



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

## Akademisierung der Pflege in Österreich

Verfasserin

Nicole Orischnig

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Dobermannsdorf, im April 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

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

## **Danksagung**

Mein herzlichster und innigster Dank gilt meinem Betreuer Univ.-Doz. Dr. Vlastimil Kozon PhD. Er hatte immer ein offenes Ohr für meine Fragen, stand mir mit seinen Ratschlägen jederzeit zur Seite und half mir somit Unklarheiten aus dem Weg zu räumen.

Sehr herzlich bedanken möchte ich mich auch bei meinen Interviewpartnerinnen Univ.-Prof. Dr. phil. Elisabeth Seidl, MMag. Dr. phil. Ilsemarie Walter und Mag. Marianne Kriegl. Sie haben mir durch ihr Fachwissen zu mehr Hintergrundwissen verholfen und sich für die Beantwortung meiner Fragen sehr viel Zeit genommen. Erwähnen möchte ich auch Sr. M. Engelberta Augl, Geschäftsführerin der Elisabethinen in Linz, und DGKP Gerhard Heilig, Koordinator der NÖ Pflegehotline, die mir noch offene Fragen beantwortet haben.

Ein großer Dank richtet sich natürlich auch an meine Familie. Besonders an meine Eltern, die mich während meiner gesamten Studienzeit in jeglicher Hinsicht unterstützt haben. Danken möchte ich auch meiner Schwester Sonja Kellner und meinem Freund Markus Pribitzer.

Schließlich möchte ich mich auch bei meinen StudienkollegInnen und FreundInnen, vor allem bei Bettina Wölfel und Karin Schlemmer, bedanken.

## Zusammenfassung

Der sozio-demographische Wandlungsprozess und Entwicklungsdynamiken führen zu Veränderungen im Gesundheitssektor. Auch der Pflegesektor sieht sich dadurch neuen Herausforderungen ausgesetzt, die die Akademisierung der Pflege erfordern.

Diese notwendigen Veränderungen der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege werden in der Diplomarbeit aufgegriffen. Es wird mit einer systematischen Literaturanalyse und mit Expertinneninterviews versucht, die Gründe, wozu die Akademisierung notwendig ist und warum sie nicht früher von statten ging, zu erarbeiten. Außerdem wird ein Ausblick, wie es weitergehen wird bzw. soll, gegeben.

Die Akademisierung der Pflege steht in Österreich, im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern, noch immer in den Anfängen. Mit der kurzen Aufarbeitung der Geschichte der österreichischen Pflege werden Gründe für die verspätete Entwicklung dargestellt.

Die Behandlung der Themen, die das Bildungssystem in Österreich und die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege betreffen, gibt einen guten Überblick über die derzeitige Situation der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich. Hier wird auch ersichtlich, dass es einer Veränderung in der Ausbildungssituation bedarf.

Der langjährige Akademisierungsprozess wird in einem weiteren Kapitel dargestellt. Die neuen Aufgabenbereiche, die sich auch aufgrund der Veränderungen der Bevölkerungsstruktur ergeben, werden ebenfalls behandelt und mit Beispielen, wie sie umgesetzt werden können, belegt.

Zum Schluss werden die Forschungsfragen

- Akademisierung der Pflege in Österreich – Wozu?
- Warum war die Akademisierung nicht früher?
- Wie geht es weiter?

noch einmal explizit beantwortet.

Aus der Arbeit geht hervor, dass die Akademisierung der Pflege auch in Österreich absolut notwendig ist. Das zeigt sich unter anderem an den steigenden Anforderungen an das Pflegepersonal, aber auch aufgrund des sehr komplexen Aufgabengebietes der Gesundheits- und Krankenpflege.

Gründe für die verspätete Entwicklung dieser sind sicherlich die Kriege, aber auch die Hierarchie zwischen den Gesundheitsberufen und das niedrige Ansehen der Gesundheits- und Krankenpflege haben ihren Teil zu der verspäteten Entwicklung beigetragen.

Nun ist es wichtig, Anschluss an die internationale Entwicklung zu finden und die Hochschulausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege zu festigen.

## **Abstract**

The socio-demographic process of change and development has led to changes in the health sector. The care sector also faces new challenges brought about by requirements for the academisation of care.

These necessary changes in the training of health and medical care are addressed in the thesis. It endeavours with a systematic literature analysis and expert interviews to develop the reasons why academisation is necessary and why it was not previously addressed. In addition, an outlook of how to proceed with this process will be given.

The academisation of care in Austria, unlike other European countries, is still in its infancy. A brief account of the history of Austrian care is presented and reasons for the delay in its development are given.

The treatment of the issues affecting the education system in Austria and training in health and nursing, provides a good overview of the current situation of health and medical care in Austria. It becomes evident that a change in training methods is required.

The lengthy process of academisation is shown in another chapter. The new responsibilities that arise because of changes in the structure of the population will also be dealt with and examples of how they can be implemented will be documented.

Finally, the research questions

- Academisation of care in Austria – Why?
- Why did the academisation not happen earlier?
- What's next?

again answered explicitly.

The work shows that the academisation of care in Austria is absolutely necessary. This is reflected among the increasing demands on the nursing staff, but also because of the very complex area of responsibility of health and nursing.

Reasons for the late development of these are certainly the wars, but also the hierarchy between the health professions and the low status of health and nursing have contributed their share to the late development.

Now it is important to catch up with international developments and to strengthen higher education in health and nursing.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	9
1.1. Ausgangssituation .....	9
1.2. Ziel der Arbeit .....	9
1.3. Methode .....	10
<b>2. Geschichtlicher Umriss der Berufsentwicklung der Pflege in Österreich</b> ....	11
<b>3. Das österreichische Bildungssystem</b> .....	28
3.1. Bologna-Prozess .....	29
3.1.1. „Harmonisierung der Hochschulsysteme“ .....	30
3.1.2. Ziele des Bologna-Prozesses .....	31
<b>4. Ausbildung</b> .....	35
4.1. Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege .....	35
4.2. Pflegehilfe .....	38
4.3. Sozialbetreuungsberufe .....	39
4.4. Überblick über gesetzliche Entwicklungen .....	40
4.5. Bestehende Ausbildungsangebote .....	42
4.6. Europavergleich .....	45
4.7. Bildungspyramide .....	46
4.8. Bedarf an Pflegepersonen .....	48
4.8.1. Sozialer Wandel .....	50
4.8.2. Ländervergleich .....	52
<b>5. Akademisierung der Pflege</b> .....	54
5.1. Begriffsklärung .....	54
5.2. Fachverbände und Organisationen .....	56
5.2.1. International Council of Nurses – ICN .....	56
5.2.2. Österr. Gesundheits- und Krankenpflegeverband – ÖGKV .....	58
5.3. Akademisierung der Pflege – ein weltweiter Überblick .....	59
5.4. Akademisierungsversuche der Pflege in Österreich .....	61
5.5. Veränderungen in der Pflege .....	73
5.5.1. Beratung/Information .....	73
5.5.2. Gesundheitsförderung/Prävention/Rehabilitation .....	76
5.5.3. Management .....	77
5.5.4. Koordination/Vernetzung/Kooperation .....	80

5.5.5. Resümee .....	81
<b>6. Schlussfolgerungen</b> .....	<b>82</b>
6.1. Akademisierung der Pflege in Österreich – Wozu? .....	82
6.2. Warum war die Akademisierung nicht früher?.....	83
6.3. Wie geht es weiter? .....	87
<b>7. Literaturverzeichnis</b> .....	<b>90</b>
<b>8. Curriculum Vitae</b> .....	<b>100</b>



# 1. Einleitung

## 1.1. Ausgangssituation

*„Pflegerwissenschaft ist für die modernen Industriegesellschaften mit ihrer zunehmend ergrauenden Bevölkerung eine Aufgabe, die nicht mehr verdrängt werden darf, sondern der sich alle Verantwortlichen und auch die Universitäten zu stellen haben.“ (Zapotoczky, 1994, S. 9).*

Der Wandel in der Arbeitswelt der Gesundheits- und Krankenpflege führt zu Veränderungen in den Qualifikationsanforderungen. Neben dem vermehrten Wissen im Bereich der Natur- und Gesundheitswissenschaft (dies erfordert eine höhere Spezialisierung der Berufsgruppe) werden auch wirtschaftliche Kenntnisse im Gesundheits- und Krankenpflegebereich immer wichtiger und fordern somit eine Ausbildung mit ökonomischen Fähigkeiten und Managementkompetenz. Diese Punkte stellen die gegenwärtige Berufsausbildung und -qualifikation in Frage und erfordern folglich eine Veränderung der Ausbildungsstrukturen und -inhalte (vgl. Deutmeyer/Thiekötter, 2007a, S. 9).

In vielen Ländern ist es längst Normalität, die Ausbildung im Pflegebereich auf Fachhochschulen und/oder Universitäten anzusiedeln. In Österreich jedoch, sind die Abschlüsse nicht im akademischen Bereich angesiedelt. Damit nimmt Österreich mittlerweile eine Sonderstellung in Europa ein (vgl. Gruber/Kastner, 2005, S. 9). Jedoch hat auch in Österreich in den letzten Jahren ein Akademisierungsprozess eingesetzt. Mittlerweile gibt es sowohl an Fachhochschulen als auch an Universitäten Studiengänge, die Themen des Gesundheits- und Pflegebereiches anbieten. Es stellt sich also nicht mehr die Frage „ob“ akademisiert werden soll, sondern „wie“.

## 1.2. Ziel der Arbeit

Ich möchte in meiner Arbeit die Vor- und Nachteile der Akademisierung der Gesundheits- und Krankenpflege aufzeigen, da ich der Meinung bin, dass diese

dringend notwendig ist. Da es aber immer noch Kritiker gibt, hoffe ich, mit meiner Arbeit dazu beizutragen, viele, die der Akademisierung kritisch gegenüberstehen, von der notwendigen Umsetzung überzeugen zu können.

Aufgrund der Literaturrecherche habe ich mich für folgende Forschungsfragen entschieden:

1. Akademisierung der Pflege in Österreich – Wozu?
2. Warum war die Akademisierung nicht früher?
3. Wie geht es weiter?

Um die Forschungsfragen ausführlich beantworten zu können, möchte ich zuvor auf grundlegende Themen, die die Geschichte der Pflege, das Bildungssystem in Österreich und die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege betreffen, näher eingehen. Außerdem habe ich Expertinneninterviews mit Univ.-Prof. Dr. phil. Elisabeth Seidl, MMag. Dr. phil. Ilse Marie Walter und Mag. Marianne Kriegl durchgeführt.

### 1.3. Methode

Die Forschungsfragen werden anhand einer Literaturliteraturarbeit beantwortet. Eine ausführliche Literaturrecherche und die Analyse der gefundenen Literatur sind nur zwei wichtige Schritte.

Die Literatursuche erfolgte an erster Stelle an den Bibliotheken der Universität Wien und der medizinischen Universität Wien, außerdem an der Fachbereichsbibliothek Soziologie und Politikwissenschaften. Für die Suche nach Studien nutzte ich die zentrale Zeitschriftenbibliothek der Universitätsbibliothek Wien. Zusätzlich wurde im Internet mit Hilfe der Suchmaschine Google nach geeigneter Literatur gesucht. Ergänzende Informationen wurden aus den Expertinneninterviews gewonnen.

## **2. Geschichtlicher Umriss der Berufsentwicklung der Pflege in Österreich**

Hilde Steppe schrieb in ihrem Vorwort von „Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich“, dass das Wirken von Florence Nightingale im 19. Jahrhundert unzweifelhaft weltweite Folgen hatte, jedoch kann dadurch nicht auf eine identische Berufsgeschichte in ganz Zentraleuropa geschlossen werden (Seidl/Steppe, 1996, S. 8).

Die Geschichte der Pflege in Österreich verfügte, im Gegensatz zur Medizingeschichte, über keine tief verankerte Tradition. Erst Elisabeth Seidl und Ilsemarie Walter ist es zu verdanken, dass die Geschichte der Pflege dokumentiert wurde.

Durch ihr engagiertes, motiviertes und kompetentes Verhalten wird uns vor Augen gehalten, wie wichtig Pflegegeschichte ist, war und vor allem wie wichtig sie künftig für uns sein wird. Die Geschichte gibt uns die Möglichkeit Veränderungen nachzuvollziehen, zu bewerten und immer wieder zu verändern, aber um diese Prozesse durchführen zu können, braucht es eine Grundlage und diese kann uns nur die geschichtliche Aufarbeitung bieten. Die Wichtigkeit der Berufsgeschichte ist auch für die Zukunft von großer Bedeutung und sollte daher einen dementsprechenden Stellenwert haben.

Dies gibt ein Zitat von Eva Keferböck sehr gut wieder: *„Damit wir wissen wohin wir gehen wollen, müssen wir wissen, woher wir kommen!“* (Keferböck, 2009, S. 3).

### **Bürgerspitäler**

Bis weit ins 18. Jahrhundert hinein waren die Spitäler Einrichtungen der allgemeinen Wohlfahrt, die Hilfsbedürftige aller Art herbergten, vor allem alte Menschen, Kranke, Obdachlose und Waisen. Im Bürgerspital in Steyr etwa waren im 16. Jahrhundert die gesunden Pfründner vertraglich verpflichtet, sowohl die Hausarbeit zu verrichten, als auch die Kranken zu pflegen. Entlohnt wurden sie nur für außerordentliche Dienste (vgl. Walter, 2003a, S. 22).

Zu Beginn des 18. Jahrhunderts sind erstmals ein „Siechknecht“ und eine „Siechdirn“ in der Literatur verzeichnet, die wenig später durch die „ersten Kranckenwarter“ und „ersten Kranckenwarterinnen“ abgelöst wurden. In diesen explizit für die Krankenpflege angestellten Personen kann man frühe VorgängerInnen der heute im Krankenhaus tätigen Krankenschwestern und –pfleger sehen (vgl. Walter, 2003a, S. 22 f.).

### **Ordensspitäler und Ordenskrankenpflege**

Die Krankenpflege galt bereits seit dem frühen Christentum als Tat der Barmherzigkeit. In den Kranken diente man Gott. Die Bedingungen und Strukturen der Ordenskrankenpflege waren jedoch zu verschiedenen Zeiten und Orten unterschiedlich (vgl. Walter, 2003a, S. 23).

Im 18. Jahrhundert hatten in Österreich nur zwei Orden in der Krankenpflege Bedeutung: die Barmherzigen Brüder und die Elisabethinen. Beide hatten ihre eigenen Krankenhäuser, die sie selbst führten. Da die Barmherzigen Brüder lange Zeit nur Männer und die Elisabethinen nur Frauen pflegten, waren in größeren Städten oft Krankenhäuser beider Orden, die einander ergänzten (vgl. Walter, 2003a, S. 23).

Auch heute gibt es in Österreich noch Krankenhäuser der Barmherzigen Brüder und der Elisabethinen. Die Barmherzigen Brüder betreiben Krankenhäuser in Wien, Eisenstadt, Graz-Marschallgasse, Graz-Eggenberg, St. Veit/Glan, Salzburg und Linz. Krankenhäuser der Elisabethinen finden sich in Wien, Linz, Graz und Klagenfurt.

Laut einer Information von Sr. M. Engelberta Augl, Geschäftsführerin des Krankenhauses der Elisabethinen in Linz, haben die Elisabethinen seit 1926 das Öffentlichkeitsrecht und daher an bestimmten Tagen Aufnahmepflicht. Bei Überbelag haben sie die Verpflichtung, Frauen aufzunehmen und die Barmherzigen Brüder die Männer. An den übrigen Tagen werden Patienten beiderlei Geschlechts aufgenommen (vgl. Augl, 2011).

1825 erfolgte in Zams in Tirol die erste österreichische Niederlassung der „Barmherzigen Schwestern“, die auch „Graue Schwestern“ genannt wurden. Diese

Ordensfrauen waren der Spiritualität des heiligen Vinzenz von Paul verpflichtet. Die Bezeichnung „Barmherzige Schwestern“ wurde in Österreich bald zur Gattungsbezeichnung für Ordensfrauen, die Kranke pflegten, und blieb nicht auf die „echten“ Vinzentinerinnen beschränkt. Neu war bei den Barmherzigen Schwestern, dass sie nicht nur eigene Krankenhäuser führten, sondern auch in öffentlichen Krankenhäusern die Pflege und häufig auch Aufgaben der Verwaltung übernahmen (vgl. Walter, 2003a, S. 23). Jedoch haben auch die Barmherzigen Schwestern heute mit sinkenden Zahlen bei den Ordenseintritten zu kämpfen. Dadurch mussten und müssen viele Niederlassungen geschlossen werden.

In den letzten Jahrzehnten der Monarchie nahm die Ordenskrankenpflege eine führende Rolle ein. Erst nach dem zweiten Weltkrieg, als sich Nachwuchsprobleme der katholischen Orden immer stärker bemerkbar machten, verlor sie an Bedeutung. (vgl. Walter, 2003a, S. 23).

Der Gegensatz zu den geistlichen Pflegenden waren die sogenannten „Wärter“ und „Wärterinnen“, die berufsmäßig Pflegenden. Der Begriff „warten“ war der damalige Ausdruck für „pflegen“. Erst später, als sich die ersten ausgebildeten Pflegerinnen von den unausgebildeten Wärterinnen unterscheiden wollten, bekam der Ausdruck einen negativen Beigeschmack (vgl. Walter, 2004, S. 27).

### **Die Krankenhausgründungen Josephs II. und seiner Nachfolger**

Die ersten Veränderungen im Gesundheitswesen wurden bereits von Maria Theresia und von ihrem Leibarzt Gerard van Swieten eingeleitet. Maria Theresia legte im „Sanitäts-Hauptnormativ für die k.k. Erblande“ vom 2. Jänner 1770 den gesetzlichen Grundstein für die Reglementierung des österreichischen Gesundheitswesens und der Wohlfahrtspflege, sowie für die Rechte und Pflichten der Sanitätspersonen fest. Somit ebnete sie den Weg für die späteren Reformen ihres Sohnes (vgl. Dorffner, 2000, S. 33).

Die Reformen Josephs II. gelten als Zäsur in der Geschichte der europäischen Krankenhäuser; das von ihm 1784 gegründete Wiener Allgemeine Krankenhaus wurde stark beachtet und nachgeahmt, wie auch kritisiert. Joseph II. hatte das Ziel,

die medizinisch Kranken von den anderen Versorgungsbedürftigen zu trennen beziehungsweise an einem Ort zu zentralisieren (vgl. Walter, 2003a, S. 23).

Die Aufteilung erfolgte nach Grois (1965) in vier Bereiche:

1. Gebärhäuser und Entbindungsanstalten, sowie Mütter-, Säuglings- und Kinderheime
2. die Krankenhäuser und Heilanstalten
3. die Pflegeanstalten, Siechen- und Versorgungshäuser
4. die Irren-, Heil- und Pflegeanstalten (Grais, 1965, S. 31).

