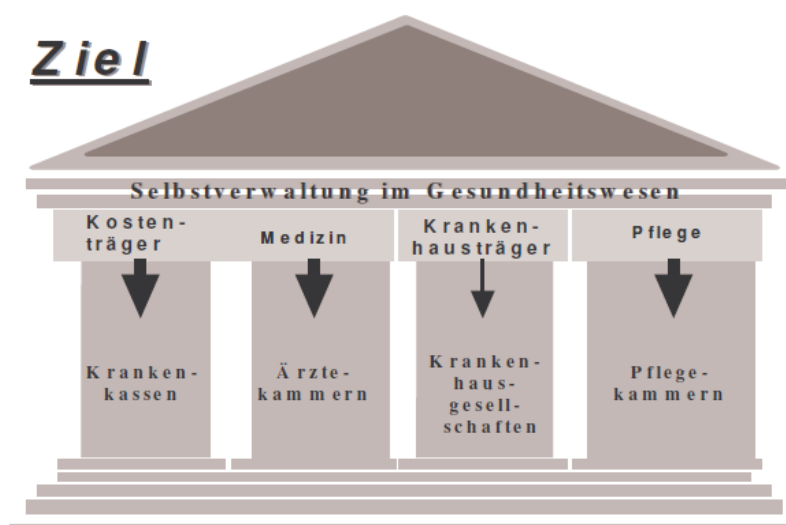


Abbildung 12: Selbstverwaltung im Gesundheitswesen (Höfert, 2005, S. 4, 27.11.2010).

Der Rechtsanwalt Robert Roßbruch hat sich in seiner Stellungnahme mit der Pflegekammerthematik in Deutschland auseinandergesetzt. In seinem Bericht „*Sind Pflegekammern verfassungsrechtlich zulässig und berufspolitisch notwendig?*“ beschreibt er sieben Thesen zur rechtlichen und berufspolitischen Begründung der Errichtung von Pflegekammern in Deutschland.

Seiner Meinung nach gibt es keine verfassungsrechtlichen Bedenken betreffend der Gründung von Pflegekammern. Unumstritten ist für ihn, dass sich die Pflege von der Vorherrschaft der Medizin nur befreien kann und sich zu einem eigenverantwortlichen Gesundheitsberuf mit einer eigenständigen Wissensbasis entwickeln kann, wenn eine berufspolitisch effektiv und effizient handelnde Organisation geschaffen wird, wie beispielsweise eine Pflegekammer (vgl. Roßbruch, 2001, S. 19, 28.11.2010). Als Problem in der Errichtung einer Pflegekammer sieht er vor allem die Uneinigkeit innerhalb der Berufsverbände und anderen Vertretungen des Pflegeberufes (vgl. Roßbruch, 2001, S. 1, 28.11.2010). Trotz jahrelangen Meinungsaustausches haben sich die einzelnen

Vertretungen der Pflege hinsichtlich einer Pflegekammer noch nicht eindeutig positioniert. Die Gründe dafür sind verbandszentrierte Absichten sowie die Befürchtung, berufspolitischem Konkurrenzdruck ausgesetzt zu sein bzw. Mitglieder zu verlieren. Nur der Deutsche Pflegeverband (DPV) hat sich bis heute explizit für eine Kammer ausgesprochen (vgl. Roßbruch, 2001, S. 12, 28.11.2010). Unter anderem erwähnt Roßbruch die eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten von Berufsverbänden sowie Gewerkschaften als Grund für eine Gründung der Kammer. Berufsverbänden sind auf Grund begrenzter finanzieller und personeller Ausstattung nicht in der Lage, den Beruf ausreichend zu vertreten. So auch die Gewerkschaft, die nicht über das pflegerische Fachwissen verfügt (vgl. Roßbruch, 2001, S. 16, 28.11.2010). Weder Berufsverbände noch Gewerkschaften werden in der Lage sein, den Forderungen der Pflege gegenüber Politik und Gesellschaft standhaft zu bleiben. Daher erscheint ihm die Organisation von Pflegekammern am sinnvollsten. Vor allem sieht er darin auch eine Möglichkeit, die seit Jahren um ihre Etablierung kämpfende Pflege zu einer adäquaten gesellschaftlichen Anerkennung zu verhelfen (vgl. Roßbruch, 2001, S. 19-20, 28.11.2010).

Als Grundvoraussetzung für eine Kammer sieht die derzeitige Vorsitzende der Nationalen Konferenz zur Errichtung von Pflegekammern in Deutschland, Skibicki, so wie schon Roßbruch angeführt hat, die Einigkeit des Berufsstandes für eine einheitliche Interessensvertretung. Dabei sieht sie die Pflichtmitgliedschaft sowie das Zahlen eines verpflichtenden Beitrages als ein Muss, um in Zukunft im Gesundheitswesen eine tragende Rolle zu spielen. Die weiteren Vorteile einer Selbstverwaltung der Pflege wären, dass Berufsangehörige registriert wären. Gleichzeitig unterlägen sie der Sicherheit gleicher Qualitätsstandards und hätten eine offizielle Zulassung, professionelle Pflege auszuüben. Somit könnte Sicherheit und Qualität für die Bevölkerung gewährleistet werden (vgl. Skibicki, o.J., S. 2, 30.11.2010).

Laut Skibicki könnte die Geschäftsführung einer Kammer in der Vollversammlung aller Mitglieder gewählt werden. Klar ist, dass es zur Bildung einzelner Referate kommen würde, die Teilbereiche verwalten würden. So gäbe es eigenständige Verantwortliche für Sachgebiete wie Berufsaufsicht, Qualitätssicherung, Öffentlichkeitsarbeit und Verwaltung. Durch Einrichtung von Ausschüssen könnte die Arbeit der Geschäftsführung erleichtert werden. Um nicht von der eigentlichen Berufung der Kammer abzuschweifen, sollte als Vorsichtsmaßnahme ein Beirat für die Geschäftsführung eingerichtet werden, der sich aus PatientInnen und Angehörigen sowie VertreterInnen anderer Gesundheits- und Heilberufe zusammensetzt. Ihrer Meinung nach könnte die Pflegekammer, sowie es bei der Ärztekammer der Fall ist, auf Bundesebene als direkter Ansprechpartner für die Politik und den Gesetzgebern fungieren (vgl. Skibicki, o.J., S. 1, 30.11.2010).

Darüber hinaus würde eine Kammer zukunftsweisende Aufgaben übernehmen. Mit eingebunden wäre eine Konzeptentwicklung in der Pflegeversorgung unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung. Eine vernünftige Ressourcenplanung in der Pflege – wer wie und wen pflegen, betreuen und versorgen soll – wäre anhand der validen Zahlen über Berufsangehörige möglich. Vor allem aber könnte dadurch aufgezeigt werden, dass der ständige Abbau von Ausbildungsplätzen heute zur katastrophalen Unterversorgung der Menschen von morgen führt (vgl. Skibicki, o.J., S. 2, 30.11.2010).

6. Diskussion

In der folgenden Diskussion werden abschließend die am Anfang gestellten Forschungsfragen beantwortet. Um diese in Erinnerung zu rufen, werden sie nochmals angeführt:

1. Welche Stellung nimmt der Berufsverband in Hinblick auf die Professionalisierung der Pflege in Österreich in verschiedenen Zeitetappen ein?
2. Welche Schritte soll die österreichische Pflege unternehmen, um sich als eigenständige Profession weiterzuentwickeln?

6.1. Die Rolle des Berufsverbandes

Auf die Geschichte des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes in Zusammenhang der Professionalisierungsdebatte rückblickend, lassen sich viele Ergebnisse und Bemühungen sowie Positionierungen des Verbandes zusammenfassen.