Erst in diesen Krankenhäusern brauchte man Krankenpflegepersonal in größerem Ausmaß. In den alten Bürgerspitälern war es üblich, dass die PfründnerInnen ihre kranken MitbewohnerInnen pflegen mussten. Zur damaligen Zeit gab es nur wenig, wenn überhaupt, eigens zur Krankenpflege angestelltes Personal (vgl. Walter, 2004, S. 30).

Die Gründung der allgemeinen Krankenhäuser war ein wichtiger Schritt für die österreichische Pflege. Da man dadurch mehr Personal für die Krankenpflege benötigte, hätte sich daraus eine Reform in der Ausbildung ergeben können. Dies ist jedoch nicht geschehen.

### **Die Neuorientierung in der Krankenpflege**

Durch die Weiterentwicklung der Krankenpflege im 19. Jahrhundert und die Fortschritte in der Medizin verlor das Krankenhaus seine Bedeutung als Zufluchtsort. Es entwickelte sich zu einer Stätte, an der Kranke aufgenommen, behandelt und gepflegt wurden. Dadurch setzte auch in der Pflege ein Bedeutungswandel ein. Außerdem erfuhr die Krankenpflege durch den vermehrten Einsatz der Pflegepersonen am Krankenbett mehr Aufmerksamkeit. Somit konnten sich die Ärzte vom Patienten zurückziehen und sich verstärkt der Forschung widmen (vgl. Dorffner, 2000, S. 38).

Dies war der erste Schritt zur Verwissenschaftlichung in der Medizin. Sie begann die PatientInnen zu anonymisieren und sie auf ihr Leiden zu reduzieren. Somit benötigte man in der Praxis ein „Zwei-Klassen-System“:

1. die wissenschaftlich tätigen Ärzte
2. das Pflegepersonal, das sich um die Kranken kümmerte und die Anordnung der Ärzte in die Praxis umsetzte (vgl. Dorffner, 2000, S. 38).

Dadurch setzte ein Umdenken in der Krankenpflege ein. Man wollte weg von dem Gedanken, dass Krankenpflege nur als karitative Betätigung gesehen wird. Die Krankenpflege sollte ein Beruf werden, der die Ausübenden befriedigt und auch in der Gesellschaft Anerkennung und Wertschätzung findet (vgl. Dorffner, 2000, S. 38).

### **Tätigkeitsbereich, Arbeitsbedingungen und Status der „ZivilwärterInnen“**

Häufig werden die sogenannten „ZivilwärterInnen“ an den österreichischen Krankenhäusern des 19. Jahrhunderts als nicht für die Krankenpflege relevant betrachtet, weil man in ihnen nur Dienstboten sieht. Doch in Bezug auf ihre Tätigkeiten ist dies nicht richtig. Sie mussten zwar auch Dienstbotenarbeiten wie das Reinigen des Bodens in den Krankenzimmern verrichten, daneben hatten sie aber auch alle Aufgaben über, die eigentlich PflegerInnen zur damaligen Zeit zukamen. Es war dies die Sorge für die körperlichen Bedürfnisse der Kranken, die Unterstützung der Ärzte bei der Therapie durch Krankenbeobachtung sowie die Verabreichung von Medikamenten und die Durchführung verschiedener medizinischer Maßnahmen (vgl. Walter, 2004, S. 37 f.).

Die Arbeitsbedingungen der WärterInnen waren äußerst schlecht: Geringer Lohn, sehr lange Arbeitszeiten, Strafen für geringfügige Vergehen und die Gefahr, mit einer ansteckenden Krankheit infiziert zu werden (vgl. Walter, 2004, S. 37 f.).

Der Zwang, im Krankenhaus zu wohnen, erschwerte das Privatleben der WärterInnen beträchtlich. Mithilfe einer zeitgenössischen Karikatur, die Ilsemarie Walter in einem ihrer Werke anführte (2004, S. 37 f.), möchte ich deutlich machen, wie schwer es für die WärterInnen war, bei diesen Bedingungen in der Krankenpflege verheiratet sein und Kinder haben zu können. Die Abbildung zeigt einen Mann mit zwei Kindern an der Hand, der den Aufnahmebeamten im Krankenhaus höflich fragt,

ob er seine Frau und die Kinder ihre Mutter noch einmal sehen könnten. Der Beamte, im Glauben, es handle sich um eine Patientin, fragt teilnahmsvoll, ob es ihr denn so schlecht gehe. Darauf erwidert der Mann, es fehle ihr Gott sei Dank nichts, sie sei jedoch Krankenwärterin (siehe Abb. 1).

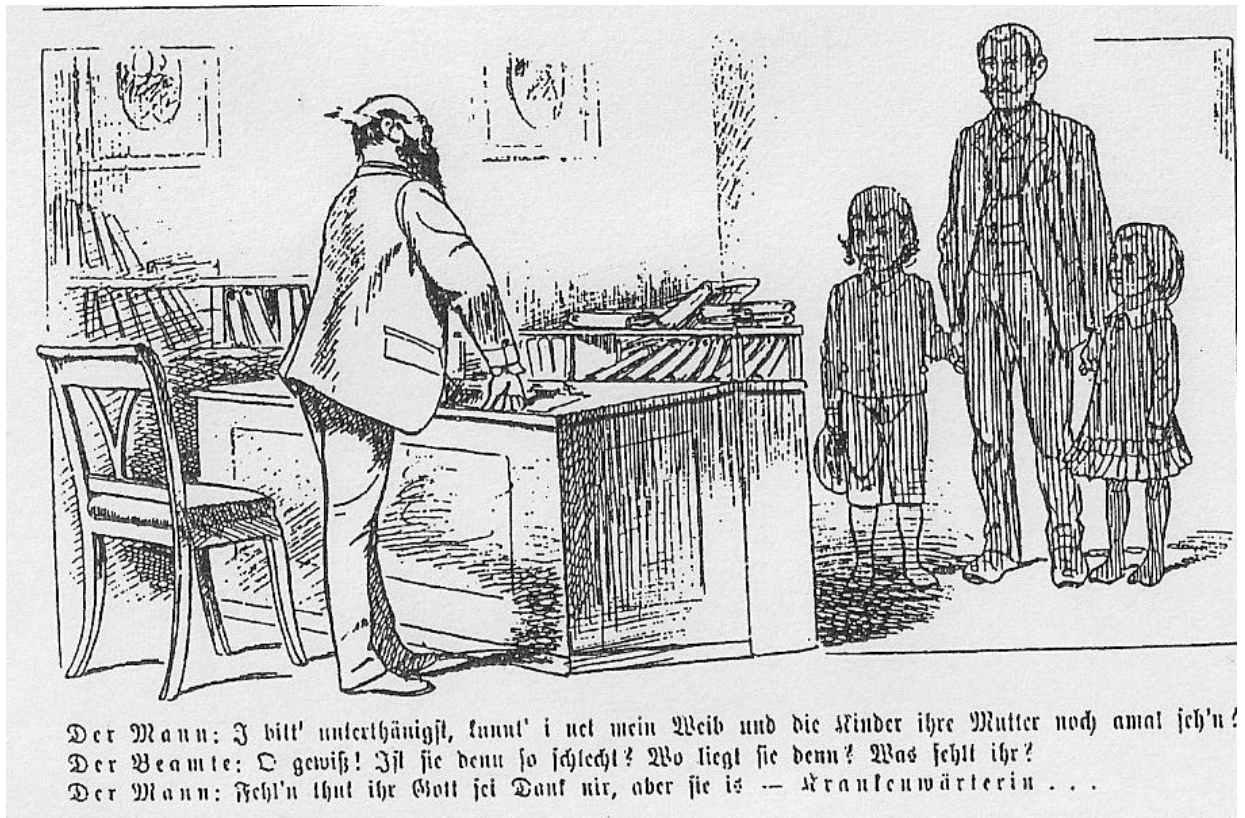


Abb. 1: Karikatur (vgl. Walter, 2004, S. 38)

Im Unterschied zu den weltlichen Wartepersonen genossen die geistlichen Wärterinnen ein relativ hohes Ansehen. Dies verdankten sie in erster Linie ihrem geistlichen Stand. Eine spezielle Ausbildung zur Krankenpflege hatten die meisten von ihnen jedoch genau so wenig, wie die weltlichen WärterInnen (vgl. Walter, 2003a, S. 24).

### **Die Entwicklung der Krankenpflege zum Frauenberuf**

Bei der Gründung des Wiener Allgemeinen Krankenhauses 1784 waren Wärterinnen für die Pflege von Frauen und Wärter für die männlichen Patienten verantwortlich. Wenige Jahre später wurde jedoch von der niederösterreichischen Landesregierung der Auftrag erteilt, schrittweise mehr weibliches Pflegepersonal, die sowohl Frauen



wie auch Männer pflegen, einzustellen. Die Anregung hierfür kam vom ärztlichen Direktor des Wiener Allgemeinen Krankenhauses, Johann Peter Frank (vgl. Walter, 2003a, S. 24).

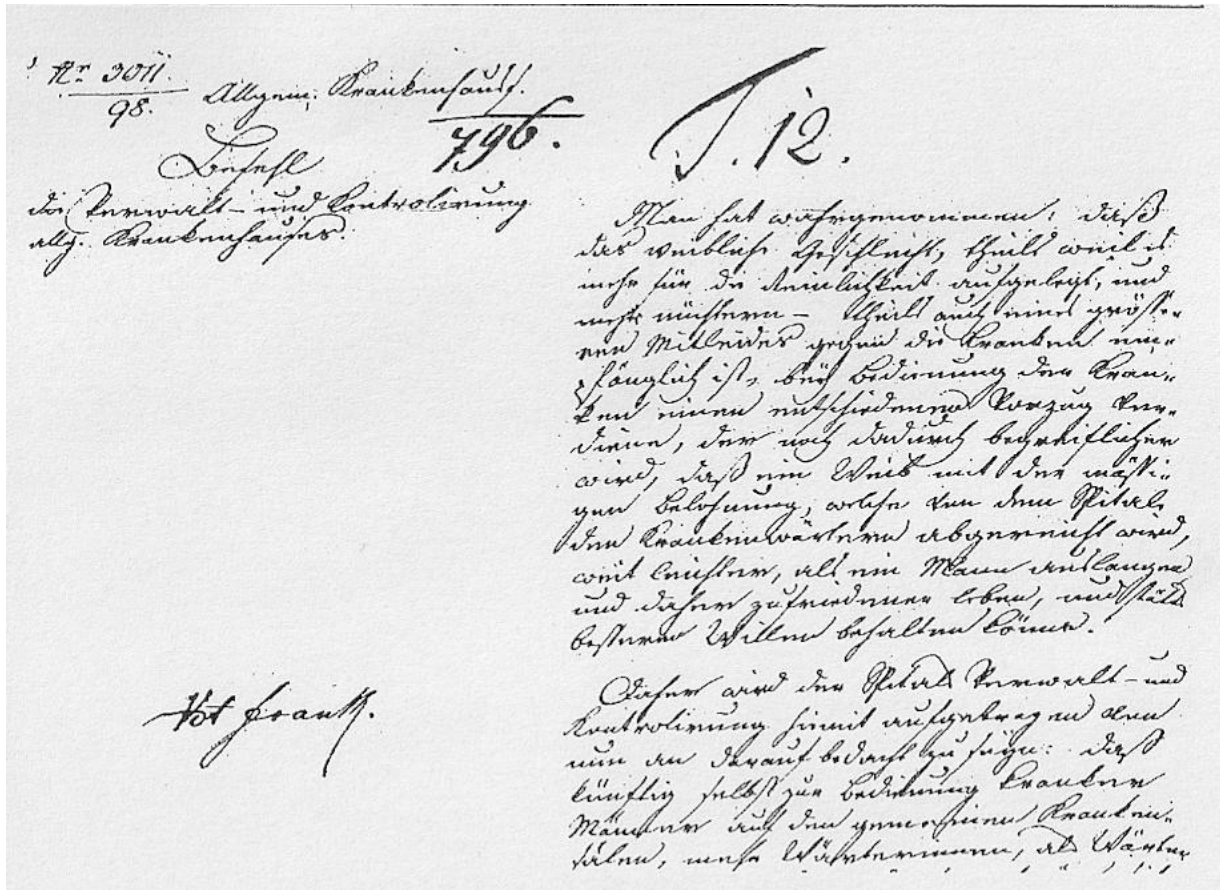


Abb. 2: Befehl der NÖ Landesregierung aus dem Jahr 1796, mehr Wärterinnen als Wärter aufzunehmen (vgl. Walter, 2004, S. 33)

Aufgrund der schlechten Entlohnung entschlossen sich jedoch nur wenige Frauen Krankenpflegerin zu werden. Der Beruf war für viele „nur“ Existenzgrundlage und Broterwerb, jedoch kein Wunschberuf. Viele sahen die Pflege damals nur als Arbeit, die zwischenzeitlich gemacht wurde (vgl. Dorffner, 2000, S. 71). Dadurch kam es zu einer hohen Fluktuation im Pflegeberuf.

Vielleicht wäre der Werdegang der Pflege anders verlaufen, wenn eine strukturelle Entwicklung stattgefunden hätte, mehr Zufriedenheit und natürlich auch mehr Anerkennung vorhanden gewesen wären. Selbstverständlich wird auch die Lebens-

und Familienplanung der Pflegerinnen seinen Teil dazu beigetragen haben, warum viele nach einiger Zeit aus dem Pflegberuf ausgeschieden sind.

Es gab jedoch auch Wärterinnen, die Veränderungen in der Krankenpflege wollten. Sie nahmen die Sache selbst in die Hand, um Missstände deutlich zu machen. In den 1870er-Jahren traten einige der Gewerkschaft bei und am 9. Mai 1898 kam es zur Gründung des „Vereines der Krankenpfleger und Pflegerinnen“. Die männlichen Wärter blieben jedoch der konstituierenden Versammlung fern (vgl. Dorffner, 2000, S. 71).

Obwohl man an den offiziellen Stellen längst erkannt hatte, dass eine Pflegerin, deren Lebensunterhalt und Versorgung im Alter gesichert war, mehr Fürsorge und Zuwendung für die PatientInnen aufbringen konnte, waren die tatsächlichen Möglichkeiten begrenzt. Die Forderungen der Pflegenden wurden zwar in einem gewissen Ausmaß erfüllt, es war jedoch zu wenig, um einen Aufschwung zu merken (vgl. Dorffner, 2000, S. 72 f.).

### **Die Kurse von Maximilian Schmidt**

Maximilian Schmidt versuchte 1812 eine Schulung für Krankenwärter einzuführen, damit man den Kranken eine bessere Pflege gewährleisten kann. Am 31. März 1812 wurde Schmidt die offizielle Lehrerlaubnis zur Durchführung von „außerordentlichen Vorlesungen über den Krankenwärterdienst“ erteilt. Die Vorlesungen wurden allerdings hauptsächlich von Studenten besucht. Gedacht waren sie jedoch für das Pflegepersonal, deswegen wurden die Vorlesungen auch am Sonntag, außerhalb der üblichen Vorlesungszeiten, angesetzt. Da das Krankenpflegepersonal jedoch wenig Interesse zeigte, an den Vorlesungen teilzunehmen, brachten sie nicht den von Schmidt erhofften Erfolg (vgl. Dorffner, 2000, S. 40).

Wenn man bedenkt, welch schwierigen Dienst die Krankenwärter zu verrichten hatten (siehe auch Abb. 2, S. 12), wird einem vielleicht auch klar, warum sie die Vorlesungen nicht besucht haben. Eine zusätzliche Belastung neben der „normalen“ Arbeit im Krankenhaus war kaum machbar.

Ein weiterer Grund, warum die Pflegepersonen den Vorlesungen fernblieben, war vielleicht auch der niedrige Intellekt mancher PflegerInnen.

Maximilian Schmidt versuchte noch einige Male seine Idee zu einem erfolgreichen Ende zu bringen, doch die Behörden reagierten nicht auf seine Anregungen. Somit scheiterte Schmidts Versuch, eine Ausbildung einzuführen (vgl. Dorffner, 2000, S. 41). Er erreichte durch seine Bemühungen jedoch, dass man das Problem in der Pflege erkannte und dass Verbesserungen eine unabdingbare Notwendigkeit darstellten.

Daraufhin wurde 1830 festgelegt, dass Pflegepersonen, die über zehn Jahre hinweg ununterbrochen und zur Zufriedenheit ihren Dienst getan hatten, eine Provision erhalten (vgl. Dorffner, 2000, S. 41).

Dies war sicherlich ein wichtiger Schritt, um die hohe Fluktuation im Pflegeberuf in den Griff zu bekommen. Die Pflegepersonen hatten nun den Willen, mindestens zehn Jahre im Beruf zu bleiben, um die Provision zu erhalten.

### **Theodor Helm sucht nach neuen Wegen**

Als Theodor Helm 1856 die Leitung des Wiener Allgemeinen Krankenhauses übernahm, versuchte er die Krankenpflege zu reformieren. Er wollte eine Hausordnung einführen, die unter anderem das Personal in Klassen, die Besoldung, die Belohnung und die Bestrafung genau festlegen sollte (vgl. Dorffner, 2000, S. 48 f.). Helms Vorschläge wurden jedoch nicht umgesetzt.

Durch diese Hausordnung hätte der Ehrgeiz des Personals geweckt werden können. Eine höhere Dienstklasse bedeutet bessere Arbeitsbedingungen und mehr Lohn. Dadurch wären Anreize geschaffen worden das Personal zu qualifizieren und dem Berufsbild im gesamten einen höheren Stellenwert zu geben.

Außerdem hätte man mithilfe der Klasseneinteilung auch die Bestrafung (z.B. Degradierung) einheitlich gestalten können, was zu mehr Transparenz und Gerechtigkeit geführt hätte.

1869 gelang es Helm jedoch, eine Reform durchzuführen, die eine Zäsur in der Entwicklung der Krankenpflege darstellte. Die Tätigkeiten und die Entlohnung der Wärterinnen wurden im Zuge der Reform genau festgelegt. Außerdem wurden ihnen

in einzelnen Abteilungen Tagelöhnerinnen zugeteilt, die die groben Arbeiten verrichteten. Somit konnten sich die Wärterinnen ihren eigentlichen Aufgaben widmen (vgl. Dorffner, 2000, S. 49).

Durch die Reform herrschten in der Krankenpflege bessere Arbeitsbedingungen, da man sich den eigentlichen Aufgaben der Krankenpflege widmen konnte, und die groben Arbeiten die Tagelöhnerinnen erledigten.

Theodor Helm hat noch einen weiteren Versuch unternommen, eine Reform in der Krankenpflege durchzuführen. Die medizinischen Standards wurden immer höher, und dadurch auch die Anforderungen an die Pflege. Die Wärterin, die die Kranken versorgte, Arzneien verabreichte und einfache pflegerische Handlungen verrichtete, konnte nach wie vor angelernt werden. An die „neue Pflegerin“ stellte man jedoch höhere Anforderungen. Geschicklichkeit und die für die Krankenpflege gewünschten charakterlichen Eigenschaften reichten nicht mehr. Sie sollte bereits Kenntnisse haben, um die medizinischen Maßnahmen unterstützen zu können. Eine Reform war daher unumgänglich (vgl. Dorffner, 2000, S. 53 f.).

Zu dieser Zeit besuchte eine Vertreterin der Florence-Nightingale-Schule vom Londoner St. Thomas Hospital das Wiener Allgemeine Krankenhaus. Sie machte den Vorschlag, eine Oberin und Oberschwester einzustellen. Man folgte dem Vorschlag, führte den Titel „Präfektin“ ein und regelte die Einteilung und Entlohnung des Wartepersonals, aufgrund eines Ministerialbeschlusses, nach Tätigkeit und Dienstdauer. Doch auch nach diesen Änderungen kam es zu keinen Reformen (vgl. Dorffner, 2000, S. 54 f.).

Im Ausland führten oft Kriege zu einer Weiterentwicklung in der Krankenpflege, wie zum Beispiel das Wirken von Florence Nightingale im Krimkrieg. In Österreich führte zwar der Krieg in den 1860er Jahren zur Gründung des „Vereines zur Heranbildung von Pflegerinnen für Kranke und Verwundete“ durch Gustav Juriè (siehe nächsten Punkt), doch große Reformen blieben aus.

## **Entwicklung der Ausbildung: Rudolfinerhaus und Verordnung von 1914**

Die ersten Versuche Krankenpflegeunterricht an der Universität einzurichten, wurden im Jahre 1786 in Prag und in Wien unternommen. 1874 wurde dann die erste Krankenpflegeschule der österreichisch-ungarischen Monarchie in Prag gegründet, die jedoch nur sieben Jahre bestand. Die erste Schule auf dem Gebiet des heutigen Österreich, die ohne Unterbrechung bis heute existiert, ist die des Rudolfinerhauses in Wien (vgl. Walter, 1998, S. 42).

Am 17. Juli 1875 gründete Dr. Gustav Jurié unter dem Eindruck des Feldzuges von 1866 den „Verein zur Heranbildung von Pflegerinnen für Kranke und Verwundete“ (vgl. Dorffner, 2000, S. 63). Er hatte ähnliche Beweggründe wie Florence Nightingale oder auch Henri Dunant, der als Begründer der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung gilt, den Verein zu gründen. Durch den Krieg war der Bedarf an Pflegepersonen plötzlich enorm. Jedoch gab es nicht genug Ausgebildete, die die Ärzte hilfreich unterstützen hätten können.

In weiterer Folge spielte jedoch der Chirurg Theodor Billroth die ausschlaggebende Rolle im Verein, der aufgrund des Protektorats von Kronprinz Rudolf 1879 in „Rudolphiner Verein zur Erbauung und Erhaltung eines Pavillon-Krankenhauses behufs Heranbildung von Pflegerinnen für Kranke und Verwundete in Wien“ umbenannt wurde. Schließlich wurde bereits 1882 die erste Krankenpflegeschule Österreichs im Rudolfinerhaus eröffnet (vgl. Dorffner, 2000, S. 64 f.).

Die Krankenschwestern, die im Rudolfinerhaus ausgebildet wurden, erlangten sehr bald einen guten Ruf und wurden auch außerhalb des eigenen Krankenhauses häufig an leitenden Stellen eingesetzt (vgl. Walter, 2003a, S. 26).

Ein Grund für die gute Arbeit der Krankenschwestern war vielleicht, dass bereits bei der Bewerbung höhere Anforderungen an die zukünftigen Krankenschwestern gestellt wurden, als das zur damaligen Zeit üblich war. Außerdem sind in einem kleineren Krankenhaus, wie dem Rudolfinerhaus, Reformen besser durchführbar, als in einem großen, wie dem AKH. Aber der für mich wahrscheinlich wichtigste Grund ist die versprochene Anstellung auf Lebenszeit. Die Krankenschwestern waren abgesichert, wenn sie die Arbeit zur Zufriedenheit ausführten.

Von eminenter Bedeutung für die österreichische Pflege war darüber hinaus die Verordnung des Ministeriums des Innern vom 25. Juni 1914. In dieser Verordnung wurde erstmals die Berufsausbildung zur Pflege gesetzlich geregelt und damit die Grundlage für einen qualifizierten Beruf geschaffen. Die Dauer der Ausbildung, die mit einer Diplomprüfung abschloss, wurde mit zwei Jahren festgesetzt. Der Beweggrund für die gesetzliche Regelung der Krankenpflegeausbildung war sicher der erwartete Krieg (vgl. Walter, 2003a, S. 26).

Den Grundstein für diese Verordnung legte der Thronfolger Franz Ferdinand, der bereits 1913 anordnete in allen großen Städten der Monarchie Krankenpflegeschulen zu errichten (vgl. Walter, 2010). Die Notwendigkeit einer Ausbildung in der Krankenpflege war zwar schon länger bekannt, doch sie scheiterte immer an der fehlenden Finanzierung. Vor dem zu erwarteten Krieg musste jedoch gehandelt werden, da sonst zu wenig Pflegepersonal für die verwundeten Soldaten vorhanden gewesen wäre. Somit hat der Krieg, aus Sicht der Krankenpflege, auch etwas Positives bewirkt.

### **Ein erneuter Reformversuch, eine Ausbildung in öffentlichen Krankenanstalten zu etablieren**

Der Erfolg der Krankenpflegeschule im Rudolfinerhaus war bald unübersehbar. Da die Pflegerinnen sehr gut ausgebildet und geschult waren, setzten sie neue Maßstäbe in der Krankenpflege. Dies führte dazu, dass man die Situation in den öffentlichen Spitälern zu überdenken begann (vgl. Dorffner, 2000, S. 68). Es wurde klar, dass neben dem höheren Ansehen sicherlich auch die bessere Entlohnung ausgebildeter Pflegerinnen ein wichtiger Ansporn für die Absolvierung der Ausbildung ist.

Am 16. November 1888 fand im Allgemeinen Krankenhaus in Gegenwart der Direktoren eine Sitzung statt, in der man zu dem Schluss kam, dass eine Ausbildung für die Ausübung der Krankenpflege unerlässliche Voraussetzung sein müsste. Das war jedoch, wie schon erwähnt, keine große Neuigkeit. Bislang gelang die Umsetzung jedoch nicht. Nun versuchte man einen neuen Weg einzuschlagen. Es wurde auf die geistlichen und weltlichen Wärterinnen getrennt Bedacht genommen.

Man ging davon aus, dass die Bedürfnisse der Ordenspflegerinnen vom Orden abgedeckt wurden. Daher würde ihnen eine Lohnerhöhung keinen persönlichen Vorteil bringen. Die weltlichen Wärterinnen hingegen würden mit einer Lohnerhöhung eine höhere Lebensqualität erreichen (vgl. Dorffner, 2000, S. 68 f.).

Ich kann mir vorstellen, dass die Differenzierung zwischen Wärterinnen und Ordensschwestern auch zu Problemen hätte führen können. Die Ordensschwestern haben zwar mit ihrer Profess unter anderem das Versprechen der Armut abgegeben, doch wenn die Wärterinnen eine Verbesserung erfahren, sollte es auch für die Ordensschwestern eine Verbesserung geben. Dies hätte man vielleicht durch eine Veränderung der durchgehend langen Arbeitszeiten erreichen können.

Schließlich wurde dem Ministerium des Innern ein Bericht mit allen Überlegungen, die zur Verbesserung der Stellung der Wärterinnen beitragen sollen, vorgelegt. Die Vorschläge wurden jedoch nicht verwirklicht (vgl. Dorffner, 2000, S. 69 f.).

### **Die Einführung von Kursen für die Krankenpflege**

Im Jahre 1899 begannen erneut Überlegungen, in welcher Form eine Ausbildung für das Krankenpflegepersonal geschaffen werden könnte. 1902 hatte man bereits genaue Vorstellungen und legte somit dem Ministerium ein Konzept betreffend der Einrichtung einer Pflegeschule vor. Schließlich fand der erste theoretisch-praktische Kurs über Krankenpflege vom 12. November 1903 bis 12. Jänner 1904 im Allgemeinen Krankenhaus statt. Der Kurs wurde trotz einer finanziellen Misere höchst erfolgreich weitergeführt. Somit wurde in den anderen Fondskrankenanstalten die Abhaltung solcher Kurse angestrebt. Dieses Vorhaben scheiterte jedoch vorerst (vgl. Dorffner, 2000, S. 78 ff.).

Man hätte eventuell von den „auswärtigen“ Kursteilnehmern, sprich keine Angestellten des allgemeinen Krankenhauses bzw. der Fondskrankenanstalten, Gebühren für die Kursteilnahme verlangen sollen, um die Ausgaben für die Abhaltung der Kurse zu minimieren. Das hatte man auch vor, jedoch war die Angst, dadurch weniger Kursteilnehmer verbuchen zu können, zu groß. Somit konnten alle

diese Kurse kostenfrei besuchen, was sicher auch ein Grund für die finanzielle Situation war.

Diese Kurse waren jedoch ein wichtiger Schritt hin zur Etablierung einer geregelten Ausbildung. Es wurde erstmals versucht, eine Ausbildungsmöglichkeit nach einem bestimmten Muster durchzuführen. Diese Ausbildung ging über die Anforderungen des jeweiligen Krankenhauses hinaus und somit begann sich die Krankenpflege von einer angelernten Tätigkeit weiterzuentwickeln (vgl. Dorffner, 2000, S. 84).

### **Krankenpflege in der Ersten Republik**

Nach dem ersten Weltkrieg nahm die Anzahl der Krankenpflegeschulen rasch zu. Die Zahl ausgebildeter Krankenschwestern ebenfalls (vgl. Walter, 2003a, S. 27).

Die Richtung hin zur Professionalisierung hatte aber nicht nur Vorteile. Diplomiertes und nicht diplomiertes Pflegepersonal erledigten überwiegend die gleichen Aufgaben. Wo war die Grenze zwischen diplomiertem und nicht diplomiertem Pflegepersonal?

Den unausgebildeten Pflegepersonen wurde die Möglichkeit gegeben, das Diplom mit kurzer Ausbildung und praktischer Ausübung nachzuholen. Doch ich glaube nicht, dass sie mit extrem verkürzter Ausbildung die gleichen Fertigkeiten besessen haben, wie die PflegerInnen, die die komplette Ausbildung absolviert haben. Auch über die Gerechtigkeit dieser Maßnahmen lässt sich streiten.

Dennoch sind die Jahre von 1918 bis 1934 als Periode des Aufschwungs für die österreichische Pflege anzusehen. Es entstanden Berufsverbände, die Zeitschriften der Berufsvereinigungen verbreiteten neue Entwicklungen in Pflege und Gesundheitswesen und die Hauskrankenpflege wurde vorangetrieben. Einen Rückschlag brachten jedoch zum Einen die schlechte wirtschaftliche Lage im Zuge der Weltwirtschaftskrise und zum Anderen der autoritäre „Ständestaat“ (vgl. Walter, 2003a, S. 27).



## **Pflege in der Zeit der nationalsozialistischen Herrschaft in Österreich**

Bereits im März 1938 veränderte sich die österreichische Pflege erheblich. An den Wiener Krankenpflegeschulen wurde schon in den ersten Tagen nach dem „Anschluss“ an Deutschland die Leitung (ärztliche Direktoren, Schuloberinnen) ausgewechselt, teils wegen jüdischer Abstammung, teils wegen ihrer Tätigkeit im „Ständestaat“. Wenig später verloren auch die anderen jüdischen Pflegepersonen ihre Anstellung. Zusätzlich wurden die österreichischen Pflegepersonen, nach der Auflösung der hiesigen Pflegeorganisationen, nach deutschem Muster in den drei Vereinigungen „NS-Schwesternschaft“, „Reichsbund freier Schwestern und Pflegerinnen“ und „Schwesternschaft des Deutschen Roten Kreuzes“ organisiert. Des Weiteren wurde die Neugründung von Krankenpflegeschulen beschleunigt, da Deutschland einen großen Mangel an Pflegepersonal zu verbuchen hatte. Auch hier war der erwartete Krieg sicher ein wichtiges Kriterium für die Neugründungen (vgl. Walter, 2003a, S. 27).

Der Berufsstand der Krankenpflege erfuhr im Nationalsozialismus eine immense Aufwertung. Man war der Ansicht, dass das Pflegepersonal sehr wichtig für die Durchsetzung der Prinzipien der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik (Leistung-Vernichtung-Verwertung) sei. Die Arbeit der Schwestern sollte die „Führung des Volkes in Gesundheitsfragen“ sein (vgl. Seidl/Walter, 1991, S. 98 f.).

Obwohl man diese Ansicht vertrat, wurde die Ausbildung in der Krankenpflege auf eineinhalb Jahre verkürzt, dafür sogenannte „Nachschulungslehrgänge“ eingerichtet. Grund war der vielfach diskutierte „Schwesternmangel“. Diese Änderung in der Pflegeausbildung war für die Entwicklung der Pflege sicher nicht förderlich.

Trotz diesen Neuerungen gab es nicht genug Pflegekräfte. Somit wurden mit zunehmender Kriegsdauer auch Personen zugelassen, die vorher aufgrund ihrer Abstammung nicht für die Krankenpflege toleriert worden wären.

## Von 1945 bis in die achtziger Jahre

Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs fand die österreichische Pflege nur langsam Anschluss an die internationale Entwicklung. Diese ging vor allem im englischsprachigen Raum vor sich. Die Personalsituation im Pflegebereich in den Krankenhäusern war in der Regel angespannt. Von politischer Seite wurde versucht, dem Mangel an Pflegepersonal durch Herabsetzung des Mindestalters zum Eintritt in die Krankenpflegeschule sowie durch den vermehrten Einsatz von unausgebildetem Personal zu begegnen (vgl. Walter, 2003a, S. 27).

Außerdem wurde vermehrt ausländisches Pflegepersonal (hauptsächlich aus den fernöstlichen Ländern) angestellt, um den Schwesternmangel in den Griff zu bekommen. Diese Maßnahmen waren jedoch für die Professionalisierung des Berufes kontraproduktiv.

Hinzu kam der akute Nachwuchsmangel der Pflegeorden, die deswegen ihre Schwestern aus den meisten Krankenhäusern zurückziehen mussten. Daraufhin reagierten viele Krankenhausleitungen mit der Gründung von Schulen, um genügend Personal für die eigene Institution zu bekommen (vgl. Walter, 2003a, S. 27).

Diesen Mangel an Pflegepersonal belegen Statistiken von Else Reichel, die die Anzahl der Pflegepersonen von 1906 dokumentiert, sowie von Brigitte Litschauer und Wolfgang Stagel, die die Jahre von 1984 bis 1988 genauer behandeln.

Um diese besser vergleichen zu können, habe ich die beiden Tabellen, die Elisabeth Seidl (1993b) in einem ihrer Werke aufgelistet hat, in eine zusammengefügt.

<b>1906</b>	<b>Pflegepersonen auf 10 000 Einwohner</b>	<b>1984-1988</b>	<b>Pflegepersonen auf 10 000 Einwohner</b>
England	23	Schweden	104
Deutschland	14	Schweiz	74
<b>Österreich</b>	<b>8</b>	Großbritannien	70
		Frankreich	52
		<b>Österreich</b>	<b>45</b>

*Tabelle 1: Ländervergleich 1906 und 1984-1988 (vgl. Reichel 1906, S. 5; Litschauer/Stagel, 1988, S. 2; zit. nach Seidl, 1993, S. 109)*

Lange Zeit wurde die Zahl des Pflegepersonals in den Statistiken nicht erwähnt, obwohl am Land das Personal von Spitälern oft nur aus Pflegepersonen bestand. Erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde neben der Anzahl der Ärzte auch die der Pflegepersonen erfasst (vgl. Grandner, 2004, S. 15). Auch das ist sicherlich ein Grund für die verspätete Akademisierung der Pflege in Österreich.

### **Professionalisierungsbestrebungen ab den achtziger Jahren**

Ab den achtziger Jahren zeichnet sich ein Wandel innerhalb des Pflegeberufes ab. Die eigenständige Tätigkeit gewinnt an Bedeutung. Die Pflege wird nicht mehr als Assistenzberuf der Medizin gesehen, sondern als eigenständiges Phänomen, für das die Pflege selbst verantwortlich ist. Die Angehörigen des Pflegeberufes wollen nun auch die Entwicklung des Berufes mitgestalten und streben eine Professionalisierung und Verwissenschaftlichung des Pflegeberufes an (vgl. Walter, 2003a, S. 28).

Ein weiterer wichtiger Punkt für die Akademisierung des Pflegeberufes ist sicherlich das GuKG von 1997. Hier wurden erstmals das Berufsbild und die Tätigkeitsbereiche für die diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger sowie für die Pflegehilfe festgelegt.

### **Resümee**

Die verzögerte Entwicklung der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich ist mit Sicherheit auch auf den schlechten Status und die oft noch schlechteren Arbeitsbedingungen zurückzuführen. Aufgrund dessen wollte auch niemand den Beruf erlernen, obwohl man bemüht war, eine gute Ausbildungsmöglichkeit zu schaffen. Die geringe Anzahl an Bewerbungen war sicher auch nicht sehr hilfreich im Hinblick auf die Akademisierung. Außerdem war die Zeit zwischen den beiden Weltkriegen, in der eine kurze Aufbruchsstimmung herrschte, zu kurz, um Reformen verwirklichen zu können.

Ab den 80er Jahren kam dann die Initiative von den Pflegenden selbst. Sie wollten eine Veränderung und zeigten dies auch. Mit ihrer Unterstützung schafften einige Personen, allen voran Elisabeth Seidl und Ilsemarie Walter, die Pflegeausbildung in Österreich im tertiären Bildungssektor zu implementieren.