Allgemein kann festgestellt werden, dass der ÖGKV die Interessen der Berufsgruppe seit jeher bestmöglich zu vertreten versucht und sich bestmöglich für diese eingesetzt hat. Abwechslungsreich waren und sind die unzähligen Verbandsschwerpunkte die im letzteren Sinne immer das gleichbedeutende Ziel vor Augen hatten, nämlich die Weiterentwicklung und Etablierung und somit auch die Professionalisierung der Pflege, national sowie international. Zweifellos lag das Bestreben damals sowie auch heute darin, die Pflege für alle die ihrer bedürfen, zugänglich zu machen. Der Versuch den Pflegeberuf an die jeweiligen historischen Umstände und Entwicklungen Österreichs anzupassen sind seit Beginn an, zentrale Aufgabe des Verbandes gewesen. Denn auch Gegebenheiten wie Ort, Zeit und Zielgruppe der Pflege haben sich im Laufe der Zeit verändert. So ist die Verbandsgeschichte des ÖGKV, durch den Einsatz für den Pflegeberuf, für Berufsangehörige aber vor allem auch für die österreichische Gesellschaft gekennzeichnet. Weidner (1999) definiert die Etablierung eines Berufes durch die Merkmale Wissenschaftlichkeit, Orientierung der Arbeit an einen zentralen Wert der Gesellschaft, Autonomie und der Aneignung von Kompetenzen zur spezifischen Bearbeitung individueller Problemlagen (vgl. Weidner, 1999, S.24). Unter anderem hat der Verband seit seinem Bestehen, es sich zur Aufgabe gemacht diese Kriterien – welche schlussendlich die Professionalisierung eines Berufes vor Augen haben – durch geleistete Aussprachen und Zusammenarbeiten mit diversen Berufsgruppen, Institutionen und Entscheidungsträgern versucht zu erreichen.

Der Frage nachgehend, welche Rolle der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband in den Jahren zwischen 1933 bis 2011 einnimmt, dürfen auf das Engagement sowie die jeweiligen individuellen Intentionen der Präsidentinnen nicht vergessen werden. Die Entwicklung des ÖGKV und seine Professionalisierungsbestrebungen für die Pflege in Österreich, lagen und liegen noch immer in der Verantwortung der einzelnen Präsidentinnen und Ausschüssen des Verbandes. Ihr Einsatz und ihre Ansichten betreffend der Pflege, nahmen auf die Rolle des Verbandes und somit auch die Vertretung für die Pflege großen Einfluss. Dank persönlicher Leistung und Hingabe für den Pflegeberuf einzelner Willensmenschen, konnten weitreichende berufspolitische Entwicklungen zu Stande kommen. So war es Hedwig Birkner, bei der es im Jahr 1933 zur ersten Gründung des Verbandes kam. Die erneute Verbandsgründung konnte Dank den Vorarbeiten von Lilli Petschnigg im Jahr 1948 gefeiert werden.

Später, in der Amtszeit von Marie Therese Strobl lagen die Schwerpunkte vor allem in der Reorganisation des österreichischen Pflegewesens. Durch Hilfe aus dem Ausland gelang es schnell neue Ziele zu setzen und Tatkräftig mitzuwirken. Themen zur damaligen Zeit waren vor allem die Berufsauffassung und ethische Richtlinien der Pflege. Über die Auffassung einer perfekten Pflegefachkraft wurde vor allem in den ersten Jahren besonderen Wert gelegt. Darüber hinaus waren die Qualifikationsbeschreibung der Krankenschwester, die Auffassung des Krankenschwesterideals und die allgemeine Beschreibung des Berufsstandes heiß diskutierte Themen. Durch die Bildung von Arbeitsgemeinschaften wurden erstmals Ausbildungsinhalte besprochen und geschaffen, in denen vor allem auf die Qualität großen Wert gelegt wurde.

Seit bestehen des ÖGKV stand die Frage nach einer Berufsethik in der Pflege im Vordergrund und wurde durch die Mitgliedschaft beim ICN und dessen Ethikkodex konkretisiert. Dadurch konnte der Berufsgruppe ein gemeinsames Handeln nach ethischen Richtlinien ermöglicht werden. Wie schon aus der im zweiten Kapitel hervorgehenden Professionalisierungsdebatte, war und ist das bestehen eines Ethikkodex immer schon eine Voraussetzung, die es im Hinblick auf Professionalisierung zu erfüllen galt. Laut Lexikon der Soziologie ist die Berufsethik *„die Gesamtheit der von einem Berufsverband kodifizierten Vorschriften für das berufliche Verhalten seiner Mitglieder. Die Gesamtheit der Wertvorstellungen und Erwartungen, mit denen die Angehörigen eines Berufes ihr berufliches Verhalten kontrollieren“* (Fuchs-Heinritz, 2007, S.85).

Vor allem ermöglichen ethische Richtlinien bzw. ein Ethikkodex aber auch, die optimale Gesundheitsversorgung der BürgerInnen und ein gemeinsam geleitetes professionelles Handeln im Beruf.

Die Grundausbildung des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals war immer schon ein besonderes Anliegen des Verbandes gewesen. Die unzähligen Versuche die Qualität der Ausbildung zu heben war für die meisten, wenn nicht für alle Präsidentinnen des Verbandes Priorität gewesen. Bei den vielen Novellierungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes wurde das Fachwissen der VertreterInnen des ÖGKV mehrmals hinzugezogen um gemeinsam vernünftige Lösungen zu finden und zu entwickeln. Durch Arbeitsgemeinschaften der SchuloberInnen 1947 wurden viele Beiträge für die gesetzlichen Regelungen gesammelt und den zuständigen Verantwortlichen vorgelegt.

Der ÖGKV kämpfte gegen eine Herabsetzung des Eintrittsalters in die Pflegeausbildung. Seit jeher ist es sein Ziel, die jungen Menschen in der Ausbildung und die PatientenInnen, die die Konsequenz der Grundausbildung zu tragen haben. Auch die Bestrebungen die Ausbildung auf tertiäres Niveau zu festigen ist heute ein wesentlicher Punkt. Zumal Akademisierung ein weiterer wichtiger Schritt für diese Profession bedeutet und nicht davon trennbar ist. Die angestrebte Aufwertung des Ausbildungsniveaus ist heutzutage mehr denn je notwendig, um qualitative Leistungsfähigkeit weiterhin zu erbringen. Erforderlich ist die Akademisierung auch, um gegenüber anderen Gesundheitsberufen als gleichwertiger Partner mitwirken zu können. Dies schließt die Qualifikation im Pflegeberuf vor allem in der Ausbildung und das Üben professionellen Handelns mit ein.

Auch die allgemeinen Fort- und Weiterbildungen für das Pflegepersonal waren zu Beginn im ÖGKV eines der wichtigsten Zielsetzungen. In den ersten Jahren hauptsächlich nur in Wien angeboten, sind Fort- und Weiterbildungskurse heute eine Selbstverständlichkeit und für alle Pflegepersonen durch die ÖGKV Landesverbänden erreichbar. Die Bundeszentrale des ÖGKV sowie die Fortbildungsakademie in Graz bieten ein füllendes jährliches Kursprogramm für Pflegepersonen. Meilenstein war vor allem die Schaffung einer bleibenden erstklassigen Akademie für höhere Fortbildung in der Krankenpflege die in Mödling angesiedelt wurde und später nach Graz verlegt wurde.

Durch die Mitgliedschaft bei der Workgroup of European Nurse Researchers (WENR) fand man lange Zeit Zugang zur Pflegeforschung in Europa und sicherte zugleich den Zutritt zu vielen Forschungseinrichtungen in ganz Europa. Als Gastgeber für einen Kongress des WENR setzte sich der ÖGKV für die Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft in Österreich ein. Letztendlich trat er aber Ende 2010 von dieser Gemeinschaft aus. Heutzutage versucht man durch eine kleinere Gemeinschaft der 3 Länder Konferenz, in denen die Schweiz, Deutschland und Österreich vertreten sind, also im deutschsprachigem Raum die Beziehungen zu festigen und Themen der Wissenschaft aufzuarbeiten.

Fakt ist, dass fachliches Wissen und Können in Wechselwirkung zu der Praxis und umgekehrt stehen. Daher kann das eine kann ohne dem Anderen nicht existieren bzw. sich

nicht weiterentwickeln. Mit dem auch die Professionalisierung der Pflege in Zusammenhang zu bringen ist. Professionelles Handeln braucht somit die Unterstützung einer systematischen Wissenschaftsentwicklung. Wonach der Theorie-Praxis-Bezug zu verbessern gilt. Zudem tragen die fachliche Kompetenz zur gesellschaftlichen Akzeptanz bei, was wiederum zur beruflichen Eigenständigkeit führt.

Internationale Zusammenarbeit hat im Verband seit jeher einen Platz gefunden. Durch die Teilnahme des Verbandes an unzähligen internationalen Sitzungen und Veranstaltungen wurden neueste Informationen in Bezug auf Ausbildung, Fort- und Weiterbildung für das Pflegepersonal sowie über Rechte der Patienten und vieles mehr ermöglicht. Durch verschiedenste Arbeitsgruppen, in denen VertreterInnen des ÖGKV miteingebunden waren und sind, wie dem ICNP, konnten die neuesten Entwicklungen und Fortschritte in allen Bereiche der Pflege nach Österreich gebracht und eingearbeitet werden. Darüber hinaus konnte dadurch ein internationales Netzwerk von BerufskollegenInnen aufgebaut werden. Darüber hinaus war die ehemalige Präsidentin Finze vier Jahre lang vorsitzende des EFN, wodurch sie an den Tagungen der WHO teilnehmen konnte sowie am Treffen der Nordeuropäischen Schwesterngruppe um Komitee für die EG Länder und zu Europarat.