### 3. Das österreichische Bildungssystem

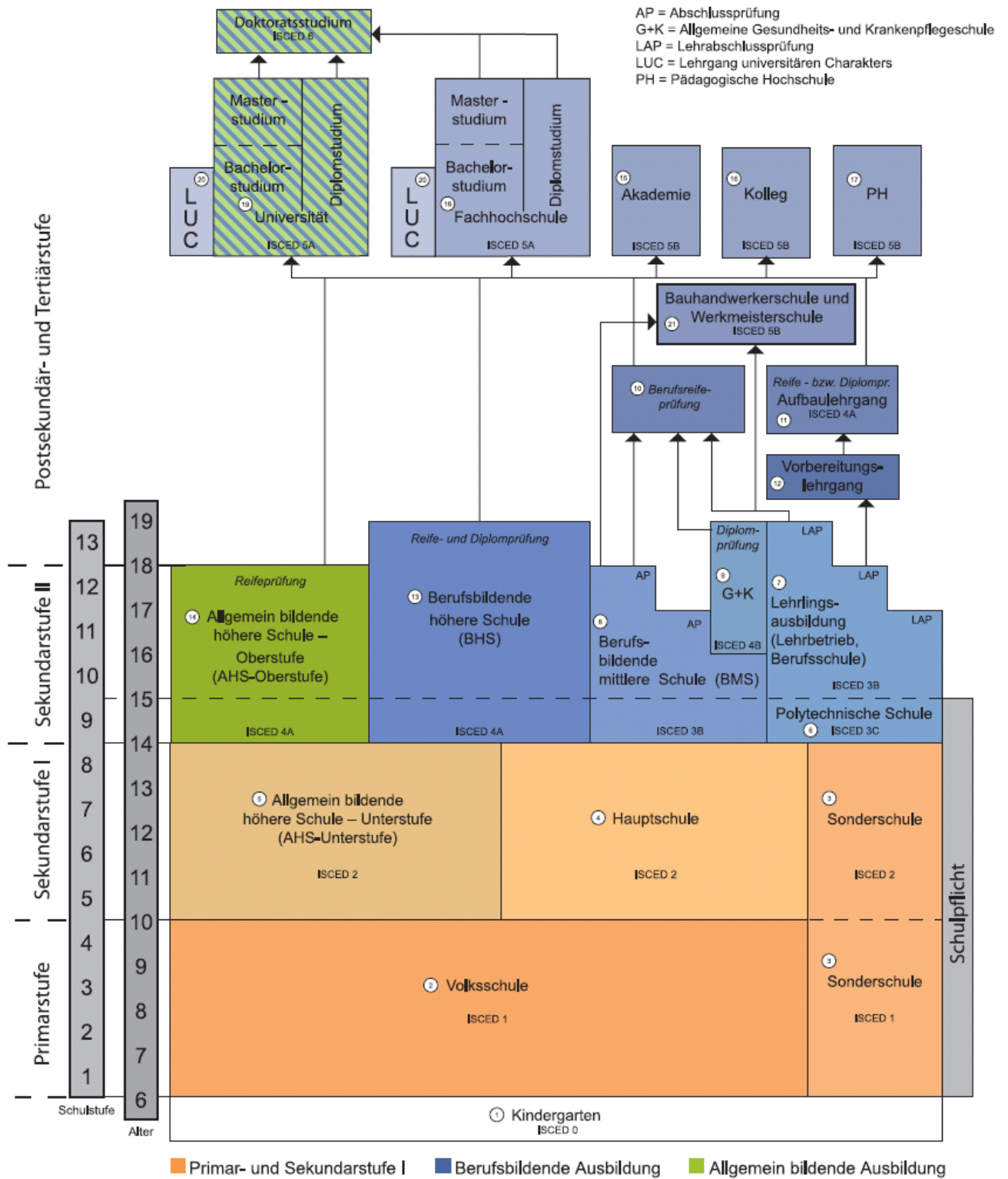


Abb. 3: Das Österreichische Bildungssystem (vgl. Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft, 2008)

Das österreichische Schulsystem kann man, wie man aus der Grafik entnehmen kann, in drei Stufen einteilen, in die Primär-, die Sekundär- und die Postsekundär-/Tertiärstufe.

Die Primärstufe beinhaltet die Volks- und die Sonderschule. Darauf folgt die Sekundärstufe, die sich in zwei Teile gliedert. In der Sekundärstufe I haben die SchülerInnen die Wahl zwischen der Hauptschule, der Unterstufe einer allgemein bildenden höheren Schule (AHS Unterstufe) und der Sonderschule. Zur Sekundärstufe II zählen die AHS Oberstufe, die berufsbildende höhere Schule (BHS), die berufsbildende mittlere Schule (BMS), die Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegeschule, die Polytechnische Schule und die Lehrlingsausbildung. In der Postsekundär-/Tertiärstufe befinden sich die Universitäten, Fachhochschulen, Akademien, Kollegs, Pädagogische Hochschulen sowie diverse Aus- und Weiterbildungen (vgl. Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft, 2008).

Eine Sonderstellung nehmen die Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege ein. Diese können erst nach erfolgreicher Absolvierung der zehnten Schulstufe und einem Mindestalter von 16 Jahren begonnen werden. Ausgebildet wird hier in einem dualen System - praktische Ausbildung in einer Krankenanstalt und theoretische Ausbildung in der Schule (vgl. Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft, 2008).

International gesehen hat Österreich ein sehr niedriges Eintrittsalter für die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege, die in den meisten Ländern im tertiären Bildungssektor verankert ist. Doch auch in Österreich hat sich in den letzten Jahren einiges getan und die Anfänge, die Pflegeausbildung in den tertiären Bildungssektor zu verlegen, sind vollbracht.

### 3.1. Bologna-Prozess

Die Bildungssysteme in den einzelnen europäischen Ländern haben sich historisch unterschiedlich entwickelt: Zulassungsvoraussetzungen, Dauer, Aufbau und Ziele der Studien konnten sich wesentlich unterscheiden. Diese Unterschiede spielten im eigenen Land kaum eine Rolle, mit steigender Mobilität von Studierenden,

Lehrenden und generell am Arbeitsplatz, wurde jedoch ziemlich bald deutlich, dass die unterschiedlichen Systeme ein Hindernis darstellten. Einerseits konnte man nicht einfach von einer Studienstruktur zur anderen wechseln und andererseits war die Anerkennung von Studienleistungen, die in anderen EU Staaten erbracht wurden, aufwendig und nicht immer garantiert (vgl. Tomasi-Fumics, 2007, S. 4).

Die Schaffung eines einheitlichen Hochschulwesens in ganz Europa wäre daher erstrebenswert, um alle blockierenden bzw. differenzierenden Barrieren ausschließen zu können. Dabei könnten die unterschiedlichen Systeme zu „Einem“ gut funktionierenden vernetzt werden.

Speziell für die österreichische Pflege sind die Veränderungen im Zuge des Bologna-Prozesses von erheblicher Bedeutung. Mit der Anhebung der Grundausbildung auf die tertiäre Ebene erfährt die österreichische Pflegeausbildung eine ungeheure Aufwertung und wird dadurch auch wettbewerbsfähiger. Diese Entwicklung ist mit Sicherheit auch auf den Bologna-Prozess zurückzuführen.

### **3.1.1. „Harmonisierung der Hochschulsysteme“**

Der Bologna-Prozess wurde 1998 durch die Sorbonne-Erklärung eingeleitet. Die für die Hochschulbildung zuständigen MinisterInnen Deutschlands, Frankreichs, Italiens und des Vereinigten Königreichs sprachen darin erstmals von einer „Harmonisierung der Hochschulsysteme“, das heftige Diskussionen unter den AkteurInnen der Hochschulbildung in ganz Europa auslöste. Auf einer Konferenz der Bildungsminister der Europäischen Union wurde im selben Jahr über eine gemeinsame Vorgangsweise in Europa gesprochen. Eine weitere Konferenz fand 1999 in Bologna statt. Dort wurde von den Bildungsministern aus 29 Staaten die Bologna-Erklärung unterzeichnet. Ziel der Bologna-Erklärung ist die Schaffung eines europäischen Hochschulraums bis 2010. Bei den Nachfolgekonferenzen (Prag, Berlin, Bergen, London, Leuven, Wien) wurde an der konkreten Umsetzung der Bologna-Ziele gearbeitet (vgl. Institut für Wissenschaft und Forschung, 2009).

#### **Am Bologna-Prozess beteiligte Staaten:**

Albanien, Andorra, Armenien, Aserbaidschan, Belgien (flämische und französische Gemeinschaft), Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Dänemark, Deutschland,

Mazedonien, Estland, Finnland, Frankreich, Georgien, Griechenland, der Heilige Stuhl, Irland, Island, Italien, Kasachstan, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Moldau, Montenegro, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, die Russische Föderation, Schweden, Schweiz, Serbien, Slowakische Republik, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Türkei, Ukraine, Ungarn, Vereinigtes Königreich und Zypern. Außerdem ist die Europäische Kommission stimmberechtigtes Mitglied der Follow-up-Gruppe (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, o.J.).

### **3.1.2. Ziele des Bologna-Prozesses**

Die Ziele des Bologna-Prozesses hat Tomasi-Fumics sehr gut dargestellt und eine fundierte, punktuelle Auflistung aufgezeigt.

Vorrangiges Ziel der Bologna Erklärung ist es, erhöhte Transparenz und Vergleichbarkeit im europäischen Hochschulraum zu schaffen und so die Mobilität von Studierenden, Lehrenden und Akademikern zu erleichtern und damit auch zu fördern.

Dazu wurden in Bologna 1999 sechs Aktionslinien beschlossen:

1. Die Einführung eines Systems leicht les- und vergleichbarer Studienabschlüsse
2. Die Einführung eines Systems, das im Wesentlichen auf zwei Zyklen basiert
3. Einrichtung eines Kreditpunktesystems
4. Förderung von Mobilität
5. Förderung europäischer Kooperation in der Qualitätssicherung
6. Förderung der europäischen Dimension in der höheren Bildung

In den weiteren Jahren kamen noch 4 Punkte dazu:

7. Lebenslanges Lernen
8. Beteiligung von Hochschuleinrichtungen und Studierenden

9. Förderung der Attraktivität des europäischen Hochschulraums
10. Doktoratsstudien und Etablierung eines europäischen Hochschul- und Forschungsraumes (Tomasi-Fumics, 2007, S. 6 f.).

### **Umsetzung der Bologna Ziele in Österreich**

Vertiefende Erläuterungen und Erklärungen der Aktionslinien von Tomasi-Fumics und dem deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung.

- Die Einführung eines Systems leicht les- und vergleichbarer Studienabschlüsse

In Österreich ist in § 69 Abs. 2 Universitätsgesetz 2002 (UG) geregelt, dass mit dem studienabschließenden Diplom ein Zusatz auszustellen ist, der das Studium detaillierter darstellt, das sogenannte „diploma supplement“. Es werden darin die vom Absolventen abgelegten Prüfungen mit Noten und eine Erklärung der nationalen Notenskala, sowie Hinweise auf Zugangsberechtigungen angeführt.

Daneben verpflichten sich die Mitgliedstaaten des Bologna-Prozesses in der sogenannten „Lisbon Convention“ Absolventen aus anderen europäischen Staaten gegenüber Inländern nicht zu diskriminieren.

- Die Einführung eines Systems, das im Wesentlichen auf zwei Zyklen basiert  
Das zweistufige Bachelor- / Mastersystem ist international kompatibel und bildet damit die Grundlage für mehr Mobilität im Studium.

Der Bachelor führt bereits nach drei bis vier Jahren zu einem berufsbefähigenden Abschluss, so dass der Berufseinstieg früher als bisher möglich ist. Die Zulassung zum Masterstudiengang, der zweiten Stufe, hängt auch von den erbrachten Leistungen in der ersten Stufe ab.

In Österreich ist geregelt, dass ein erster Studienzyklus genau 180 ECTS Punkte zu umfassen hat und das Masterstudium mit 120 ECTS flexibler gestaltet werden kann.

Der österreichische Gesetzgeber hat sich jedoch nicht entschieden, das Studiensystem einfach auf die neue Struktur umzustellen, sondern es dürfen bereits zum Zeitpunkt der Einführung des UG 2002 bestehende Diplomstudien weitergeführt werden und nur völlig neue Studien nicht in der Form von einzyklischen Diplomstudien geschaffen werden.



- Einrichtung eines Kreditpunktesystems

Das Kreditpunktesystem gibt die durchschnittliche Arbeitsleistung eines durchschnittlich begabten Studierenden an, die er aufwenden muss, um das Studium, ein Fach oder eine Lehrveranstaltung positiv absolvieren zu können.

- Förderung von Mobilität

Mobilität, eines der Grundmotive, soll nicht nur nach struktureller Erleichterung, sondern auch nach finanziellen Mitteln verlangen.

- Förderung europäischer Kooperation in der Qualitätssicherung

Studien sind nur dann inhaltlich verlässlich vergleichbar, wenn man die Qualität der Bildung mit einbezieht.

In Österreich ist in § 14 UG festgelegt, dass Universitäten ein Qualitätssicherungsmanagementsystem aufzubauen haben.

- Förderung der europäischen Dimension in der höheren Bildung

Durch Austauschprogramme, aber auch vor allem durch länderübergreifende Kooperationen von Universitäten, wird die europäische Dimension in der höheren Bildung gefördert.

- Lebenslanges Lernen

Dieses Ziel wurde 2001 in Prag beschlossen und meint, dass Lernen über Regelstudien hinaus ein Leben lang andauern soll.

- Beteiligung von Hochschuleinrichtungen und Studierenden

Studierenden wird die Notwendigkeit von angemessenen Studien- und Lebensbedingungen zuerkannt; vor allem aber der gleiche Zugang zu Studien ist den Ministern ein Anliegen.

- Förderung der Attraktivität des europäischen Hochschulraums

Ähnlich wie die Förderung der europäischen Dimension in der Hochschulbildung ist auch die Förderung der Attraktivität des europäischen Hochschulraums ein Bologna

Ziel, hinter dem steht, dass Europa im Vergleich mit dem Rest der Welt ein attraktives und konkurrenzfähiges System der höheren Bildung anbieten soll.

- Doktoratsstudien und Etablierung eines europäischen Hochschul- und Forschungsraums

Doktoratsstudien stehen an der Grenze zwischen Studium und Forscherberuf. Die Attraktivität und Konkurrenzfähigkeit des europäischen Hochschulraums ist eng mit dem des Forschungsraums verknüpft. Da dieser Bereich als ureigenste Domäne der Universitäten gesehen wird, hat er auch diese besondere Bedeutung (vgl. Tomasi-Fumics, 2007, S. 7 ff.; Bundesministerium für Bildung und Forschung, o.J.).

Ich bin davon überzeugt, dass die Unterzeichnung des Bologna-Prozesses für das europäische Bildungssystem ein sehr wichtiger und notwendiger Schritt war. Es wird den Studierenden wie auch den Lehrenden dadurch die Möglichkeit gegeben, ihr Studium bzw. Berufsleben flexibler zu gestalten. Diese Gestaltungsmöglichkeit ist auch für die persönliche Weiterentwicklung von großem Vorteil.

Durch die Unterzeichnung des Bologna-Prozesses werden die Sackgassen, die es im Pflegeausbildungssystem gab und teilweise noch immer gibt, gemindert und das Ausbildungssystem dadurch transparenter.

## 4. Ausbildung

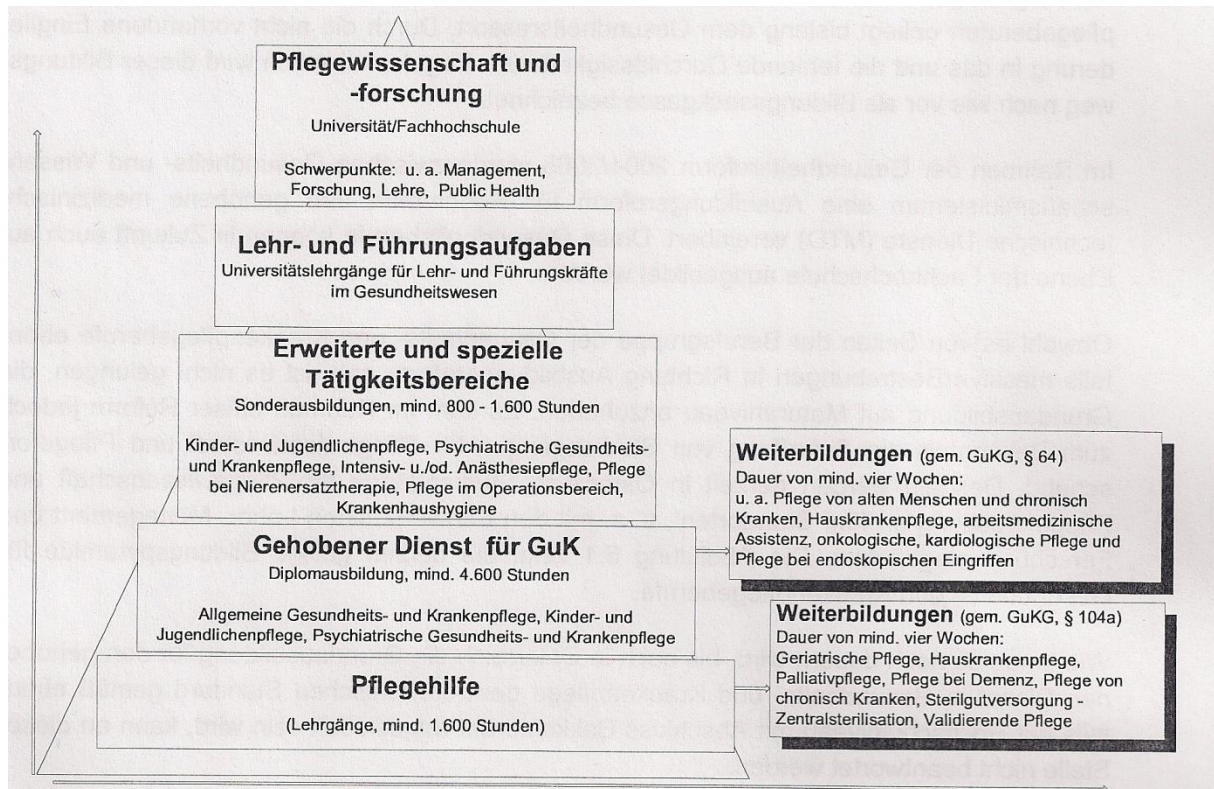


Abb. 4: vgl. Bildungspyramide der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2006, S. 72)

Zu den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen in Österreich gehören der Gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und die Pflegehilfe.

### 4.1. Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (GuK)

Die Ausbildung zum *Gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege* ist in drei Bereiche gegliedert. In die

- Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege
- Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege
- Kinder- und Jugendlichenpflege.

Sie umfasst eine Dauer von drei Jahren und 4.600 Stunden, von denen mindestens 2.000 Stunden für die theoretische und mindestens 2.480 Stunden für die praktische Ausbildung aufgewendet werden müssen. Die Zugangsvoraussetzungen für eine Ausbildung im Gehobenen Dienst für GuK sind die persönliche Eignung, der positive Abschluss der zehnten Schulstufe und das Mindestalter von 16 Jahren. Ausgebildet wird überwiegend an einer an ein Krankenhaus angesiedelten Schule für GuK, die mit einer Diplomprüfung abgeschlossen wird (vgl. Rottenhofer, 2008, S. 210).

Die Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege haben den Status „Schüler“. Anstelle der Lehrlingsentschädigung erhalten sie ein auf Landes- oder Kostenträgerebene geregeltes und nach Ausbildungsjahren gestaffeltes „Taschengeld“, welches monatlich entrichtet wird. Die SchülerInnen sind zusätzlich unfall-, kranken- und pensionsversichert (vgl. Them/Landenberger, 2005, S. 161).

Im Zuge der Akademisierung der Pflegeausbildung muss auch die Erstausbildung überdacht werden. Mit der Dreigliederung und der daraus folgenden Spezialisierung verringert sich die Chance, lange in einem Beruf bleiben zu können, da man ein eingeschränktes Tätigkeitsfeld hat. Sinnvoller wäre vielleicht, eine breite Qualifikation in der Grundausbildung zu erlangen, sprich keine Dreigliederung, um anschließend die Möglichkeit für eine Spezialisierung zu haben. Somit hat man immer die Möglichkeit, in das breite Feld zurückzukehren (vgl. Kriegl, 2011). Dies wäre im Rahmen der Bachelor-Ausbildung sicher möglich, da man sich mit einem anschließenden Masterprogramm auf das gewünschte Feld spezialisieren kann.

## **Tätigkeitsbereiche**

Die Tätigkeitsbereiche des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind in Österreich differenziert formuliert. Sie umfassen

1. eigenverantwortliche
2. mitverantwortliche
3. interdisziplinäre

Tätigkeiten.

### *Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich*

Die Angehörigen des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege

handeln bei der Ausübung ihrer Tätigkeiten eigenverantwortlich. Der rechtliche Begriff der Eigenverantwortlichkeit bedeutet die fachliche Weisungsfreiheit jedes zur Berufsausübung berechtigten Angehörigen des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen seines Berufsbildes (vgl. Weiss-Faßbinder/Lust, 2004, S. 45). Somit setzt der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich erhöhte Kompetenzen der Pflegepersonen voraus.

#### *Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich*

Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung, wobei der Arzt die Verantwortung für die Anordnung und der Angehörige des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die Verantwortung für die Durchführung der angeordneten Tätigkeiten trägt (vgl. Weiss-Faßbinder/Lust, 2004, S. 48).

#### *Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich*

Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege, als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen (vgl. Weiss-Faßbinder/Lust, 2004, S. 60).

### **Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen**

Angehörige des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind laut §63 des GuKG 1997 verpflichtet, innerhalb von jeweils fünf Jahren *Fortbildungen* in der Dauer von mindestens 40 Stunden zu absolvieren. Die Fortbildungen dienen zur

- Information über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse oder
- Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten (vgl. Them/Landenberger, 2005, S. 158).

In §64 des GuKG 1997 heißt es, dass Angehörige des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt sind, *Weiterbildungen* zu absolvieren. Diese müssen mindestens vier Wochen dauern. Am Ende einer Weiterbildung ist eine Prüfung abzulegen (vgl. Them/Landenberger, 2005, S. 158 f.).

Sind Angehörige des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in einem erweiterten Tätigkeitsbereich (Spezial-, Lehr- und Führungsaufgaben) tätig, sind sie laut §65 des GuKG 1997 verpflichtet, *Sonderausbildungen* zu absolvieren (vgl. Them/Landenberger, 2005, S. 159).

## 4.2. Pflegehilfe

Die Pflegehilfe ist ein qualifizierter Beruf, der zur Assistenz des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und als Unterstützung für andere Berufe geschaffen wurde. Die Pflegehilfe arbeitet per Anordnung und unter Aufsicht des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2006, S. 9).

Die Ausbildung in der Pflegehilfe kann man erst ab dem 17. Lebensjahr besuchen. Sie dauert ein Jahr mit insgesamt 1600 Stunden, wobei jeweils 800 Stunden auf die theoretische bzw. praktische Ausbildung entfallen müssen (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2006, S. 71).

Das Mindesteintrittsalter für die Ausbildung in der Pflegehilfe ist vielleicht deswegen höher als das der Gesundheits- und Krankenpflege (16 Jahre), weil die Ausbildung nur ein Jahr dauert und man somit beim Abschluss zu jung für so eine verantwortungsvolle Aufgabe wäre. Strittig ist natürlich, ob ein Jahr den großen Unterschied ausmacht.

Der Tätigkeitsbereich der Pflegehilfe umfasst die Durchführung pflegerischer Maßnahmen per Anordnung und unter Aufsicht des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2006, S. 12f.). Außerdem ist die Mitarbeit bei therapeutischen und diagnostischen Verrichtungen im Einzelfall nach schriftlicher ärztlicher Anordnung und unter Aufsicht von Angehörigen des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder von Ärzten Tätigkeitsbereich der Pflegehilfe (Bundesministerium für Gesundheit, 2009, S. 52).

Hier ist eine genaue Einhaltung der Tätigkeitsprofile sehr wichtig, die sich mit der Akademisierung noch schärfen müssen. Es muss eindeutig sein, wer wem zuarbeitet und wer die Verantwortung trägt.

### 4.3. Sozialbetreuungsberufe

Zu den Sozialbetreuungsberufen zählen laut dem Bundesministerium für Gesundheit:

1. Diplom-SozialbetreuerInnen (Ausbildung 3600 Stunden) mit dem Schwerpunkt
  - Altenarbeit
  - Familienarbeit
  - Behindertenarbeit
  - Behindertenbegleitung
  
2. Fach-SozialbetreuerInnen (Ausbildung 2400 Stunden) mit dem Schwerpunkt
  - Altenarbeit
  - Behindertenarbeit
  - Behindertenbegleitung
  
3. HeimhelferInnen (Ausbildung 400 Stunden) (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2009, S. 55 f.).

Die *HeimhelferInnen* unterstützen betreuungsbedürftige Menschen, die nicht in der Lage sind, sich selbst zu versorgen, bei der Haushaltsführung und bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2009, S. 55).

Die *Fach-SozialbetreuerInnen* sind ausgebildete Fachkräfte, die Menschen, die aufgrund von Alter, Behinderung oder einer anderen schwierigen Lebenslage in ihrer Lebensgestaltung benachteiligt sind, durch Mitgestaltung der Lebenswelt unterstützen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2009, S. 55).

Die *Diplom-SozialbetreuerInnen* üben sämtliche Tätigkeiten aus, die auch von Fach-SozialbetreuerInnen ausgeführt werden, jedoch aufgrund ihrer vertieften Ausbildung mit höherer Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2009, S. 56).

#### 4.4. Überblick über gesetzliche Entwicklungen

In Österreich wird das Gesundheitswesen über Bundesgesetze und (Ausbildungs-)Verordnungen des zuständigen Bundesministers geregelt. Das bedeutet, dass die Gesundheitsberufe österreichweit einheitlich geregelt sind (vgl. Dornmayr/Stampfl, 2003, S. 35 f.).

Anders stellt sich die Situation in den Pflege- und Sozialbetreuungsberufen dar. Diese fallen in den Kompetenzbereich der Länder und sind – nur in manchen Bundesländern – über einschlägige Landesgesetze geregelt (vgl. Dornmayr/Stampfl, 2003, S. 35 f.).

Im Jahr 1997 wurde das neue Gesundheits- und Krankenpflegegesetz beschlossen, mit dem Ziel, die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in eine fünfjährige berufsbildende höhere Schule bzw. ein dreijähriges Kolleg umzuwandeln. Aufgrund von Sparmaßnahmen konnte dieses Ziel jedoch nicht verwirklicht werden (vgl. Hofmarcher/Rack, 2001, S. 85).

Eine Neuerung im GuKG 1997 ist die vollständige, klare und eindeutige Darstellung der Tätigkeitsfelder. Diese Festlegung wird von anderen Ländern oft beneidet, da viele zu diesem Zeitpunkt keine gesetzliche Festlegung der Tätigkeitsfelder für die Pflegepersonen hatten. In Österreich konnte man jedoch wenig von dem Gesetz umsetzen, da Personen mit dementsprechender Qualifikation und Ausbildung fehlten (vgl. Kriegl, 2011). Im GuKG 1997 wurde zwar eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Bereich Pflege gefordert, die Umsetzung blieb jedoch ungeklärt.

Im Rahmen der Gesundheitsreform von 2004/2005 gab es von Seiten der Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe wieder massive



Bemühungen um eine Ausbildungsreform. Jedoch ist es auch diesmal nicht gelungen, die Grundausbildung auf Maturaniveau anzuheben (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2006, S. 71).

Stattdessen wurde von Seiten der Politik vorgeschlagen, die Pflege als Auffangbecken für Arbeitslose zu verwenden, die in den Genuss staatlicher Umschulungsprogramme kamen (vgl. Rappold, 2001, S. 12) und das Zugangsalter für die Ausbildung zum Gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege zu senken.

Die Angehörigen der Berufsgruppe haben dies jedoch strikt abgelehnt. Der Pflegeberuf ist ein sehr verantwortungsvoller Beruf, der auch eine gefestigte Persönlichkeit verlangt. Mit 14 Jahren ist dies jedoch nicht der Fall. Außerdem sollte die hohe Fluktuationsrate im Pflegeberuf eingedämmt werden. Hierfür ist die Herabsetzung des Mindesteintrittsalters sicher kontraproduktiv.

Mit der derzeitigen Ausbildung zur allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege hinkt Österreich anderen europäischen Ländern hinterher, in denen diese bereits an Hochschulen angesiedelt ist.

## 4.5. Bestehende Ausbildungsangebote

Die anschließenden Tabellen sollen einen kurzen Überblick über die derzeitigen Ausbildungsangebote im Gesundheits- und Pflegebereich in Österreich geben.

- **Sozialbetreuungsberufe**

Angebot	Ausbildungsort	Zugang	Gesetzliche Grundlage
Heimhilfe	Lehrgänge für Heimhilfe: BFI, Caritas, Hilfswerk, Rotes Kreuz, Sozial Global usw.	Pflichtschulabschluss (9. Schuljahr)	NÖ Alten-, Familien- und Heimehelfergesetz OÖ Altenfachbetreuungs- und Heimehelfergesetz Steiermärkisches Alten-, Familien- und Heimehelfergesetz Wiener Heimehelfergesetz
Familienhilfe	Fachschulen für Familienhilfe oder Fachschulen für Familienhilfe und Pflegehilfe	Pflichtschulabschluss (9. Schuljahr)	NÖ Alten-, Familien- und Heimehelfergesetz Steiermärkisches Alten-, Familien- und Heimehelfergesetz
Alten(fach)be- treuung (2 Jahre)	Fachschulen für Altdienste und Pflegehilfe oder Fachschulen für Familienhilfe: Caritas, Evangelisches Diakoniewerk, Höhere Bundeslehranstalte n für wirtschaftliche Berufe usw.	Pflichtschulabschluss (9. Schuljahr)	NÖ Alten-, Familien- und Heimehelfergesetz OÖ Altenfachbetreuungs- und Heimehelfergesetz Steiermärkisches Alten-, Familien- und Heimehelfergesetz

Tabelle 2: Ausbildungsangebote für Sozialbetreuungsberufe (nach Gruber/Kastner, 2005, S. 33)

- **Gesundheits- und Krankenpflegeberufe**

<b>Angebot</b>	<b>Ausbildungsort</b>	<b>Zugang</b>	<b>Gesetzliche Grundlage</b>
Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (3 Jahre)	Gesundheits- und Krankenpflegeschulen für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege, psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege	Absolvierung von 10 Schulstufen	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997 idF BGBl. I Nr. 6/2004
Sonderausbildungen Spezialaufgaben	Sonderausbildungen an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und in bewilligten Institutionen (Kliniken)		
Lehraufgaben	Universitätslehrgänge		
Führungsaufgaben	Universitätslehrgänge		
Pflegehilfe (1 Jahr)	Pflegehilfelehrgänge: Krankenanstalten, Caritas, BFI, Lehranstalten für Sozialberufe usw.	Pflichtschulabschluss (9. Schuljahr)	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997 idF BGBl. I Nr. 6/2004

*Tabelle 3: Ausbildungsangebote für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (nach Gruber/Kastner, 2005, S. 33 f.)*

- **Tertiärer Bildungssektor**

<b>Angebot</b>	<b>Ausbildungsort</b>	<b>Zugang</b>	<b>Gesetzliche Grundlage</b>
Fachhochschul- studiengänge	FH Campus Wien FH Salzburg FH Wr. Neustadt	Allgemeine Universitätsreife oder studien- relevante berufliche Qualifikation mit Zusatzprüfungen	Fachhochschul- Studiengesetz - FHStG, BGBl. Nr. 340/1993 idF BGBl. I Nr. 110/2003
Universitäts- studiengänge	Med. Uni Graz Uni Wien	Allgemeine Universitätsreife	Universitätsgesetz (UG) 2002, BGBl. Nr. I 120/2002
Privat- universitäten	UMIT Hall/Tirol PMU/Paracelsus	Allgemeine Universitätsreife	Universitäts- Akkreditierungsgesetz – UniAkkG, BGBl. I Nr. 168/1999 idF BGBl. I Nr. 54/2000

*Tabelle 4: Ausbildungsangebote im tertiären Bildungssektor (nach Gruber/Kastner, 2005, S. 35 f.)*

Vor allem im tertiären Bildungssektor hat sich die Pflegelandschaft in den letzten Jahren in Österreich enorm entwickelt. Die Grundausbildung wurde an Fachhochschulen verankert, wo man mit dem Bachelor abschließt. Weiters kann man aufbauend auf die Grundausbildung den Master an der Universität absolvieren. Meiner Meinung nach ist das eine sehr gute Lösung. Eine rein universitäre Ausbildung wäre auch allein aufgrund der fehlenden Praktikumsplätze der Universitäten nicht umsetzbar. Die Praktika sind jedoch unabdingbare Voraussetzung für die Erlangung der Berufsberechtigung.

Mit dieser Entwicklung hat die Pflegeausbildung auch mehr Struktur und Flexibilität erhalten. Nach der erfolgreichen Absolvierung der Grundausbildung an der Fachhochschule stehen den Absolventen nun alle Türen offen, sich weiterzubilden. Ziel ist es, die umfangreichen Sonderausbildungen an der Universität mithilfe von Masterprogrammen umzusetzen. Auch die Modularisierung im Masterbereich ist ein wichtiger Punkt, der international in der Pflege bereits Anwendung findet. Hier wird

neben dem verpflichtenden Teil des Masterprogramms ein Teil mit Modulen abgedeckt, die variabel zu wählen sind.

#### 4.6. Europavergleich

Zur Ausbildung in der Pflege sind EU-Richtlinien, die die gegenseitige Anerkennung von Diplomen, Prüfungszeugnissen usw. sowie die Eingangsvoraussetzung für eine Ausbildung und das erforderliche Stundenmaß regeln, vorhanden. Diese Vorgaben entsprechen einem Prinzip der „Mindestharmonisierung“. Viele Mitgliedstaaten der EU haben in den 1990er-Jahren jedoch eine umfassende Ausbildungsreform verwirklicht, was in den meisten Ländern zur Integration der Pflegeausbildung in das tertiäre Bildungswesen führte (vgl. Stöcker, 2004: zit. nach Gruber/Kastner, 2005, S. 63).

- Mit Ausnahme von Deutschland, Österreich und Luxemburg fordern alle Länder den Sekundärstufe-II-Abschluss als Zugangsvoraussetzung für die Pflegeausbildung.
- Aufgrund der angehobenen allgemeinen Schulbildung entfällt in fast allen Ländern ein festgeschriebenes Mindestalter für den Beginn der Pflegeausbildung.
- Mit Ausnahmen von Deutschland, Österreich, Frankreich und Luxemburg sind die Ausbildungen auf der Tertiärstufe angesiedelt.  
Ausnahmen in Österreich sind der dreijährige Bachelor Studiengang am FH Campus Wien, an der FH Wr. Neustadt sowie an der FH Salzburg, das Kombi Studium an der UMIT in Hall in Kooperation mit Gesundheits- und Krankenpflegeschulen (Bakkalaureat der Pflegewissenschaft und Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege) und das „2in1-Modell Pflege“ an der PMU/Paracelsus in Kooperation mit Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege (Bachelor of Science in Nursing und Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege).
- In der Mehrheit der Länder ist die Pflegeausbildung generalistisch zu absolvieren, spezielle Ausbildungen sind durch Differenzierungen in der Ausbildung möglich.

- Die Mehrheit der Qualifikationsabschlüsse führt zum „Bachelor of Nursing“ bzw. zu einem Berufdiplom (vgl. Gruber/Kastner, 2005, S. 63 f.).

Auch in Österreich ist man mittlerweile bemüht, die Pflegeausbildung im tertiären Bildungssektor zu festigen. Dieser wichtige Schritt erfordert jedoch auch eine große Unterstützung, vor allem innerhalb der Berufsgruppe. Erst wenn die Standardausbildung im gehobenen Dienst auf der Fachhochschule stattfindet, kann man von einer Akademisierung sprechen.

#### 4.7. Bildungspyramide

In Österreich wurde daran gedacht, das Zugangsalter für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege auf 14 Jahre herabzusetzen, um den Mangel an Pflegepersonal abzudecken. Derzeit wird die Ausbildung im europäischen Ausland zwar noch anerkannt, doch in einigen Jahren dürfte dies nicht mehr der Fall sein. Die EU plant nämlich, die Gesundheits-Ausbildungen dem allgemeinen fünfstufigen Ausbildungssystem anzupassen (vgl. Hochenegger-Haubmann B., 2005, S. 1).

1. Stufe: 1-jährige Ausbildung
2. Stufe: 3-jährige Ausbildung ohne Matura
3. Stufe: Berufsbildende höhere Schule mit Matura (BHS)
4. Stufe: mindestens 6 Semester nach der Matura (auf FH oder UNI)
5. Stufe: mehr als 6 Semester nach der Matura (UNI) (Hochenegger-Haubmann B., 2005, S. 1)

Eine Ausbildung ohne Matura (wie derzeit in Österreich) wäre auf dem zweiten Level angesiedelt (vgl. Hochenegger-Haubmann B., 2005, S. 2).

Rottenhofer hat 2004 im Auftrag des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG), auf Grundlage des fünfstufigen Ausbildungssystem der EU, die Bildungspyramide für Pflegeberufe als Zukunftsmodell entwickelt.

Das Symbol der Pyramide soll darauf hindeuten, dass das Bildungssystem für Pflegeberufe nicht nur breit für Basiskräfte geplant ist, sondern dass es auch einer

Spitze der Pflegewissenschaft und -forschung bedarf. Außerdem sollen die einzelnen Stufen sinnvoll aufeinander aufbauen (vgl. Them/Landenberger, 2005, S. 147).