Im Laufe der Geschichte des ÖGKV lässt sich eine Vielzahl von Interaktionen mit diversen Entscheidungsträgern feststellen. Es ist unumstritten, dass der Verband heute, mit Vertretern aus Politik und Verwaltung auf allen Ebenen zusammenarbeitet. Dem Verband ist es vor allem in den letzten zwei Jahren gelungen, vermehrt in das berufspolitische Geschehen involviert zu sein und sich in gesundheitspolitischen Fragen einzubringen.

Der Aufbau von guten Beziehungen zu den diversen Ministerien, den vielen Sozialberufen, den Universitäten und vielen anderen sind wichtige Aufgaben des Berufsverbandes und erfordern viel Zeit und Geschicklichkeit.

Durch eingeschränkte finanzielle Ressourcen ist eine intelligent gesteuerte Gesundheits- und Pflegeleistungsplanung in den unterschiedlichen Gesundheitsberufen immer essentieller. Folglich wird eine Zusammenarbeit der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe im System immer dringender notwendig werden, um gleichzeitig auch enger und zielorientierter im professionellen System zusammenarbeiten zu können. Dabei kann von einer Inter- beziehungsweise Transprofessionalität gesprochen werden. Während die Interprofessionalität relativ stabilen und abgrenzbaren diagnostischen und therapeutischen Konzepten zu Grunde liegt, über die ein Austausch zwischen den beteiligten Professionellen stattfindet, bezeichnet Transprofessionalität *„die Entwicklung und Erarbeitung neuer, gemeinsamer Konzepte für mehrer beteiligte Professionen“* (Robert Bosch Stiftung, 2000, S.123). Beide Systeme setzen einen hohen Professionalisierungsgrad voraus. Letztlich spricht dies für die Entwicklung von

professionellen Haltungen in den Pflegeberufen. Diese Zusammenarbeit ist im österreichischen Gesundheitssystem erstmals durch die „Österreichische Gesundheitsberufekonferenz“ gewährleistet, in die auch der ÖGKV miteingebunden ist. Am 19. Jänner 2011 tagte die Gesundheitsberufekonferenz im Rahmen der Veranstaltung „Tag der Gesundheitsberufe“ im Gesundheitsministerium in Wien, um über aktuelle berufspolitische Themen und Entwicklungen mit dem Gesundheitsminister Alois Stöger und dem Sozialminister Rudolf Hundstorfer zu diskutieren.

Unter anderem forderte in dieser Diskussion die Präsidentin des ÖGKV *„(...) eine sichtbare Einbindung der Fachkompetenz in pflegerischen Belangen sowie eine nachhaltige Verankerung in politischen Entscheidungsgremien“* (Frohner, 2010, Interview, 17.12.2010). Beide Minister, Hundstorfer sowie Stöger stimmten einer künftig vermehrten Einbindung der Fachkompetenz des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu.

Sozialminister Hundstorfer betonte vor allem den Stellenwert der Pflegeberufe im interdisziplinären Handlungsfeld des Gesundheits- und Sozialwesens. Die Berufsgruppe stellt einen bedeutenden Arbeitsmarktsfaktor dar. Dabei ebnet die Registrierung dieser Berufsgruppe, wie sie bereits bei ÄrztInnen und Psychotherapeuten besteht, den Weg zu mehr Qualität in der Pflege.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass berufspolitisches Trachten für die Berufsgruppe der Pflege, unabhängig der persönlichen Bedürfnisse der Präsidentinnen stattgefunden hat. Alles in allem wurden in den verschiedenen Zeitetappen immer aktuelle und brisante Themen der Pflege aufgegriffen und bearbeitet. Trotz der weiten Zeitspanne von 1933 bis 2011, können Parallelen hinsichtlich der Schwerpunktsetzung gezogen werden. Prinzipiell lässt sich angesichts der gesetzten Themenschwerpunkte eine Stringenz des Berufsverbandes feststellen. Hauptaugenmerk und Tätigkeitsbereiche die in all den Jahren immer wieder behandelt wurden, waren insbesondere folgende Punkte:

- Berufsethik und Berufsauffassung
- Berufspolitisches Engagement
- Fortbildung, Sonder- und Spezialausbildung
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
- Grundausbildung
- Internationale Netzwerke und Mitgliedschaften
- Nationale Zusammenarbeit mit Institutionen
- Pflegewissenschaft und Pflegeforschung

6.2. Schritte zur Professionalisierung der Pflege

Demographischer Entwicklung zur Folge, wird es in den nächsten Jahren eine zunehmende Alterung der Bevölkerung geben. Hinzu kommen neu entstehende Gesundheitsgefahren in Verbindung mit einem eingeschränkten Gesundheits- und Sozialangebot aufgrund knapper finanzieller Ressourcen. Schenkt man den Statistiken Glauben, so wird sich auch das Krankheitsbild der Gesellschaft verändern. Die Anzahl der chronischen Erkrankungen steigt, die gesellschaftliche Nachfrage nach einer professionellen Pflege erhöht sich, während der Mangel an qualifizierten Pflegefachkräften in den nächsten Jahren dramatisch steigen wird. Personelle Ressourcenknappheit in der Pflege führt zu Umstrukturierungen des Gesundheitswesens. Diese haben Einsparungsmaßnahmen und Rationalisierungsprogramme zur Folge. Darüber hinaus stehen wir der Hürde gegenüber, betriebswirtschaftliches Denken und Handeln mit den weitgehenden Ansprüchen einer ganzheitlichen Pflege in Einklang zu bringen. Hinzu kommt auch, wie schon kurz angesprochen, dass sich ändernde traditionelle Familienbild, wodurch die mögliche notwendige Pflege und Betreuung durch Angehörige nicht mehr gewährleistet sein wird. Laut Aussagen der Gesundheitsberufekonferenz wird es bis zum Jahr 2060 in den 27 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union 66,9 Millionen mehr Personen über 65 Jahre geben, wobei die Hochbetagten die am stärksten wachsende Gruppe darstellt (vgl. Gesundheitsberufekonferenz, o.J., Gemeinsame Grundsätze zur Gesundheitspolitik 22.3.2011).

Um diesen Herausforderungen in naher Zukunft entgegen treten zu können, müssen unter anderem geeignete Lösungen im Bereich des Leistungsangebotes und der Qualität im Gesundheitssektor erarbeitet und gefunden werden. Dahin gehend ist aber auch eine professionell handelnde sowie im System wahrgenommene Fachpflege wünschenswert und notwendig. Diese würde einen wesentlichen Part in der Planung und Steuerung des Bedarfs der Bevölkerung an Gesundheitsleistungen übernehmen. Diesbezüglich ist daher auch eine Aufwertung des Pflegeberufes, oder anders ausgedrückt, ein vorangehender Professionalisierungsprozess der Pflege notwendig. In weiterer Folge bedeutet dies laut Lexikon der Soziologie (2007):

„Ein für die Gesellschaft relevanter Dienstleistungsberuf mit hohem Prestige und Einkommen, der hochgradig spezialisiertes und systematisiertes, nur im Laufe langer Ausbildung erwerbbares technisches und/oder institutionelles Wissen relativ autonom und kollektivitätsorientiert anwendet“ (Fuchs-Heinritz, 2007, S. 514).

Mehr denn je ist es daher notwendig, sich Gedanken über die Positionierung der Pflege zu machen und künftige weitere Professionalisierungsschritte dieses Berufes in Österreich zu überlegen. Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) versucht diesbezüglich, durch sein Engagement die Weiterentwicklungen der Pflege zu fördern. Vor allem aber muss angemerkt werden, dass die kleinen Teilziele, wie der Einsatz für eine Berufsethik in der Pflege, die Mitgliedschaft bei nationalen und internationalen Organisationen, oder auch die Forderung nach einer besseren Ausbildung für den Gehobenen Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege im tertiären Bereich, Notwendigkeiten sind, indem der ÖGKV für die Professionalisierung der Pflege eintritt und somit die Professionalisierung der Pflege in Österreich anstrebt.