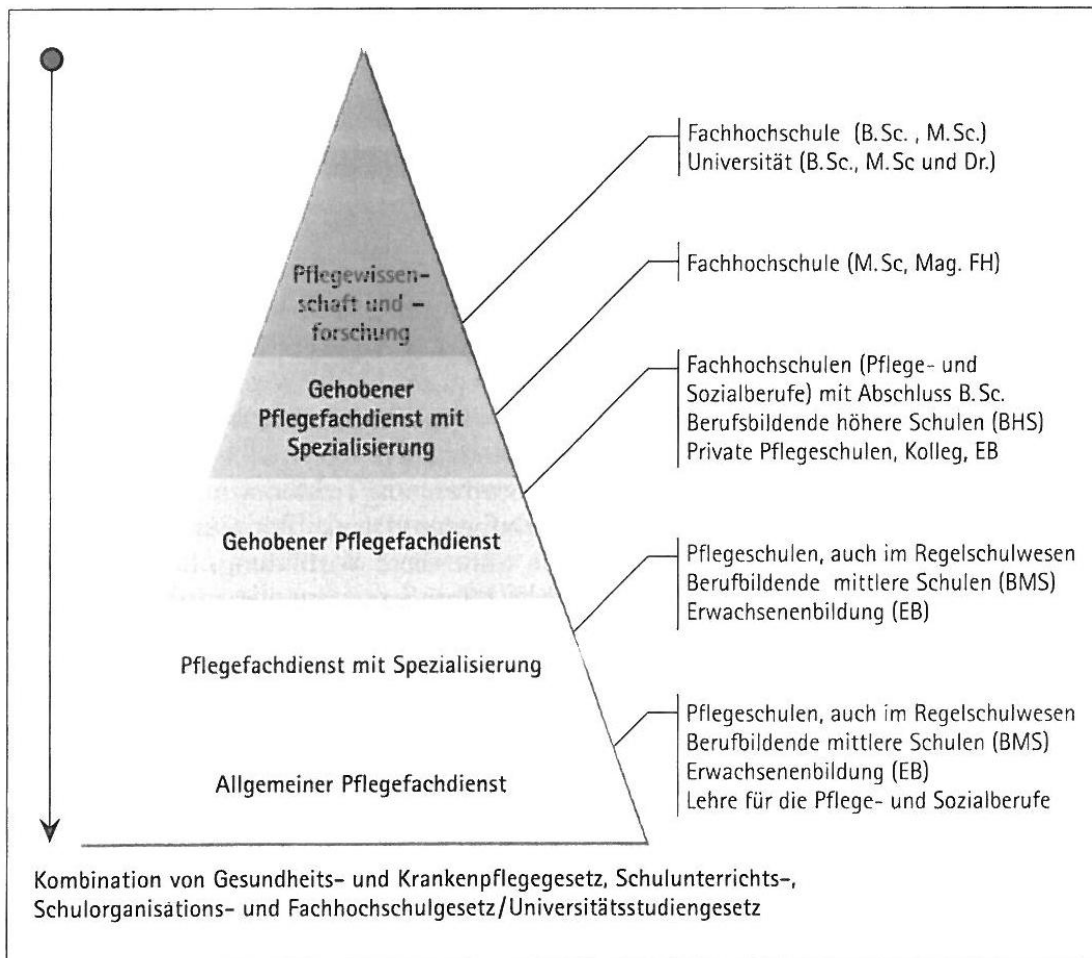


Abb. 5: Bildungspyramide für Pflegeberufe (vgl. Them/Landenberger, 2005, S. 152)

Die Bildungspyramide gliedert sich nach Them/Landenberger in fünf Qualifikationsstufen:

1. **Allgemeiner Pflegefachdienst im Sinne der generalistisch ausgebildeten Assistent Nurse** (voraussichtliche Ausbildungsdauer: zwei Jahre)
2. **Spezialisierte Pflegefachdienst im Sinne der spezialisiert ausgebildeten Assistent Nurse** (zusätzlich zur Stufe 1 eine ca. einjährige Ausbildung)

### 3. **Gehobener Pflegefachdienst** (mit Matura)

Diese Ausbildung ist auf Fachhochschulen angesiedelt und schließt mit dem Bachelor of Science ab.

### 4. **Gehobener Pflegefachdienst mit Spezialisierung** (mit Matura)

Auf die Bachelorausbildung aufbauend erfolgt an Fachhochschulen die zweijährige Ausbildung für Spezialbereiche, die mit dem Master of Science bzw. dem Magister FH abschließt.

### 5. **Pflegewissenschaft und Pflegeforschung** (Master of Science, Magister, Doktor)

Aufbauend auf Stufe drei bzw. Stufe vier erfolgt ein Studium an der Universität und/oder Fachhochschulen (vgl. Them/Landenberger, 2005, S. 153).

Durch die Bildungspyramide von Rottenhofer hätte die Pflegeausbildung eine klare Struktur und Durchlässigkeit bekommen können. Auch die Attraktivität und das Image wollte man dadurch steigern. Jedoch ist sie mittlerweile nicht mehr aktuell, da sich in den letzten Jahren die Pflegelandschaft in Österreich, wie schon erwähnt, enorm entwickelt hat. Ich wollte sie trotzdem anführen, da sie meiner Meinung nach sehr gut zeigt, dass man zusätzlich zu den Pflegefachdiensten auch höher gebildete Personen, wenn auch nur in einem geringen Ausmaß, wie man mit dem Bild der Pyramide sehr gut erkennen kann, benötigt.

## 4.8. Bedarf an Pflegepersonen

Laut der Gesundheitsstatistik der Statistik Austria aus dem Jahr 2008 ist die Zahl der im Gesundheitswesen tätigen Personen in den vergangenen Jahrzehnten stetig gestiegen. Die diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sind die größte Personalgruppe in den Krankenanstalten mit knapp 53.000 Personen, das bedeutet einen Anstieg von 23,5% in den letzten zehn Jahren. Die Zahl der PflegehelferInnen ist jedoch zurückgegangen (16.800 -> 13.800) (vgl. Statistik Austria, 2009b, S. 70).



Die Nachfrage ist, vor allem nach diplomierten Pflegekräften, weiter steigend. Gesamt wird für das Jahr 2010 ein Mehrbedarf an rund 6000 Pflegekräften geschätzt (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2006, S. III).

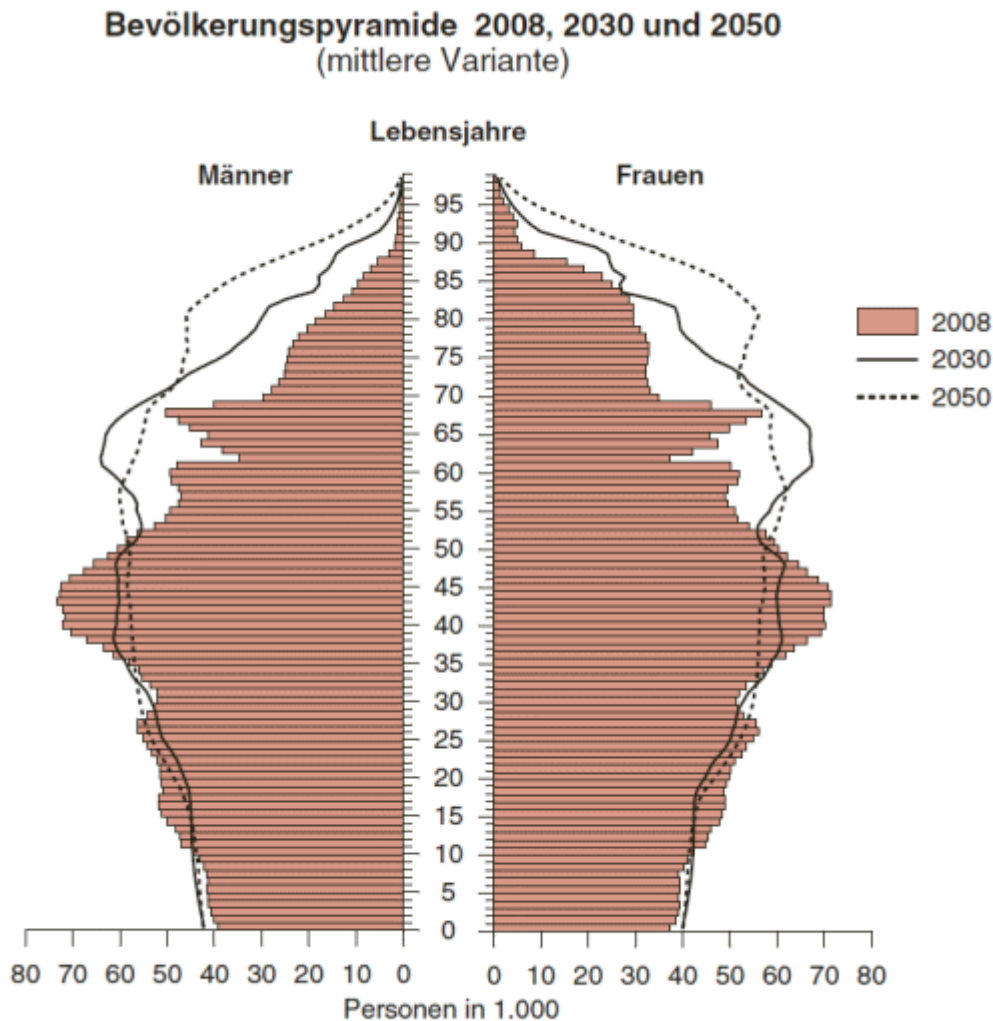
In Österreich kann man jedoch aufgrund der fehlenden Registrierung im Pflegeberuf nicht sagen, wie viele Pflegepersonen tatsächlich für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen. Einzig in den Krankenhäusern und Pflegeheimen kann man genaue Angaben machen.

Der Bedarf an hochschulisch qualifizierten Pflegepersonen kann nur aufgrund ausländischer Erfahrungen geschätzt werden, da in Österreich dazu notwendige Zahlen von Forschungspositionen fehlen. Eine anfängliche Akademisierungsquote von Pflegepersonen soll demnach 3-4% betragen. Langfristig wird eine Akademisierungsquote von 10% genannt, somit wären in Österreich ca. 5000 Akademiker erforderlich (vgl. Staudinger, 2000, S. 109).

Obwohl man bereits im Jahr 2000 wusste, dass 5000 Akademiker in Österreich erforderlich wären, hat man dieses Ziel bis heute leider noch nicht erreicht. Man ist zwar bereits auf einem sehr guten Weg, doch dieser langwierige Prozess ist sicher nicht zufriedenstellend.

Positiv ist anzumerken, dass die Notwendigkeit erkannt wurde und unumstritten ist. Die Umsetzung ist daher die erforderliche Konsequenz.

#### 4.8.1. Sozialer Wandel



Q: STATISTIK AUSTRIA. Erstellt am: 01.10.2009.

Abb. 6: Bevölkerungspyramide von Österreich (vgl. Statistik Austria, 2009a)

Das Pflegepersonal wird künftig noch erforderlicher sein, da die Bevölkerung laut Statistik Austria immer älter wird, die Kinder großteils berufstätig sind und daher alte Versorgungsstrukturen, in denen die Kinder die Eltern gepflegt haben, aufbrechen.

Außerdem sind seit Jahrzehnten Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur zu verzeichnen. Dies wird durch abnehmende Geburtenraten, die steigende Zahl an Einpersonenhaushalten, die immer mehr werdende Zahl an erwerbstätigen Frauen und, wie schon erwähnt, durch die steigende Lebenserwartung deutlich.

Ein weiteres Problem ist sicher auch die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems. Es gibt immer weniger junge Menschen, die in das Gesundheitssystem einzahlen, dafür immer mehr ältere, die steigende Ausgaben verursachen.

Das Berufsfeld der Pflegenden steht somit vor enormen Herausforderungen, die nur durch eine adäquate Ausbildung der Pflegepersonen bewältigt werden können. Besonderes Augenmerk muss hier auf die Prävention gerichtet werden, um den Anstieg der chronischen Krankheiten sowie der Demenz und Alzheimer vielleicht eindämmen zu können.

Außerdem sind neue Berufsfelder der Pflege, die im Ausland bereits gute Erfahrungen verbuchen können, auch in Österreich einzuführen.

Nicht nur die Bevölkerung verändert sich, auch die Pflege muss sich verändern, um diesen Herausforderungen gewachsen zu sein.

#### 4.8.2. Ländervergleich

Die anschließende Tabelle (Tabelle 5) bietet einen Überblick über die Anzahl der Ärzte, der Pflegepersonen und über das Verhältnis dieser in einigen von mir ausgewählten europäischen Ländern.

	Einwohner	Pflegepersonen		Ärzte		Verhältnis		Spitalsbetten	
	gesamt	gesamt	pro 10 000 Einwohner	gesamt	pro 10 000 Einwohner	Pflegepersonen pro Arzt		pro 10 000 Einwohner	
	2010	2000-2009		2000-2009		2000-2009		2000-2009	
<b>Norwegen</b>	4.610.820	76.173	1. 163	18.143	2. 39	1. 4,20	13. 39		
<b>Niederlande</b>	16.491.461	248.810	2. 151	64.417	2. 39	2. 3,86	11. 48		
<b>Schweden</b>	9.016.596	104.958	3. 116	32.495	8. 36	5. 3,23	– –		
<b>Schweiz</b>	7.523.934	79.153	4. 110	28.812	1. 40	8. 2,75	9. 55		
<b>Dänemark</b>	5.450.661	53.133	5. 98	17.226	13. 32	7. 3,08	15. 35		
<b>Ungarn</b>	9.981.334	92.488	6. 92	27.957	16. 28	3. 3,31	6. 71		
<b>Tschechien</b>	10.235.455	91.311	7. 90	36.815	8. 36	12. 2,48	3. 81		
<b>Finnland</b>	5.231.372	46.930	8. 89	17.503	12. 33	10. 2,68	7. 68		
<b>Ukraine</b>	46.710.816	388.444	9. 84	143.728	14. 31	9. 2,70	1. 87		
<b>Frankreich</b>	60.876.136	494.895	10. 81	227.683	6. 37	13. 2,17	5. 72		
<b>Deutschland</b>	82.422.299	661.000	11. 80	288.182	10. 35	4. 2,29	2. 83		
<b>Slowenien</b>	2.010.347	15.361	12. 78	4.766	17. 24	6. 3,22	12. 47		
<b>Spanien</b>	40.397.842	322.600	13. 74	163.800	4. 38	15. 1,97	17. 34		
<b>Italien</b>	58.133.509	403.000	14. 69	215.000	6. 37	16. 1,87	13. 39		
<b>Slowakei</b>	5.439.448	35.757	15. 66	16.868	14. 31	14. 2,12	7. 68		
<b>Österreich</b>	8.192.880	54.580	15. 66	31.175	4. 38	17. 1,75	4. 78		
<b>Polen</b>	38.536.869	199.700	17. 52	77.479	18. 20	11. 2,58	10. 52		
<b>Portugal</b>	10.605.870	50.955	18. 48	36.138	11. 34	18. 1,41	15. 35		

Tabelle 5: Ländervergleich (vgl. WHO, 2010, S. 113 ff.)

Die Tabelle wurde nach der Anzahl der Pflegepersonen pro 10 000 Einwohner gereiht und durch eigens berechnete Verhältniswerte (Pflegepersonen pro Arzt) ergänzt.

Wie man aus der Tabelle entnehmen kann, liegt Österreich sowohl bei der Anzahl der Pflegepersonen (Durchschnitt = 89,3 pro 10 000 EW) als auch beim Verhältnis Arzt-Pflegeperson (Durchschnitt = 2,6 pro 10 000 EW) deutlich unter dem Durchschnitt der ausgewählten Länder.

Norwegen hat im Vergleich zu Österreich die 2,5-fachen Pflegepersonen pro 10 000 Einwohner, jedoch so gut wie die gleiche Anzahl an Ärzten.

Ebenso interessant ist, dass die Anzahl der Ärzte pro 10 000 Einwohner in den Ländern annähernd gleich ist, es jedoch bei den Pflegepersonen enorme Unterschiede gibt.

Beachten sollte man hier jedoch, dass bei dieser Statistik nicht die gesamte Personalausstattung für den Gesundheitssektor angeführt wurde. Dadurch kann man keine genauen Angaben machen, da es in anderen Ländern andere Qualifikationen im Gesundheitswesen gibt und dadurch z.B. in Österreich Pflegepersonen Tätigkeiten ausführen, die in anderen Ländern von anderen im Gesundheitswesen tätigen Personen durchgeführt werden und umgekehrt (vgl. Kriegl, 2011). Außerdem kann es sein, dass akademisierte Pflegepersonen nicht von der Pflegekammer erfasst werden und somit nicht registriert sind (z.B. Slowakei). Dadurch können Ungenauigkeiten entstehen.

Obwohl bei meiner angeführten Statistik dies nicht so genau belegt wurde, gibt sie einen sehr guten Überblick über die Personalausstattung im österreichischen Gesundheitssektor.

Sehr interessant dazu ist auch der Vergleich mit der Tabelle 1 von Seite 23. Österreich erhöhte die Zahl der Pflegepersonen gegenüber 1906 deutlich, jedoch sind wir europaweit gesehen immer noch im unteren Viertel zu finden.

Weiters gibt es bei den Krankenhausbetten beträchtliche Differenzen. In Österreich sind die Krankenhausbetten überschießend. Laut Frau Seidl *„fressen die überschießenden Krankenhausbetten die gesamte diplomierte Pflegelandschaft“* (Seidl, 2010).

Dadurch wird deutlich, dass die Pflege in Österreich primär in Krankenhäusern erfolgt. Viele diplomierte Pflegekräfte sind an das Krankenhaus „gebunden“, demzufolge fehlen die Pflegekräfte im extramuralen Bereich. Es ist fraglich, ob wirklich mehr diplomierte Pflegekräfte benötigt werden oder ob die Verteilung effizienter erfolgen sollte.

## 5. Akademisierung der Pflege

### 5.1. Begriffsklärung

#### Akademisierung

Der Begriff Akademisierung beruht auf dem griechischen Begriff *Akademie*, der auf die Bezeichnung von Platons Philosophenschule zurückzuführen ist. Im späteren Altertum war Akademie die Bezeichnung für Zusammenkünfte von Gelehrten, im Mittelalter für von Fürsten geförderte Gelehrtenvereinigung. In der Barockzeit blühten die Akademien auf und standen wegen ihrer fortschrittlichen Einstellung häufig im Gegensatz zu den im mittelalterlichen Denken verankerten Universitäten (vgl. Das neue Bertelsmann Lexikon, 2001, S. 142).

Heute versteht man unter Akademie eine wissenschaftliche Gesellschaft, eine Stätte der Gelehrten oder der höheren Bildung. Das Suffix *-isierung* impliziert einen Prozess, den Prozess der Heranbildung von Gelehrten, einer wissenschaftlichen Gesellschaft oder einer wissenschaftlichen (Aus-) Bildung. Man könnte anstelle Akademisierung auch kurz „Verwissenschaftlichung“ sagen (vgl. Schrems, 2000, S. 86/87).

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

Von einer erfolgreichen Akademisierung der Pflege in Österreich kann man erst sprechen, wenn der überwiegende Teil der Pflegepersonen im tertiären Bildungssektor ausgebildet wird. Solange dies nicht der Fall ist, ist die österreichische Pflege nicht akademisiert. Mittlerweile, nach jahrzehntelangem Bemühen, ist man auf einem guten Weg, doch der Akademisierungsprozess wird sicher noch mindestens 20 Jahre dauern.

## Pflege

*„Die Pflege kann man ganz allgemein als kulturell bedingte zielorientierte Tätigkeiten definieren, damit die Menschen gesund leben können, Krankheiten vorbeugen und letztendlich würdevolles Sterben gewährleistet wird.“ (Kozon, 2010, S. 9).*

Wichtig ist, dass sich die Pflege nicht nur an den Pflegebedürftigen selbst richtet, sondern sein Umfeld mit einbezieht. Dazu gehören vor allem auch die pflegenden Angehörigen. Durch eine gut funktionierende Zusammenarbeit der beteiligten Personen wird dem zu Pflegenden ein harmonisches Umfeld geboten, das sicher auch für den weiteren Pflegeverlauf von Bedeutung ist.

## Die Wissenschaftliche Praxisdisziplin Pflege

Wissenschaftsorientierte Disziplinen lassen sich in akademische (Mathematik, Geschichte) sowie in professionelle Disziplinen (Medizin, Pflege) unterscheiden. Akademische Disziplinen haben kein besonderes Handlungsfeld, für das sie ihre Erkenntnisse zur Verfügung stellen. Vorrangig steht die Entwicklung von allgemeinen Theorien. Professionelle Disziplinen schließen ein besonderes Handlungsfeld ein. Ihnen geht es vor allem um die Fragen des praktischen Handelns und um die Entwicklung von anwendbaren Konzepten (vgl. Donaldson/Crowley, 1978, S. 115: zit. nach Weidner, 2000, S. 78 f.).

Oder anders ausgedrückt: Akademische Disziplinen lassen sich von der Frage „Was ist wahr?“, professionelle Disziplinen von der Frage „Was ist zu tun?“ leiten (vgl. Weidner, 2000, S. 79).

Die Forschung ist für jede Disziplin von erheblicher Bedeutung. Sie bietet eine wissenschaftliche Wissensgrundlage, die es der Pflege ermöglicht, den sich ständig wandelnden Herausforderungen zu begegnen und ihre gesellschaftliche Relevanz zu erhalten (vgl. Lo-Biondo-Wood/Haber, 2005, S. 6).

Ohne Forschung ist es einer Disziplin nicht möglich, auf dem aktuellsten Wissenstand zu bleiben. Dies kommt natürlich wieder den Menschen zugute, die von der Weiterentwicklung profitieren.

## 5.2. Fachverbände und Organisationen

### 5.2.1. International Council of Nurses - ICN

Der weltweite Berufsverband für Pflegekräfte wurde 1899 in London gegründet. Mittlerweile ist er ein Zusammenschluss von 122 nationalen Berufsverbänden der Pflege und vertritt weltweit Millionen Pflegekräfte. Ziel des ICN ist, für alle eine hohe Qualität von Pflege sicherzustellen und sich für eine vernünftige Gesundheitspolitik einzusetzen (vgl. ÖGKV, 2010).

Österreich wird durch den ÖGKV und dessen 2. Vizepräsidentin, Katrin Stimnicker BSc, MPH i.A., im ICN vertreten (vgl. ÖGKV, 2010).

1953 wurde erstmals der ICN Ethikkodex angenommen. Mittlerweile wurde er mehrmals überarbeitet und zuletzt 2010 ins Deutsche übersetzt (Originalfassung von 2006). Der Ethikkodex ist ein Leitfaden für die Pflegepersonen, der die Grundlagen für ein Handeln nach sozialen Werten und Bedürfnissen setzt (vgl. ÖGKV, 2010).

Das ICN legt vier grundlegende Aufgaben der Pflegepersonen - die Präambel - im Ethikkodex fest:

1. Gesundheit fördern,
2. Krankheit verhüten,
3. Gesundheit wiederherstellen,
4. Leiden lindern (vgl. ÖGKV, 2010).

Wichtig hierbei ist die Achtung der Menschenrechte. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur und allem, was einen respektvollen Umgang bedeutet, ausgeübt (vgl. ÖGKV, 2010).



Neben den Aufgaben für die Pflegepersonen sind auch vier Grundelemente im Kodex festgelegt:

#### 1. Pflegende und ihre Mitmenschen

Im Umfeld der Pflegenden sind der respektvolle Umgang sowie die Einhaltung der Menschenrechte unabdingbar. Außerdem hat die Pflegeperson dafür zu sorgen, dass die pflegebedürftige Person alle notwendigen Informationen erhält, damit diese die Zustimmung zur Behandlung begründen kann. Selbstverständlich müssen diese Informationen vertraulich und verantwortungsbewusst behandelt werden.

#### 2. Pflegende und die Berufsausübung

Jede Pflegeperson ist selbst dafür verantwortlich, dass die Pflege fachlich einwandfrei durchgeführt wird und dass die notwendigen Fort- und Weiterbildungen absolviert werden. Außerdem ist auf die eigene Gesundheit zu achten sowie auf die Kompetenz der MitarbeiterInnen.

#### 3. Pflegende und die Profession

Die Pflegepersonen sind dafür verantwortlich, Standards festzulegen und diese in die Pflegepraxis umzusetzen. Ferner sind gerechte und wirtschaftliche Arbeitsbedingungen zu erschaffen und erhalten.

#### 4. Pflegende und ihre Kolleginnen

Eine gute Zusammenarbeit mit KollegInnen und mit MitarbeiterInnen anderer Bereiche stellt ebenso einen wichtigen Aspekt für Pflegepersonen dar (vgl. ÖGKV, 2010).

Das ICN hat durch die Festlegung der vier Grundelemente der Pflegepersonen im Ethikkodex einen wichtigen Beitrag zur Professionalisierung der Pflege geleistet. Hier wurde bereits festgehalten, dass die Pflegepersonen Standards festzulegen und diese in die Praxis umzusetzen haben. Für diese Implementierung ist ExpertInnenwissen erforderlich, das nur durch eine adäquate Ausbildung erreicht werden kann.

## 5.2.2. Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband - ÖGKV

Der österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband ist die größte nationale berufspolitische Vertretung für alle Pflegeberufe. Er gliedert sich in einen Hauptverein und neun Zweigvereine (vgl. ÖGKV, 2010).

Der ÖGKV hat drei Grundsätze festgelegt:

1. Achtung vor dem Leben,
2. Achtung vor der Würde des Menschen,
3. Anerkennung der Grundrechte des Menschen (ÖGKV, 2010).

Neben den Grundsätzen hat der ÖGKV neun Ziele definiert:

- Vertretung aller Pflegebereiche und Pflegeberufe
- Qualitätssicherung pflegerischer Leistungen
- Interessenvertretung 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 Pflegende
- Angemessene Entlohnung der Pflegenden (ÖGKV, 2010).

Der ÖGKV nimmt eine entscheidende Rolle im berufspolitischen und inhaltlichen Meinungsbildungsprozess der Berufsgruppe ein. Außerdem bietet er zahlreiche Fort- und Weiterbildungen für die Pflegepersonen an und fördert damit die Verbesserung von Ausbildung und Pflegewissenschaft (vgl. ÖGKV, 2010). Zusätzlich ist er eine wichtige Informationsquelle für seine Mitglieder, da er mit internationalen Organisationen, wie dem ICN, vernetzt ist.

Mit der Gründung der Gesellschaft der Pflegewissenschaft setzte der ÖGKV auch ein klares Zeichen in Richtung Akademisierung.

### 5.3. Akademisierung der Pflege – ein weltweiter Überblick

Im Ausland hat die Pflegewissenschaft bereits eine sehr lange Tradition. Der englischen Krankenschwester und Pionierin Florence Nightingale (1820-1910) ist es zu verdanken, dass die Krankenpflegeausbildung in den angloamerikanischen Ländern anders verlief als in Österreich und Deutschland (vgl. Rothenwänder, 2010).

Florence Nightingale, die von Jugend an großes Interesse an der Krankenpflege und allem, was in Zusammenhang mit dieser stand, hatte, reiste mit einer Gruppe von 40 Schwestern im Zuge des Krimkrieges nach Skutari, wo das Lazarett der britischen Armee eingerichtet wurde, um den überarbeiteten und viel zu wenigen Ärzten unter die Arme zu greifen. Ihr wurde die gesamte Verantwortung für das Pflegepersonal in zwei Lazaretten übertragen. Zuerst sahen die Ärzte die Pflegerinnen nur als Belastung, doch als immer mehr Verwundete ins Lazarett kamen und die Zustände unerträglich wurden, waren sie froh, Unterstützung zu haben, und verlangten sogar nach ihnen. (vgl. Vasold, 2003, S. 96 ff.). Da zeigte sich das Organisationstalent von Florence Nightingale: Innerhalb von zehn Tagen richtete sie eine Diätküche ein und brachte die Wäscherei wieder in Betrieb. Außerdem befreite sie die Verwundeten von Ungeziefer und versorgte sie mit frischer Wäsche. Da einige Schwestern wegen mangelnder Disziplin nach England zurückgeschickt wurden und daher neue hinzu kamen, verfasste Florence die „Regeln für die Armeeschwestern“, um eine zusätzliche Erschwernis zu vermeiden (vgl. Österreichischer Krankenpflegeverband, 1975, S. 34).

Florence Nightingale kehrte erst, nachdem der letzte Verwundete 1856 Skutari verlassen hatte, nach England zurück. Sie kümmerte sich anschließend persönlich darum, dass die englische Regierung notwendige Reformen nicht vergaß. Sie selbst veröffentlichte 1859 das Buch „Notes on Nursing“ und im darauffolgenden Jahr gründete sie eine Ausbildungsstätte für angehende Krankenschwestern (vgl. Vasold, 2003, S. 187 f.), die bereits nach kurzer Zeit weit über die Grenzen bekannt war. Damit legte Nightingale das Fundament für die berufliche Pflege.

Der erste eigenständige Studiengang wurde 50 Jahre später an der Universität von Minnesota eingerichtet und schloss mit dem Bachelor ab. In Europa war es

Großbritannien, das den ersten Schritt in der pflegewissenschaftlichen Ausbildung und Forschung setzte. 1956 wurde in Edinburgh der erste Studiengang zur Grundausbildung in der Pflege etabliert und in einem offiziellen Regierungspapier 1972 wurde die Forderung gestellt: „Nursing should become a research-based profession“. Aber auch in den Ländern des ehemaligen Ostblocks hat die Akademisierung der Pflege bereits in den 1960er Jahren eingesetzt (Prag, Lublin). Auch in Deutschland kam es bereits 1989 zur akademischen Ausbildung (vgl. Seidl, 2005, S. 1).

In Österreich gelang die Pflegewissenschaft erst am 6. September 1999 in Form eines Individuellen Studiums an die Universität. Pflegewissenschaftliche Vorlesungen konnte man bereits 1986 in Graz belegen. Dabei handelte es sich jedoch nicht um ein vollständiges Studium der Pflegewissenschaften. Hauptfach dieses Studiums war Pädagogik, in dem auch vier Semester über Pflege gelehrt wurde.

USA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1909</b> (vgl. LoBiondo Wood/Haber, 2005, S. 18)</li> <li>- <b>1907</b> - erster Lehrstuhl für Krankenpflege an der Columbia Universität in New York (vgl. Bischoff-Wanner, 2000, S. 30; vgl. Seidl/Walter, 2000, S. 41)</li> <li>- <b>1910</b> - fünfjähriges Studium der Krankenpflege an der Universität Minnesota (vgl. Bischoff-Wanner, 2000, S. 30); erster eigenständiger Studiengang an der Universität von Minnesota (vgl. Seidl, 2005, S. 1)</li> </ul>
Großbritannien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1956</b> - erster Studiengang zur Grundausbildung in der Pflege an der Universität Edinburgh (vgl. Seidl/Walter, 1988, S. 102; vgl. Seidl/Walter, 2000, S. 43; vgl. Seidl, 2005, S. 1); akademischer Studiengang für berufserfahrene Pflegenden an der Universität von Edinburgh (vgl. van Maanen, 1996, S. 88)</li> </ul>
Tschechoslowakei	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1960</b> - Ausbildung zur Lehrschwester an der Karls-Universität in Prag (vgl. Seidl/Walter, 1988, S. 108); Prag (vgl. Hanzlíková, 2011, S. 57)</li> <li>- <b>1962</b> - Bratislava (vgl. Hanzlíková, 2011, S. 57)</li> </ul>
Belgien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1975</b> - Studium für Leitung und Ausbildung in der Krankenpflege an der Katholischen Universität Löwen (vgl. Seidl/Walter, 1988, S. 104)</li> </ul>
Niederlande	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1980</b> - Studium in sozialer Gesundheitskunde an der Universität Maastricht (vgl. Seidl/Walter, 1988, S. 106)</li> </ul>
Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1982</b> - Hochschulstudium in der Krankenpflege an der Humboldt-Universität zu Berlin (vgl. Seidl/Walter, 1988, S. 109)</li> </ul>
Österreich	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1999</b> - Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien</li> </ul>

Tabelle 6: Pflegewissenschaftliche Studiengänge

Anhand der Tabelle kann man erkennen, wann die Pflege in europäischen Ländern an die Universität angegliedert wurde. Die Vorreiterrolle hierbei hat, wie schon erwähnt, Großbritannien eingenommen. Auch die ehemaligen Ostblockstaaten haben schon früh erkannt, wie wichtig die universitäre Ausbildung in der Pflege ist.

Die verzögerte Entwicklung in den deutschsprachigen Ländern lässt sich vielleicht auch auf den Krieg zurückführen. Laut einer mündlichen Überlieferung von der Universität von Lyon hat man nach dem zweiten Weltkrieg, in den 50er und 60er Jahren, in drei Sprachen Pflegewissenschaft eingeführt. In der englischen Sprache war es Edinburgh, im slawischen Sprachbereich Lublin (Polen), kurz darauf Prag und im französischen Sprachbereich Lyon (vgl. Seidl, 2010).

In den „Gewinnerländern“ machte man somit in der Entwicklung der Pflege einen weiteren Schritt nach vorne. Die „Verliererländer“, so sagt man, wurden dabei übersehen. Noch dazu hat man es in den folgenden Jahren verabsäumt, die Ausbildung in der Pflege zu fördern.

Auch die Pflegepersonen selbst tragen einen Anteil an der langsamen Entwicklung bei (vgl. Seidl, 2010). Es gab und gibt immer noch viele Fragen und Probleme, mit denen auch Ängste und Unsicherheiten verbunden sind. So fürchteten diplomierte die Verdrängung durch akademisierte Pflegekräfte.

## 5.4. Akademisierungsversuche der Pflege in Österreich

### **Anfänge der Akademisierung in der Fort- und Weiterbildung**

Mitte der 70er Jahre führte die Akademie für Höhere Fortbildung in der Pflege die Pflegeforschung als Unterrichtsgegenstand für die Sonderausbildung für leitendes und lehrendes Krankenpflegepersonal ein. 1981 wurden im Rahmen der Sonderausbildungen für lehrendes und leitendes Krankenpflegepersonal erstmals kleine Forschungsprojekte durchgeführt. Diese wurden als „Jahresarbeiten“ vor Ausbildungsschluss vorgelegt. Im selben Jahr wurde die Verbindung mit der Medizinischen Fakultät intensiviert. Daraufhin erhielt die Akademie für Höhere Fortbildung in der Pflege die Zusage, die Sonderausbildung als

„Universitätslehrgänge für leitendes und für lehrendes Krankenpflegepersonal“ zu führen. Die Universitätslehrgänge waren vorerst zwei-semesterig und wurden ab dem Studienjahr 1984/85 auf vier Semester ausgedehnt, obwohl es nicht nur Zustimmung für diese gab. Nach jahrelangen Verhandlungen mit dem Bundesministerium für Wissenschaft und Kunst gelang es 1989, dass die AbsolventInnen des Universitätslehrganges die Berufsbezeichnung „Akademische/r Lehrer/in der Gesundheits- und Krankenpflege“ bzw. „Akademische/r Leiter/in des Pflegedienstes“ führen durften. In den Folgejahren wurden viele solcher Universitätslehrgänge eingerichtet und lösten somit die herkömmlichen Sonderausbildungen zur Gänze ab (vgl. Kriegl, 1999, S. 9 ff.).

### **Erstes Europäisches Treffen der PflegeforscherInnen in Uppsala**

1982 fand in Uppsala (Schweden) das erste europäische Treffen der PflegeforscherInnen statt, an dem auch eine Gruppe aus Österreich teilnahm. Hier wurde den österreichischen PflegeforscherInnen erstmals vor Augen geführt, wie es wirklich um die Entwicklung der österreichischen Pflegeforschung steht. Bis zu diesem Tag war man im Glauben, zwar nicht an der Spitze zu stehen, jedoch auch nicht das Schlusslicht zu bilden. Spanien z.B. hat man weit hinter Österreich vermutet. Durch dieses Treffen wurde jedoch klar, dass Österreich weit hinten zu finden ist (vgl. Seidl, 2010). In Großbritannien wurde bereits 1956 durch Lisbeth Hockey ein Institut für Pflegeforschung eingerichtet, im Osten Europas gab es in den 1960er Jahren bereits Studiengänge in verschiedenen Städten, im Norden betrieb Finnland schon 1944 Pflegeforschung an der Universität und im Süden ist Italien zu nennen, das 1982 die Pflegeforschung an die Universität brachte (vgl. Seidl, 2002, S. 28 f.).

Diese Tatsache war ein wichtiger Impuls für die weitere Entwicklung. Die österreichischen PflegeforscherInnen haben sich aufgrund dessen nun immer wieder zu Arbeitskreisen zusammengeschlossen, wo auch die MitarbeiterInnen des Rudolfinerhauses eine wichtige Unterstützung waren. Daraufhin hat sich ein kleiner Pflegeforschung-Verein gegründet, wo man mühselig von unten begonnen hat, die Pflegeforschung in Österreich zu etablieren (vgl. Seidl, 2010).

## **Fächerkombination Pflege in Graz**

Von 1984 bis 1986 realisierte die Karl-Franzens-Universität in Graz ein Projekt im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung. Dieses Projekt hatte das Ziel, Pflegewissenschaft im Rahmen einer Fächerkombination an der Universität, genau am Institut für Erziehungswissenschaften, zu etablieren. Im Vorfeld bot man Vorbereitungslehrgänge für diplomiertes Pflegepersonal an, damit diese die Berufsreifeprüfung ablegen und somit die Fächerkombination an der Universität besuchen können (vgl. Grazer Gesellschaft der Pflegewissenschaft, 2011).