Um eine Aufwertung des Berufsstandes herbeiführen zu können, liegt die Notwendigkeit des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes in erster Linie darin, die Gesellschaft an sich, über den Pflegeberuf und seine Aufgaben im 21. Jahrhundert zu informieren. Ebenso gilt es, das Standing des Berufes in verschiedensten Ebenen klarer zu definieren und zu unterstützen. Besonders das viel diskutierte Thema der Einsparungsmaßnahmen erfordert, dass Fachpflegepersonen ihre Fachkompetenz kommunizieren und unterstreichen. Vor allem aber gilt es, eine gewisse Sprachlosigkeit zu überwinden.

Das Image des Pflegeberufes zu heben und zu zeigen, dass die unmittelbare Nähe und auch der körperliche Kontakt mit den PatientInnen nicht minderwertiger oder einfacher gegenüber anderen Gesundheitsberufen ist, wurde durch den Einsatz des ÖGKV mehrfach versucht klarzustellen. Um das Standing der Berufsgruppe anzuheben, müssen sich Pflegepersonen ihrer Kompetenzen im Klaren sein und auch dem entsprechend professionell handeln. Der ÖGKV versucht dies über sein Bildungsangebot und über seine Kommunikationsmedien in der Berufsgruppe zu erreichen.

Die Bemühungen des ÖGKV, das Ansehen des Berufsstandes zu heben, spiegeln sich auch im derzeit laufenden Gemeinschaftsprojekt zur Image- und Marketingkampagne für die Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich wider. Gemeinsam mit der Austrian Nurse Directors Association (ANDA) und der Future Training Beratung Coaching Gesellschaft mbH soll mit dem Projekt „Zukunft – Pflege – Österreich POWER für die PFLEGE“ dem drohenden Mangel in der Pflegeversorgung in Österreich begegnet werden. Dabei geht es darum, das Standing der Pflegeberufe zu heben und die Bedeutung im Gesundheitswesen und auf der berufspolitischen und gesellschaftspolitischen Ebene sowie den Leistungsfaktor zu unterstreichen. Darüber hinaus soll der Pflegeberuf an Attraktivität gewinnen und das Image in der öffentlichen Meinung und die Position innerhalb des Gesundheitswesens gehoben werden. Die Stärkung der beruflichen Identität und die

Verbesserung am Arbeitsplatz für Pflegepersonen, sind als Ziele in diesem Projekt definiert (vgl. ANDA, o.J., „Power für die Pflege“, Folder).

Damit aber das Image des Berufsstandes aufgebessert wird, ist für die Präsidentin des ÖGKV eines klar, nämlich „(...)sich seiner Bedeutung im System bewusst zu sein“. Diese Bewusstseinsbildung sollte bereits in den Ausbildungsstätten der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen geschehen. Zudem würde man von Beginn an zur Bewusstseinsbildung jeder Pflegeperson beitragen und Selbstbewusstsein schaffen.

Die Zusammenarbeit mit den verschiedensten Institutionen Österreichs, aber auch die internationale Vernetzung ist für eine starke und selbstbewusste Pflege in der Zukunft immer wichtiger. Durch Zusammenarbeiten und der vermehrten Einbringung im Gesundheits- und Sozialsystem, ist die Pflege dadurch präsenter und für die Gesellschaft zugänglicher. Professionelles Handeln und Auftreten in der Öffentlichkeit führen zu mehr Anerkennung bei VerhandlungspartnerInnen und in der Gesellschaft. Dies kann wiederum Akzeptanz für den Pflegeberuf und daher ein Stück weit mehr Professionalität für die Pflege bedeuten.

Der Frage nachgehend, ob eine Registrierung der Pflegeberufe und im weiteren Sinne eine gesetzlich geregelte Interessensvertretung, die Professionalisierungsbestrebungen im Sinne der soziologischen Debatte vorantreibt, ist mit einem klaren Ja zu beantworten. Dennoch muss diesbezüglich die derzeit stattfindende Diskussion genauer betrachtet werden.

Aufgrund der EU-Richtlinie (Richtlinie 2005/36/EG) Absatz 32 (Seite L 255/26), die laut europäischem Recht umgesetzt werden muss, wird eine Registrierung aller Gesundheitsberufe verpflichtend. Jedoch steht den einzelnen Mitgliedsstaaten der EU ein definierter Zeitraum bezüglich der Art der Umsetzung zur Verfügung.

Die Bestrebungen nach einer Registrierung, untermauern unter anderem auch die dahingehende Vorarbeiten des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV) und die des ÖBIG. Fraglich ist, ob die Registrierungsbestrebungen des ÖGKV zur jetzigen Zeit wirklich sinnvoll erscheinen. Es gibt weder Konsequenzen für Pflegepersonen bei Nicht-Registrierung, noch gibt es derzeit Vorteile für den Einzelnen im Beruf. Darüber hinaus können nur ÖGKV-Mitglieder dieses Angebot in Anspruch nehmen, wodurch wiederum nicht der gesamte Berufsstand der Pflege repräsentiert wird.

Unumstritten sind aber die positiven Effekte, die eine gesetzlich geregelte Registrierung der Gesundheitsberufe auf die zukünftige Angebots- und Bedarfsplanung im Gesundheitswesen mit sich bringen würden. Überdies würde die Erfassung des gesamten

Pflegepersonals eine genaue Zahl, über die im Beruf tätigen Personen mit Tätigkeitsbereich und zugleich auch die erworbenen Fähigkeiten und absolvierten Fort- und Weiterbildungen dieser liefern.

Es lässt die Vermutung zu, dass mit der Registrierung früher oder später auch eine gesetzlich legitimierte Interessensvertretung eingerichtet wird. Ob Pflegekammer, Pflegegremium oder eine anders einzurichtende Organisation, steht offen. Generell ist aber eine neu einzurichtende Pflegekammer für die Registrierung und der damit verbundenen Berufsberechtigung der Gesundheitsberufe nicht erforderlich. Dies unterstreicht auch der ÖBIG Pflegebericht 2007, da in diesem auch andere ausführende Registrierungsstellen genannt werden. Die Schaffung einer eigenen Pflegekammer würde zudem enorme Kosten bedeuten. Natürlich stehen der oft boykottierten Pflegekammer auch Abwehrreaktionen seitens der Arbeiterkammer und der Gewerkschaft gegenüber, die es seit Jahren schaffen, eine Pflegekammer gekonnt abzuwehren. Aufgrund der Tatsache, dass die Pflege die größte Berufsgruppe darstellt, müssten diese Einrichtungen – im Falle eines zustande Kommens einer Pflegekammer – mit finanziellen Einbußen rechnen. Es liegt aber auf der Hand, dass die Pflege mit ihren Anliegen aus der Sicht der Fachebene nicht adäquat vertreten wird und die Forderungen einer sichtbaren Einbindung in Entscheidungen der Berufsverbände somit auch verständlich sind. Zwar werden berufs- und arbeitsrechtliche Belangen beraten und unterstützt, jedoch aus der Sicht der Fachexpertise ungenügend vertreten. Aufgrund der auf uns zusteuernden demografischen Entwicklungsproblematik sind Forderungen der verstärkten berufspolitischen Einbindung in Gesundheitsbelangen von großem Nutzen.

Es kann aber durchaus davon ausgegangen werden, dass eine Verkammerung der Pflege auch positive Argumente hätte. Eine Pflegekammer würde vor allem als Ansprechpartner bei Gesetzgebungen dienen und würde zugleich auch eine Schnittstelle zwischen Politik und Pflege darstellen. Vor allem würde sie die gesamte Pflege mit all ihren Handlungsfeldern repräsentieren und quasi „eine Stimme der Pflege“ bilden. Darüber hinaus kann eine Pflegekammer auch die Definition eines Tätigkeitsspektrums des Berufsbildes vornehmen und hätte verglichen zu anderen Kammern ebenso eine Berufsberechtigungsaufsicht.

Die Problematik in diesem Vorhaben kann im breiten Handlungsfeld der Pflege gesehen werden. Aufgrund der Vielseitigkeit der Pflege und des breiten Handlungsspektrums scheint es schwer zu sein, alle Bereiche durch eine Stimme zu vertreten.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt der in der Debatte um eine Pflegekammer nicht vergessen werden darf, ist der pflegebedürftige Mensch bzw. die der ihrer bedürfen, selbst. Wichtig ist, dass es nicht nur um einen Positionierungskonflikt zwischen dem

Berufsstand der Pflege gegenüber anderen Gesundheitsberufen gehen kann. Vielmehr muss das Thema dieser Diskussion, die Qualitätssicherung für Pflegebedürftige sein.

Dem Anschein nach geschieht der Weg zur Einrichtung einer gesetzlichen Vertretung für die Pflege in Österreich zuerst durch den Schritt der Registrierung und danach der einer gesetzlichen legitimierten Vertretung. Denkbar wäre auch, dass der ÖGKV einen gremialen Status erhalten würde, vergleichbar mit einem Hebammengremium. Dazu bräuchte es aber einen expliziten Auftrag des Bundesministeriums und auch dementsprechende Veränderungen im Berufsverband selbst.

Ob eine Pflegekammer der goldene Weg zur gesetzlichen Vertretung der Pflege ist oder nicht, sei vorerst dahingestellt. Einleuchtend scheint aber, dass eine künftig vermehrte und vor allem sichtbare Einbindung der Fachexpertise der Pflege in diverse Entscheidungen im Gesundheits- und Sozialwesen unbedingt erforderlich ist. Damit verbunden ist ein gemeinsames öffentliches Auftreten aller im Gesundheits- und Sozialbereich tätigen Berufe.

Gleichzeitig ist es von großem Belangen, mehr politisches und berufliches Engagement seitens des Berufsverbandes zu zeigen, um eine gesetzlich legitimierte Vertretung der Pflegeberufe herbeizuführen zu können. Zudem gilt es, zum Engagement der Berufsgruppe in berufspolitischen Themen der Pflege zu motivieren und zu stärken.

Damit verbunden ist reiche Arbeit um die Professionalisierung der Pflege zu erlangen.

7. Schlussfolgerung und Ausblick

Summa summarum kann festgestellt werden, dass der Professionalisierungsbegriff generell, als ein wandelbares Kontinuum angesehen werden kann. Bei Durchsicht der professionssoziologischen Literatur wird klar, dass der Pflegeberuf heute zu den aufsteigenden Professionen gezählt werden kann. Diese Tendenz wird unter anderem auch aufgrund soziodemographischer Entwicklungen begünstigt und gefordert. Eine professionell handelnde Pflege wird demnach immer unentbehrlicher. Die Qualitätssicherung in der Pflege – aufgrund des steigenden Pflegebedarfs in der Gesellschaft – wird in Zukunft einen wichtigen Platz einnehmen. Die Notwendigkeit und das Streben einer professionellen Pflege und somit auch die wachsende Professionalität des Pflegeberufes sind unumstritten.

Die Professionalisierung eines Berufes kann nicht von Heute auf Morgen erfolgen, sondern gestaltet sich als ein Prozess, der durch einzelne Bestrebungen stattfindet. So auch im Pflegeberuf. Im Hinblick dessen, leistet der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) einen großen Beitrag und nimmt in Fragen der Etablierung für die Pflege in Österreich, einen wichtigen Stellenwert ein. Die Umsetzung einzelner Vorhaben des Berufsverbandes, wie etwa die Ansiedlung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung im tertiären Bereich oder die Positionierung und vermehrte Zusammenarbeit mit Bundesministerien steuern maßgeblich zum Professionalisierungsfortschreiten des Pflegeberufes bei.

Die Bedeutung und Leistung der Pflege hervorzuheben, das Pflegeberufsbild sowie die klare Abgrenzung der Handlungsfelder der Pflege, sind meines Erachtens wichtige Schritte, um das Arbeitsfeld der Pflege für die Gesellschaft sichtbar darzustellen. Transparenz im Leistungsangebot der Pflege zu erreichen, machen die Sicherheit und Qualität der pflegerischen Leistungen erkennbar. Diese Sichtbarkeit der Pflege führt aber wiederum auch zu mehr Anerkennung in der Gesellschaft.

Wünschenswert wäre auch, in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung den SchülerInnen deren Wichtigkeit im System begreifbar zu machen und in dessen Bewusstsein zu verankern. Berufspolitische Themen zu diskutieren und argumentieren zu können, sollten dringende Ausbildungsinhalte sein. Darüber hinaus sind sie auch in das politische Geschehen involviert und könnten später zur Durchsetzung beruflicher Ziele beitragen. Vor allem sollte die gemeinsame Verantwortung der Berufsgruppe für die Entwicklung des Berufsstandes aufgezeigt werden.

Auch die sich etablierende Pflegewissenschaft ist ein wichtiger Bestandteil der Professionalisierung, die mit einem eigenen Wissenschaftsgegenstand zu einer immer

größer werdenden Eigenständigkeit des Berufes hinführt. Die Qualifikation trägt einen wesentlichen Teil zur beruflichen Autonomie und Eigenständigkeit der Pflegeperson bei. Das Problem, dem der Professionalisierungsprozess der Pflege aber gegenüber steht ist zu einem gewissen Maße die Berufsgruppe selbst. Der definierte Handlungsrahmen sowie die Kompetenzbeschreibung im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz werden und können von den Fachkräften der Pflege teilweise nicht gelebt. Hauptrolle dabei spielen vor allem die Krankenhausträger selbst, welche das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz für die Praxis, im Berufsfeld und vor allem im Rahmen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege individuell auslegen. Hierauf Bezug nehmend können Berufsverbände einen wesentlichen Beitrag liefern. Die Berufsmitglieder stärken und diese auf das Thema der Professionalisierung zu sensibilisieren sind erste Schritte. Damit verbunden ist auch das Thema der Selbstverwaltung der Pflegeberufe.

Abschließend kann festgestellt werden, dass es unbedingt einer fachlich kompetenten Vertretung für die Professionalisierung der Pflege bedarf. Berufsverbände vertreten die berufspolitischen Interessen und Anliegen der Berufsgruppe und können weitreichende Veränderungen herbeiführen. Je größer die Anzahl der Mitglieder desto stärker und fordernder kann dieser Druck auf die gegenwärtigen Entscheidungsträger ausüben und positive Veränderungen für den Pflegeberuf erreichen. Klar ist, dass die berufspolitische Positionierung sowie die fortschreitende Professionalisierung der Pflege durch einen starken aktiven Berufsverband konkretisiert werden kann.

8. Literaturverzeichnis

ANDA (o.J.): Zukunft – Pflege – Österreich. „Power für die Pflege“. Projekt, Folder, Wien.

AK (2011): Wer ist Mitglied der Arbeiterkammer? www.arbeiterkammer.at/online/ak-mitgliedschaft-43824.html (6.4.2011).

AK (2011): Mitgliedschaft und AK-Beitrag. www.arbeiterkammer.at/online/mitgliedschaft-und-ak-beitrag-42629.html (7.4.2011).

AK (2011): Aufgaben der AK. www.arbeiterkammer.at/online/aufgaben-der-ak-42628.html (9.4.2011).

Ausschuß der Vereinigung der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs (1935): Allen Mitgliedern zur Kenntnisnahme. Mitteilungen der Vereinigung der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs, 2, 4, 9.

Birkner H. (1934): Unsere Arbeit für andere. Mitteilungen des Verbandes der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs, 1, 1, 5-6.

Birkner H. (1935): Tätigkeitsbericht 1934. Mitteilungen des Verbandes der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs, 2, 3, 85-89.

BMG (2010): Stellungnahme zu Bürgerinitiative. www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/SBI/SBI_00034/fname_194550.pdf (12.3.2011).

BMI (o.J.): Zentrales Vereinsregister. zvr.bmi.gv.at/Start (12.09.2010).

Bock-Rosenthal E. (Hrsg.)(1999): Professionalisierung zwischen Praxis und Politik. Der Modellstudiengang Pflegemanagement an der Fachhochschule Münster. Hans Huber, Bern.

Bollinger H. et al. (Hrsg.)(2005): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. Mabuse, Frankfurt am Main.

Comtesse M. (1948): Aus dem Schwesternbüro der Liga der Rot-Kreuz-Gesellschaft, Genf. Die Krankenschwester. 1, 2, 36-39.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband (2010): ICNP – Über uns. www.icnp.info/index.php?option=com_content&view=article&id=50&Itemid=59 (15.1.2011).

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband (2010): Internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis (ICNP®). www.icnp.info/ (16.1.2011).

Die Verbandsleitung (1934): Das erste Verbandsjahr. Mitteilungen des Verbandes der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs, 1, 2, S.45-46.

Die Vereinigung der diplomierten Krankenschwestern und Krankenpfleger Österreichs (1948): Berufs- und Standesfragen. Ein Flugblatt, das uns angeht. Die Krankenschwester, 1, 2, S.32-35.

Dorffner G. (1999): Hedwig Birkner, eine Pionierin der österreichischen Krankenpflege. Österreichische Pflegezeitschrift, 99, 2, 18-19.

DPV (o.J.): Informationen – Kammer für Pflegeberufe. www.dpv-online.de/kammer.htm (13.9.2010).

EFN (2005): About EFN – History. www.efnweb.eu/version1/en/about.html (22.1.2011).

EFN (2005): Executive Committee. www.efnweb.eu/version1/en/about_comittee.html (23.1.2011).

EFN (2010): Activity Report.
www.efnweb.eu/version1/en/documents/EFNActivityReport2010-EN-Final.pdf
(24.1.2011).

ENDA (2010): Die Europäische Nurse Directors Association (ENDA). www.enda-europe.com/DE/ (12.12.2010).

Europäisches Parlament, Europäischer Rat (2005): Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:DE:PDF> (26.5.2010).

Friedrich N. (2008): Christentum und Krankenpflege – einige historische Anmerkungen. In: Hähner-Rombach (Hrsg.): Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mabuse- Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 43-28.

Forster R. (2000): Der Wandel der Pflege und die Bedeutung der Pflegewissenschaft eine soziologische Perspektive. In: Kozon V. et. al. (Hrsg.): Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich. Facultas, Wien, 55-71.

Frohner U. (2010): Interview mit Präsidentin Ursula Frohner, Transkribiert (17.12.2010).

Fürstler G., Malina P. (2004): Ich tat nur meinen Dienst. Zur Geschichte der Krankenpflege in Österreich in der NS-Zeit. Facultas, Wien.

Gerlach A. (2005): Akademisierung ohne Professionalisierung? In: Bollinger H. et. al. (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 71-102.

Gesundheitsberufekonferenz, o.J.: Gemeinsame Grundsätze zur Gesundheitspolitik. www.gesundheitsberufekonferenz.at/ (22.3.2011).

Goode W. (1972): Professionen und die Gesellschaft. Die Struktur ihrer Beziehungen. In: Luckmann T., Sprondel W. (Hrsg.): Berufssoziologie. Kiepenheuer & Witsch, Köln, 157-168.

Hartmann H. (1972): Arbeit, Beruf, Profession. In: Luckmann T., Sprondel W. (Hrsg.): Berufssoziologie. Kiepenheuer & Witsch, Köln, 36-52.

Haselberger L. (1935): Aufgaben und Ziele der Krankenpflege. Mitteilungen des Verbandes der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs, 2, 2, 51-55.

Heinrich G. (2006): Professionelle Pflegepraxis. Der Pflegeprozess als Instrument zur Handlungskompetenz. Kohlhammer, Stuttgart.

Hesse H. (1968): Berufe im Wandel. Ein Beitrag zum Problem der Professionalisierung. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

- Hesse H. (1972): Berufe im Wandel. Ein Beitrag zur Soziologie des Berufs, der Berufspolitik und des Berufsrechts. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.
- Höfert R. (2005): Kammer für Pflegeberufe als Instrument zur Selbstverwaltung der Pflege. www.dpv-online.de/pdf/kammer_hoefert.pdf (27.11.2010).
- Hurdes F. (1948): Zum Geleit. Die Krankenschwester, 1, 1, 1-2.
- ICN (2010): About ICN. www.icn.ch/about-icn/about-icn/ (2.1.2011).
- ICN (2010): Our Mission. www.icn.ch/about-icn/icns-mission/ (3.1.2011).
- ICN (2010): Code of ethics for nurses. www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/ (19.02.2011).
- ICN, 2011: ICN Networks. www.icn.ch/networks/icn-networks/ (17.02.2011).
- Fuchs-Heinritz W., Lautmann Otthein Rammstedt R., Wienold H. (Hrsg.)(2007): Lexikon zur Soziologie. Verlag für Sozialwissenschaften/Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- Kappelmüller I. (1988): 40 Jahre Österreichischer Krankenpflegeverband 1948 bis 1988. Österreichische Pflegezeitschrift, 6/7, 164-183.
- Kälble K. (2005): Modernisierung durch wissenschaftsorientierte Ausbildung an Hochschulen. In: Bollinger H. et. al. (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 31-53.
- Kellnhäuser E. (1994): Krankenpflegekammern und Professionalisierung der Pflege. Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, Melsungen.
- Kosina H. (1936): An die Universitäts-Bibliothek. Einstellung der Verbandszeitschrift, Brief vom 29.5.1936, Vereinigung diplomierter Krankenpflegerinnen Österreichs, ÖGKV – Archiv, Wien.
- Kozon V. (2006): Pflegephaleristik. Katalog Österreich. ÖGKVP, Wien.
- Kurtz T. (2002): Berufssoziologie. Transcript Verlag, Bielefeld.
- Meder E. (1934): Begleitwort. Mitteilungen des Verbandes der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs, 1, 1, 2-3.
- Moers M. (2000): Die Bedeutung von Pflegestudiengängen für die Pflegeberufe. In: Kozon V. et. al. (Hrsg.): Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich. Facultas, Wien, 72 – 85.
- Mühlgassner A. (2009): Gesundheitsberufekonferenz. Wer zusammenarbeitet, soll zusammengehören. In: Österreichischen Ärztezeitung, 10, www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2009/oeaez-10-25052009/gesundheitsberufekonferenz.html (4.1.2011).
- Ohne Autor (1934): Verbandsnachrichten. Mitteilungen des Verbandes der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs, 1, 1, 26-27.
- Ohne Autor (1934): Verband der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs. Ausschuß des Verbandes. Mitteilungen des Verbandes der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs, 1,1, ohne Seitenangabe.

Ohne Autor (1934): Verbandsnachrichten. Mitteilungen des Verbandes der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs, 1, 3, 67-69.

Ohne Autor (1935): Verbandsnachrichten. Jahresversammlung. Mitteilungen des Verbandes der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs, 2, 3, 81-83.

Ohne Autor (1947): Begrüßung der Oberinnen der Stadt Wien durch Lilly Petschnigg. Protokoll vom 1.8.1947, ÖGKV Archiv – blaue Mappe, Wien.

Ohne Autor (1947): Sitzungsprotokoll über das zweite R.K.-Oberinnentreffen in Österreich. Protokoll vom 5.-7. August 1947, ÖGKV Archiv – blaue Mappe. Wien.

Ohne Autor (1948): Lilli Petschnigg verläßt Österreich. Die Krankenschwester, 1, 3, 5-6.

Ohne Autor (1948): Die Krankenschwester. Werberundschreiben. ÖGKV Archiv – blaue Mappe, Wien.

Ohne Autor (1949): Protokoll der Sitzung des erweiterten Vorstandes des Verbandes der diplomierten Krankenschwestern und Krankenpfleger Österreichs. Protokoll vom 26.2.1949, ÖGKV Archiv – blaue Mappe, Wien.

Ohne Autor (2008): Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband – Kurzinfor über den ÖGKV. www.oegkv.at/fileadmin/docs/Bundesverband/Wer_was....pdf (22.8.2010).

Ohne Autor (1948): Vereinigung der diplomierten Krankenschwestern und Krankenpfleger Österreichs. Brief, ÖGKV Archiv, Bundessekretariat, Wien.

Ohne Autor (1977): Interview mit Präsidentin Friederike Dittrich. Österreichische Krankenpflegezeitschrift, 5, 160-164.

Ohne Autor (o.J.): Gesundheitsberufekonferenz - Gemeinsame Grundsätze zur Gesundheitspolitik. www.gesundheitsberufekonferenz.at/ (5.1.2011).

ÖGB (o.J.): Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe. Über uns. Unsere Aufgaben. www.fgv.at/ueber-uns.html (13.3.2011).

ÖBIG (2007): Österreichischer Pflegebericht 2007. www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/8/5/8/CH0772/CMS1201006886045/endbericht_publicationsfassung_aktuell.pdf (23.5.2010).

ÖGKV (2010): Statuten des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes. www.oegkv.at/fileadmin/docs/Dokumente/%D6GKV%20Statuten%20Juni2010.pdf (12.3.2011).

ÖGKV (o.J.): Freiwillige Registrierung. www.oegkv.at/index.php?id=4279 (26.11.2010).

ÖGKV (o.J.): Wir über uns - Chronik - Vorgeschichte. www.oegkv.at/index.php?id=835 (8.4.2010).

ÖGKV (o.J.): Wir über uns - Chronik - 1945 -1954. www.oegkv.at/index.php?id=834 (9.4.2010).

ÖGKV (o.J.): Wir über uns - Chronik - 1955 -1964. www.oegkv.at/index.php?id=833 (10.4.2010).

- ÖGKV (o.J.): Wir über uns - Chronik - 1975-1979. www.oegkv.at/wir-ueber-uns/chronik/1975-1979.html (11.4.2010).
- ÖGKV (o.J.): Wir über uns - Leitsätze. www.oegkv.at/index.php?id=873 (16.8.2010).
- ÖGKV (o.J.): Wir über uns - Aufgaben und Ziele. www.oegkv.at/index.php?id=843 (20.8.2010).
- ÖGKV (o.J.): Wir über uns - Vorteile und Leistungen. www.oegkv.at/index.php?id=842 (21.8.2010).
- ÖGKV (o.J.): ANDA - Über uns. www.oegkv.at/index.php?id=690 (13.11.2010).
- Österreichische Pflegekonferenz (ÖPK)(2007): Aktuelles. www.pflegekonferenz.at/aktuelles.html (15.11.2010).
- Österreichische Pflegekonferenz (ÖPK)(2007): Gemeinsam Aktiv. www.pflegekonferenz.at/ (27.11.2010).
- Österreichische Pflegekonferenz (ÖPK)(2007): Mitglieder. www.pflegekonferenz.at/mitglieder.html (12.04.2011).
- Österreichische Pflegekonferenz (ÖPK)(2007): Ziele. www.pflegekonferenz.at/ziele.html (16.11.2010).
- Österreichische Pflegekonferenz (ÖPK)(2009): Bürgerinitiative betreffend Gründung einer Kammer für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. www.pflegekonferenz.at/buergerinitiative_pflegekammer_oepk.pdf (14.11.2010).
- Otto H., Dewe B. (1984): Professionalisierung in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Kurseinheit 1: Die klassische Professionalisierungsdiskussion in den Sozialwissenschaften und ihre Umsetzung im Kontext der Verberuflichung von Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Kurseinheit 2: Zur Logik professionellen Handelns. Kurseinheit 3: Perspektiven und Entwicklungstendenzen alternativer Professionalisierung. Fernuniversität Hagen.
- Petek C. (1999): Friederike Dittrich 1918 -1988. Österreichische Krankenpflegezeitschrift. 2, 52, 10-14.
- Petschnigg L. (1948): Geleit. Die Krankenschwester, 1, 1, S.2-3.
- Piechotta G. (2000): Weiblich oder Kompetent? Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung. Hans Huber, Bern.
- Pietzcker D. (1934): Der Weltbund der Krankenpflegerinnen. Mitteilungen des Verbandes der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs. 1, 1, 6-9.
- Pischinger W. (1950): Sitzungsprotokoll des erweiterten Vorstandes. Protokoll vom 25.3.1950, ÖGKV Archiv – blaue Mappe, Wien.
- Roßbruch R. (2001): Sind Pflegekammern verfassungsrechtlich zulässig und berufspolitisch notwendig? Sieben Thesen zur rechtlichen und berufspolitischen Begründung der Errichtung von Pflegekammern. www.htwsaarland.de/Members/robert.rossbruch/veroeffentlichungen/pflegekammern.pdf (28.11.2010).

Robert Bosch Stiftung (2000): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Schattauer, Stuttgart.

Sailer M. (2000): Berufliche Krankenpflege in der 1. Republik. Dissertation an der geisteswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.

Roth H. (1934): Ethik in unserem Beruf. Mitteilungen des Verbandes der diplomierten Krankenpflegerinnen Österreichs, 1, 2, 31-33.

Schermer E. (1947): 1. Sitzung des Arbeitskreises der Lehrschwestern Wiens. Protokoll vom 13. 10.1947, ÖGKV Archiv – blaue Mappe, Wien.

Schmiedbaur M. (2002): Vom „Lazaruskreuz“ zu „pflege aktuell“. Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903 - 2000. Ulrike Helmer Verlag, Königstein/Taunus.

Schwesternschaft der Universitäts-Kinderklinik in Wien (1948): Oberschwester Hedwig Birkner zum Gedenken. Die Krankenschwester, 1, 4, 7-8.

Schwester Maria K. (1948): Sinn und Zweck unserer Vereinigung. Brief der Vereinigung der diplomierten Krankenschwestern und Krankenpfleger Österreichs. Bericht über die gründende Versammlung am 12. April 1948. Die Krankenschwester, 1, 1, S.4-7.

Skibicki M. (o.J.): Brauchen wir Pflegekammern in Deutschland?. www.dpv-online.de/pdf/kammer_skibicki.pdf (30.11.2010).

Sprondel W. (1972): „Emanzipation“ und Professionalisierung“ des Pflegeberufs – Soziologische Analyse einer beruflichen Selbstdeutung. In: Pinding M. (Hrsg.): Krankenpflege in unserer Gesellschaft. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 17-26.

Steppe H. (1992): Gesundheitswesen und Pflege. Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 30, 5, 315-319.

Walter I., (o.J.): Wr. Stadt- und Landesarchiv, NÖ Landesregierung, Kanzleiabteilung IIIIb, V-49g, Stammzahl 924, ÖGKV-Archiv, Wien.

Walter I. (2000): Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung. Zur Geschichte der österreichischen Pflege. In: Danzinger A. et. al. (Hrsg.): Bausteine der Gesundheits- und Krankenpflege. Aus der Praxis für die Praxis. Wilhelm Maudrich, Wien, 21-39.

Weidner F. (1995 a): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.

Weidner F. (1995 b): Professionelle Pflegepraxis – ausgewählte Ergebnisse einer Untersuchung auf der Grundlage eines handlungsorientierte Professionalisierungsverständnisses. Pflege, 8, 1, S. 49-57.

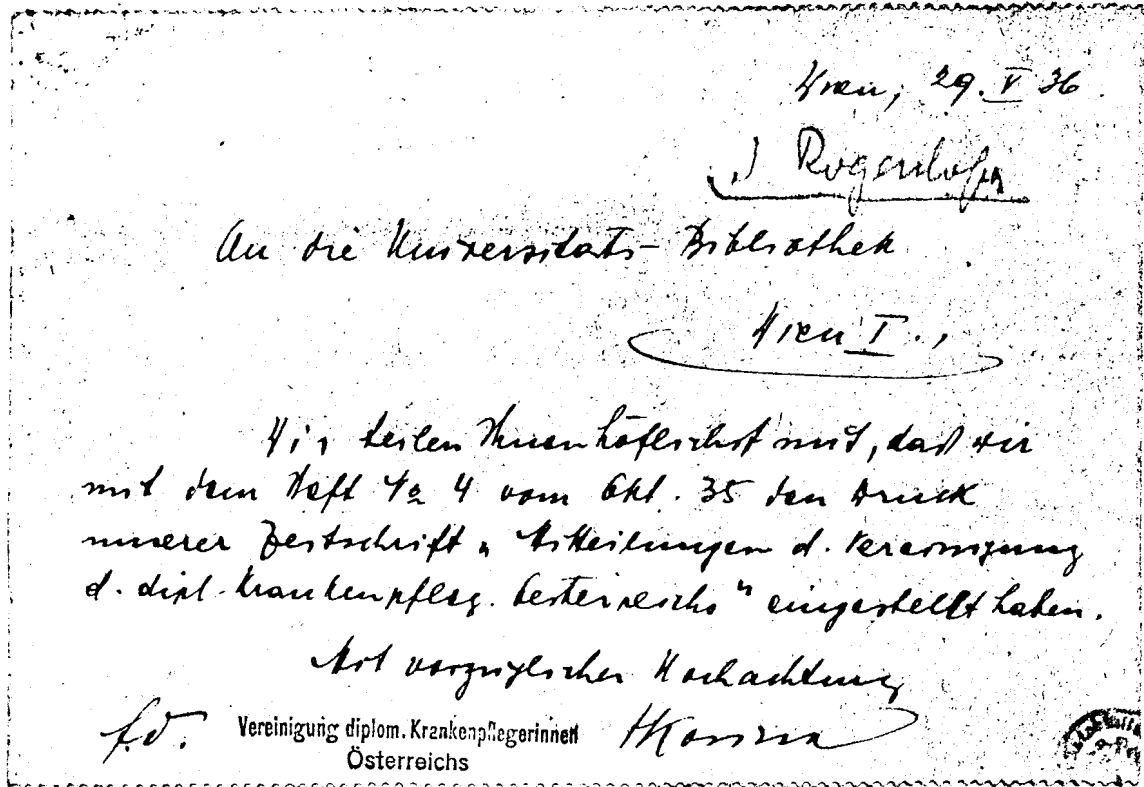
Weidner F. (1999): Was bedeutet Professionalisierung für die Pflegeberufe? Annäherungen an einen strapezierten Begriff. In: Sauter D., Richter Dirk (Hrsg.): Experten für den Alltag. Professionellen Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern. Psychiatrie-Verlag, Bon, 18-38.

WENR, (o.J.): About WENR. www.wenr.org/index.php?id=325 (18.04.2011).

Wilensky H. (1972): Jeder Beruf eine Profession? In: Luckmann T., Sprondel W. (Hrsg.): Berufssoziologie. Kiepenheuer & Witsch, Köln, 198-215.

9. Anhang

9.1. Schreiben an die Universitätsbibliothek 1936



9.2. Brief der Vereinigung d. dip. Krankenschwestern und -pfleger 1947

Vereinigung der diplomierten Krankenschwestern
und Krankenpfleger Österreichs
W i e n .

Wien, Datum des Poststempels

Liebe Schwester!

Im Jahre 1933 wurde der Verband der diplomierten Krankenschwestern Österreichs gegründet. Sein Ziel war es, den Stand der diplomierten Krankenschwestern zu heben, ihre Ausbildung und Fortbildung zu schützen und zu fördern.

1938 wurde der Verband der diplomierten Krankenschwestern aufgelöst. Es erscheint im Interesse unseres Standes unumgänglich notwendig, den einmal schon bestandenen Verband wieder neu ins Leben zu rufen. In fast allen Ländern besteht ein solcher Verband und es ist Tatsache, daß in eben diesen Ländern das Ansehen, das berufliche und ethische Niveau der Schwestern ein weit höheres ist, als in Ländern, wo ein solcher Verband nicht besteht. In allen jenen Ländern gibt es Gewerkschaften und die Verbände der diplomierten Schwestern arbeiten Hand in Hand mit ihnen.

Was will der Verband der diplomierten Krankenschwestern bieten?

Der Verband will durch gegenseitige Fühlungnahme, durch Zusammenkünfte, durch fachliche Vorträge den Schwestern Gelegenheit geben, sich in ihrem Berufe weiterzubilden. In allen diesen Zusammenkünften sollen nur rein berufliche Themen, vollkommen frei von jedem politischen Einschlag, gebracht werden, mit Berücksichtigung neuer Errungenschaften auf medizinischem und pflegerischem Gebiet. Auch soll den Schwestern Gelegenheit geboten werden, über eigene Erfahrungen zu sprechen, Gedanken und Meinungen sachlich zum Ausdruck zu bringen. In absehbarer Zeit wollen wir auch eine Zeitschrift erscheinen lassen, sodaß auch jene Mitglieder, die den Vorträgen nicht beiwohnen können, auf dem Laufendem erhalten bleiben.

Der Verband der diplomierten Krankenschwestern Österreichs wurde anlässlich des Kongresses in Paris am 11. Juli 1933 dem Weltbund der diplomierten Krankenschwestern angeschlossen und so die Fühlungnahme mit den Krankenschwestern anderer Länder angebahnt. Nach dem Wiederaufleben des Verbandes bietet sich daher die Möglichkeit, diese internationale Verbindung wieder aufzunehmen.

Wen will der Verband der diplomierten Krankenschwestern umfassen?

Jede Schwester, die über das Diplom einer staatlich anerkannten Krankenpflegeschule verfügt, kann Mitglied werden, gleichgültig, welcher Organisation oder Schwesternschaft sie sonst angehört.

Es ist unsere feste Überzeugung, daß nur durch den Einsatz jeder einzelnen Schwester unser Stand jenes Ansehen gewinnen kann, das uns allen am Herzen liegt.

Auch S i e können dazu beitragen!

Helfen Sie bei unserer Arbeit mit!

Treten Sie dem Verband der diplomierten Krankenschwestern

bei!

9.3. Werberundschreiben für die Österreichische Pflegezeitschrift 1948

per Jahr 20. -
man sieht es
112

In letzter Zeit ist die Frage nach einer Fachzeitschrift immer lauter geworden, und so bemühten sich sämtliche Schwesterngruppen, diesem verständlichen Wunsch und Bedürfnis gerecht zu werden. Heute sind wir in der glücklichen Lage, Ihnen das Erscheinen unserer Schwesternzeitschrift mit dem Titel

„DIE KRANKENSCHWESTER“

für die allernächste Zeit anzukündigen.
Die Zeitschrift wird 12 bis 16 Seiten stark sein und monatlich in Graz erscheinen.
Der Preis beträgt ganzjährlich 20 Schilling.

Inhalt der Fachzeitschrift:

1. Wissenschaftliche Fortbildungsvorträge.
2. Blick in die moderne Krankenpflegetechnik.
3. Rundschau im Schwesternwesen des In- und Auslandes.
4. Krankenpflegeschulen.
5. Zeitgemäße, fachliche Ratschläge.
6. Briefkasten, von der Schwester, für die Schwester.
7. Mitteilungen der Gewerkschaft in sozialrechtlichen Fragen.
8. Zeitschriften und Bücherbesprechung.
9. Kurznachrichten, Inserate.

Um die Zeitung recht vielseitig zu gestalten, rufen wir alle Schwestern zur regen Mitarbeit auf und bitten, ihre beruflichen Erfahrungen und Kenntnisse zur Verfügung zu stellen. Wir bitten jede einzelne Schwester, in ihrem Bekanntenkreise nach geeigneten Mitarbeitern zu suchen.

Wir hoffen, daß diese gemeinsame Fachzeitschrift die verschiedenen Schwesterngruppen zu einer guten, gedeihlichen Zusammenarbeit verbindet, denn wir alle streben demselben Ziele zu: Dem Wohle der uns anvertrauten Kranken bestmöglichst zu dienen.

Wir bitten die Oberinnen und Oberschwester der verschiedenen Krankenanstalten, unsere Arbeit zu unterstützen und die Bestellung sowie Verteilung der Zeitschrift in ihrem Hause durchzuführen und uns die Bestellliste ehestens zu senden. Ebenso möge die einzelne Schwester ihre Bestellung uns so rasch als möglich bekanntgeben. Erst auf Grund dieser Meldungen kann von hier aus die Höhe der Auflagezahl und die Existenzmöglichkeit der Fachzeitschrift bestimmt werden. Die Zeitschrift kann im Jahresabonnement bezogen werden. Die Bezahlung ist im vorhinein zu leisten. Erlagschein liegt der ersten Nummer bei.

Beiträge für die Zusammenstellung der Fachzeitschrift sowie der Abonnenten nehmen entgegen:
Für die weltlichen Krankenschwestern: Frau Oberin Therese Fleischhacker, Graz, Riesstraße 1 (Direktionsgebäude).

Für die Schwesternschaft des Österr. Roten Kreuzes: Frau Oberin Gertrude Finze, Graz, Laimburggasse 19.

Für die Ordensschwester: Schuloberin Sr. Friedeburga Drechsel, Graz, Riesstraße 1 (Schwesternhaus).

10. Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name: Franziska Jank
Geburtsdatum: 14.04.1987
Geburtsort: Villach
Nationalität: Österreich



Studium

10/2006 – 06/2011 Studium der Pflegewissenschaft an der Hauptuniversität Wien

Schulbildung

09/2000 – 06/2005 Bundesoberstufenrealgymnasium Hermagor
Abschluss: Matura

09/1995 – 06/2000 Hauptschule Hermagor

09/1992 – 06/1995 Volksschule Egg bei Hermagor

Arbeitsverhältnisse

06/2009 – heute Angestellte im Bundessekretariat des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV)

Praktika & Sonstiges

03/2009 – 05/2009 Praktikum im Bundessekretariat des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV)

09/2008 – 02/2009 Lernhilfe und Deutschkurs für Kinder an der Volksschule Haebergasse, 1120 Wien, Rotary Club

07/2005 – 08/2006 Au-Pair in den USA (Chicago & Long Island)

Eidesstattliche Erklärung zur Diplomarbeit

Hiermit versichere ich, dass ich die Diplomarbeit selbständig und lediglich unter Benutzung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe.

Ich versichere außerdem, dass die vorliegende Arbeit noch nicht einem anderen Prüfungsverfahren zugrunde gelegen hat.

Wien, im Mai 2011



Franziska Jank