Ein zweites Projekt, das wieder vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung in Auftrag gegeben wurde, konnte aufgrund der fehlenden Finanzierung nicht umgesetzt werden. Hier versuchte man 1990/91 Pflegewissenschaft als „zweite Studienrichtung“ an der Karl-Franzens-Universität einzurichten. Ziel dieses Studiums sollte die Vorbereitung für die wissenschaftliche Laufbahn in Lehr- und Führungsaufgaben im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sein (vgl. Grazer Gesellschaft der Pflegewissenschaft, 2011).

Obwohl die Bemühungen, die Pflege an die Universität zu bringen, vorhanden waren, war es immer zu wenig, um einen merklichen Aufschwung zu spüren. Jedoch war das Kombi-Studium Pflege und Pädagogik ein wichtiger Durchbruch. Erstmals ist es gelungen, eine pflegewissenschaftliche Vorlesung, wenn auch als Kombination, an die Universität zu bringen.

## **Lainz 1989**

Der Pflegeskandal von Lainz kam 1988 ans Licht, als die Stationsgehilfin Dora Eugenia Ferrada-Avendano ihrem Freund, dem Arzt Alois Waschnig, einen unglaublichen Verdacht äußerte. Sie erzählte ihm, dass im Pavillon V des Krankenhauses Lainz die Patienten mit Rohypnolspritzen „ruhiggestellt“ werden. Daraufhin werden die Oberärztin Dr. Salocher und der Primarius Pesendorfer informiert. Pesendorfer ordnete an, dass bei zweifelhaften Todesfällen im Pavillon V Blut- und Harnproben zu nehmen sind, worauf 1989 der Missbrauch von Insulin entdeckt wurde (vgl. Drechsler, 1991, S. 138).

In weiterer Folge wurden verstorbene Patienten exhumiert und nachträglich obduziert. Bei vielen konnte Wasser in der Lunge festgestellt werden, was das Resultat der sogenannten „Mundpflege“ war: Während eine Stationsgehilfin den Kopf des Opfers fixierte und diesem die Nase zuhielt, goss die andere ihm solange Wasser in den Mund, bis der Erstickungstod eintrat (vgl. Ohne Autor, 2011a). Im folgenden Prozess konnten den beiden Hauptverdächtigen 20 Morde und 19 Mordversuche nachgewiesen werden.

Der Prozess der „4 Todesengel von Lainz“ rief erhebliche Missstände im Pflegewesen hervor. Bis dahin war es üblich, dass Stationsgehilfinnen PatientInnen Injektionen verabreichen durften und manchmal auch mussten, das nach den Vorfällen von Lainz heftig diskutiert wurde. Doch hat sich nach dem Bekanntwerden dieser Zustände etwas verändert?

Seitens der Politik gab es viele mündliche Versprechen, die jedoch, nachdem sich die Medien nicht mehr mit den Vorfällen von Lainz beschäftigt haben, vergessen wurden. Einzig der damalige Wissenschaftsminister, der zuvor nichts von einer Akademisierung der Pflege wissen wollte, gab den Auftrag für ein Curriculum für die Pflegewissenschaft (vgl. Seidl, 2010).

Auch der Beruf der PflegehelferInnen ist erst nach den Vorkommnissen von Lainz entstanden. Die Stationsgehilfinnen, die „Vorgänger“ der PflegehelferInnen, hatten nach dem Bekanntwerden der Morde kein gutes Ansehen, so wie der gesamte Pflegeberuf. Da sie auch nicht gut ausgebildet waren (sie mussten lediglich innerhalb von zwei Jahren eine kurze Ausbildung absolvieren), wurde die Ausbildung reformiert und der Beruf der PflegehelferIn geschaffen.

Weiters reagierte man mit dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von 1997 auf die Beschuldigungen, dass die Tätigkeitsprofile nicht klar abgegrenzt waren. Durch die genaue Festlegung dieser ist nun eine klare Differenzierung vorhanden.

### **Das Kolleg für Gesundheits- und Krankenpflege in Krems**

Nach den Vorkommnissen von Lainz wollte die Bundesregierung die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung reformieren, indem man eine fünfjährige HLAGuK sowie ein sechssemestriges Kolleg in das höhere Schulwesen



integriert. Die Verantwortlichen der Krankenpflegeschule Krems zeigten schon sehr früh Interesse und schlossen, nachdem das KrankenpflegeG BGBl. Nr. 872/1992 novelliert und damit den Schülern, die die versuchsweise BHS erfolgreich abgeschlossen haben, die Berechtigung zur Berufsausübung zuerkannt wurde, die Vorbereitungsarbeiten für ein sechssemestriges Kolleg am 22. April 1993 ab, obwohl die schulgesetzlichen Änderungen noch nicht erfolgt waren (vgl. Fürstler, 1997, S. 37 ff.).

Anfang Mai 1993 erhielt die Krankenpflegeschule in Krems die Nachricht, dass die Landesfinanzreferenten die geplanten Schulversuche abgelehnt haben. Somit wurden auch die schulgesetzlichen Änderungen im Nationalrat nicht beschlossen (vgl. Fürstler, 1997, S. 40).

Ohne die schulgesetzlichen Änderungen konnte man den Schulversuch jedoch nicht beginnen und die gesamte Vorbereitung wäre umsonst gewesen. Dies wäre nicht nur für die Schule und deren Personal kontraproduktiv gewesen, sondern vor allem für die SchülerInnen, die im folgenden Schuljahr mit dem Kolleg beginnen wollten.

Eine Woche später informierte das Amt der NÖ Landesregierung die Krankenpflegeschulen, dass die Kollegs als Privatschulen nach den Bestimmungen des PrivSchG zu führen sind. Demzufolge hat das Kolleg in Krems am 15. September 1993 mit 19 MaturantInnen ohne ministerielle Genehmigung den Unterrichtsbetrieb aufgenommen. Laut der Direktorin konnte es ein „Zurück“ auch nicht mehr geben, da man den SchülerInnen die Aufnahme bereits zugesichert hatte (vgl. Fürstler, 1997, S. 40 f.).

Auch wenn man so den Unterrichtsbetrieb „retten“ konnte, war es sicher keine einfache Situation. Keiner wusste, wie es nun weitergehen wird. Können die SchülerInnen das Kolleg auch abschließen? Hat man mit der Absolvierung des Kollegs Chancen am Arbeitsmarkt? Diese Fragen und auch Ängste wurden erst am 23. Dezember 1994, nachdem man mit einem zweiten Jahrgang, diesmal als MaturantInnenlehrgang, begonnen hat, genommen. Denn an diesem Tag kam die ersehnte Bewilligung zur Führung des Schulversuchs.

Im Herbst 1995 wurde schließlich mit dem dritten Jahrgang „Kolleg für Gesundheits- und Krankenpflege“ begonnen, wobei nun für alle AbsolventInnen die Berufsberechtigung gesichert war (vgl. Fürstler, 1997, S. 76).

Nachdem das jahrelange „Hick-Hack“ nun zu Ende war kam im Mai 1996 die Nachricht, dass der Schulversuch mit dem Schuljahr 1997/98 auszulaufen hat.

Es ist anzunehmen, dass wieder finanzielle Probleme der Auslöser für das Ende dieses Schulversuchs waren. Doch auch diese Schulversuche kosten Geld und vor allem wurde schon sehr viel Engagement und Arbeit investiert.

Ein weiterer Nachteil besteht darin, je mehr Schulversuche es gibt, umso mehr verschiedene Abschlüsse gibt es in der Gesundheits- und Krankenpflege. Folglich auch unterschiedliche Qualifikationen, die zu einer Verwirrung führen können.

### **Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung**

1989 rief der damalige Wissenschaftsminister Dr. Busek eine Kommission ein, die den Auftrag erhielt, ein Curriculum für ein pflegewissenschaftliches Studium zu entwickeln. Es wurde dem Nationalrat auch vorgelegt, jedoch nicht verwirklicht. Nach zähen Verhandlungen wurde Anfang 1992 zumindest das Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung an der Universität Linz gegründet (vgl. Seidl, 2002, S. 29 f.).

Es gliedert sich in zwei Abteilungen, nämlich in die Abteilung für Gesundheitssystemforschung in Linz, dessen Leitung Dr. Reli Mechtler inne hat, und in die Abteilung für Pflegeforschung in Wien unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl.

Da die bereits von der öffentlichen Hand zugesagten Mittel nicht gewährt wurden, wird das Forschungsinstitut bis heute drittmittelfinanziert (vgl. Seidl, 2002, S. 30).

Obwohl nun auch in Österreich Pflegeforschung aktiv betrieben wird, waren die dazugehörigen Studiengänge zur damaligen Zeit noch nicht vorhanden. Somit wurde zwar geforscht, der Forschungsnachwuchs konnte jedoch nicht in Österreich ausgebildet werden.

Seit 31.12.2011 gibt es das Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung nicht mehr. Es wurden jedoch alle Inhalte archiviert und sind nun unter [www.oegvp.at](http://www.oegvp.at) zu finden.

### **Erste Schritte in Richtung Akademisierung in der beruflichen Erstausbildung**

Nach den Anfängen der Akademisierung in der Fort- und Weiterbildung Mitte der 80er-Jahre, kam es in den folgenden Jahren zu keinen gravierenden Veränderungen in Richtung Akademisierung. Erst das neue GuKG von 1997 brachte die österreichische Pflege einen Schritt weiter.

Hier wurde erstmals das Unterrichtsfach „Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung“ mit einem Stundenausmaß von 80 Unterrichtsstunden, verteilt auf die drei Ausbildungsjahre, in den Rahmenlehrplan aufgenommen. Mit dieser Änderung stand man sich auch erstmals ein, dass die Pflege eine eigenständige Disziplin ist, die der Erforschung bedarf (vgl. Kriegl, 1999, S. 10).

Außerdem wurden im Zuge des GuKG 1997 auch die Pflegedokumentation, die Pflegeplanung und die gesundheitsfördernde Beratung festgelegt. Dadurch hat der Pflegeberuf neue Formen angenommen und auch mehr Sicherheit bekommen.

### **Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft**

Nachdem die Politik keine große Hilfe war, Pflegewissenschaft an die Universität zu bringen, kam eine große Initiative von den Pflegenden selbst. Sie haben einen Arbeitskreis zusammengestellt, der sich nur von Pflegepersonen und Professor Guttman, der die Ringvorlesung im Rahmen der Psychologie ermöglicht hat, zusammengesetzt hat. Die Pflegepersonen reagierten mit einem regelrechten Ansturm auf diese erste universitäre Veranstaltung (vgl. Seidl, 2002, S. 32). An die 150 Personen kamen dem Vorschlag, eine Vorlesung an der Universität, die offen für alle Studierende war, einzuführen, nach und besuchten diese im Wintersemester 1998/99. Sie wollten sich jedoch nicht mit dem Besuch dieser Lehrveranstaltung zufrieden geben und hatten das Ziel weiterzustudieren. Somit begannen die ersten

Bemühungen, die Universität Wien für ein Regelstudium der Pflegewissenschaft zu gewinnen.

Etwa zur selben Zeit hatte Univ.-Prof. Doktor Weber die Idee, dass die Universität Wien mithilfe des §17 des Universitätsstudiengesetzes (jeder ordentliche Studierende kann aus dem bestehenden Lehrveranstaltungsangebot der Universität beliebig Fächer kombinieren und zur Genehmigung als Individuelles Studium einreichen) Studienpläne erstellen könnte, damit dem Wunsch nach gewissen Studien Rechnung getragen werden kann (vgl. Rappold, 2001, S. 17). Dies war ein wichtiger Schritt für die Akademisierung der Pflege, da bis dahin immer ein Kombi-Studium angestrebt wurde, und es jetzt zu einem Einzelstudium kam. Der Nachteil eines Individuellen Studiums ist, dass der Universität keine zusätzlichen Kosten durch neue Lehrveranstaltungen entstehen dürfen.

Doch Frau Seidl und Frau Walter wollten sich nicht damit zufrieden geben, dass aus verschiedenen Fächern etwas zusammengestellt und es dann „Pflege“ genannt wird, obwohl es Herr Prof. Weber, der eine wichtige Unterstützung für die beiden war, wahrscheinlich sogar bewilligt hätte, damit einmal Fuß gefasst werden kann (vgl. Walter, 2010). *„So ganz geht das aber wirklich nicht. Also ein paar Lehrveranstaltungen muss es geben, die wirklich nur Pflege sind und nichts anderes.“* (Walter, 2010). Diese neuen Lehrveranstaltungen mussten, wie schon erwähnt, selbst finanziert werden. Frau Wimmer-Puchinger (Frauengesundheitsbeauftragte von Wien) hat hierbei seitens der Politik geholfen. Somit konnten das Rote Kreuz und die Caritas als Finanziers des Lehrstuhles gewonnen werden (vgl. Walter, 2010).

Wie wichtig das IDS Pflegewissenschaft ist, zeigte sich bereits im Wintersemester 1999/2000. Mit Ende der ersten Inskriptionsfrist gab es 42 Studierende des IDS Pflegewissenschaft.

Das IDS Pflegewissenschaft ist ein achtsemestriges Diplomstudium, das mit dem Magister abschließt. Die AbsolventInnen werden befähigt, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in ExpertInnen- und Leitungsfunktionen in den Praxisfeldern der Pflege

umzusetzen. Außerdem stehen ihnen Lehrfunktionen sowie Tätigkeiten im Bereich der Forschung offen (vgl. Peter, 2005, S. 36).

Aufgrund der Veränderungen der Ausbildung läuft das IDS Pflegewissenschaft am 30.4.2013 an der Universität Wien aus (vgl. Institut für Pflegewissenschaft, o.J.) und wird in ein ordentliches Studium mit Bakkalaureat, Master und Doktorat überführt.

### **2in1-Modell Pflege**

Die Kombination „2in1“ dauert um ein Semester länger als die Diplombildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und bietet parallel zur fundierten theoretischen und praktischen Ausbildung einen wissenschaftlichen Zugang zu Themen der Pflege (vgl. OÖ Gesundheits- und Spitals-AG, o.J.). Somit hat man nach sieben Semestern (3 ½ Jahre) das Diplom der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege sowie den Bakkalaureatsabschluss in der Pflegewissenschaft erlangt.

Das Studium beinhaltet also eine fundierte theoretische und praktische Ausbildung vor dem Hintergrund einer wissenschaftlichen Basisbildung. Zugangsvoraussetzung ist die Matura, Berufsreifeprüfung oder Studienberechtigungsprüfung (vgl. Ohne Autor, 2011b).

Das 2in1-Modell Pflege sollte jedoch nur eine Zwischenlösung sein, die man in der Zukunft strukturbereinigen muss (vgl. Kriegl, 2011). Dieses Modell war und ist zwar sehr wichtig, um die Entwicklung der Akademisierung der Gesundheits- und Krankenpflege voranzutreiben, doch in Zukunft sollte die Ausbildung für die Gesundheits- und Krankenpflege eine eindeutige Hochschulausbildung sein.

### **Bachelor-Studiengang Pflegewissenschaft**

Seit 2008 kann man auch in Österreich die Grundausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege an einer Fachhochschule absolvieren. Vorreiter hierfür ist die FH Campus Wien. Möglich wurde diese Form der Ausbildung durch die Fachhochschul-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung (FH-GuK-AV), die am 16. Juni 2008 in Kraft trat. Mit dieser Verordnung wird die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege klar in den hochschulischen Sektor gehoben. Somit

ist diese international vergleichbar, da neben dem akademischen Abschluss auch die Berufsberechtigung vergeben wird.

Der Bachelor Studiengang, der sechs Semester dauert, zeichnet sich durch eine praxisnahe und wissenschaftlich fundierte Ausbildung aus. Es werden Kenntnisse aus der angewandten Gesundheits- und Krankenpflege, der Pflegewissenschaft, den Bezugswissenschaften sowie wirtschaftliche, rechtliche und ethische Grundlagen, die zu einer Entwicklung der wissenschaftlich fundierten Gesundheits- und Krankenpflege erforderlich sind, vermittelt (vgl. Engel, 2009, S. 24). Während der dreijährigen Ausbildung sind auch Praktika, die unumgängliche Voraussetzung für die Erlangung der Berufsberechtigung sind, zu absolvieren. Diese waren auch der ausschlaggebende Punkt, warum die Bachelor-Ausbildung an der Fachhochschule und nicht an der Universität stattfindet.

Die öffentlichen Universitäten haben, bis auf wenige Ausnahmen, freien Hochschulzugang, wodurch eine praxisorientierte Grundausbildung verhindert wird, da Praktikumsplätze nur begrenzt zur Verfügung stehen (vgl. Rappold, 2008, S. 147). Eine Möglichkeit wären die medizinischen Universitäten gewesen, die aufgrund ihrer Anbindung an ein Krankenhaus wahrscheinlich genügend Praktikumsplätze zur Verfügung hätten.

Die Bachelor-Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege ist ein erster wichtiger Schritt zur Akademisierung der Ausbildung, wenngleich auch Gefahren damit verbunden sind. Momentan kann man in Österreich die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege auf zwei völlig unterschiedliche Weisen absolvieren: Entweder an diversen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, die ohne Maturaabschluss möglich ist, oder durch ein Fachhochschulstudium. Durch diese Parallelführung der Ausbildung auf gänzlich unterschiedlichen Ausbildungsniveaus besteht natürlich die Gefahr der Hierarchisierung (vgl. Fachhochschulrat, 2010, S. 1).

Doch erst, wenn der überwiegende Teil an einer Fachhochschule ausgebildet wird, kann man von einer erfolgreichen Akademisierung sprechen. Und erst wenn das erreicht ist, muss man sich überlegen, welche Nachqualifizierungen für das diplomierte Pflegepersonal angemessen sind.

## **Master-Studiengang Pflegewissenschaft**

Aufbauend auf ein fachlich in Frage kommendes Bachelor-Studium kann man ein Master-Studium der Pflegewissenschaft inskribieren. In Österreich bieten dieses mittlerweile einige Universitäten an. An der Universität Wien kann man ab dem Wintersemester 2011/12 den Master in der Pflegewissenschaft erlangen.

Der Studiengang dauert vier Semester und dient der Vertiefung und Erweiterung der Kenntnisse, die im Bachelor-Studium erworben wurden. Mit dem Studium sollen die AbsolventInnen zur eigenständigen Planung, Organisation, Durchführung und Evaluierung von Pflegeforschungsprojekten sowie zu Projekten, welche auf die Umsetzung von Forschungsergebnissen abzielen, befähigt werden (vgl. Institut für Pflegewissenschaft, o.J.). Ein weiteres Ziel ist die wissenschaftliche Begründung der Pflegepraxis, womit auch zur weiteren Professionalisierung des Berufes beigetragen wird. Außerdem bildet das Studium die AbsolventInnen, je nach inhaltlicher Schwerpunktsetzung, in den Gebieten Forschung, Lehre und Management aus (vgl. Medizinische Universität Graz, o.J.).

Der Masterstudiengang Pflegewissenschaft steht in Österreich noch in den Anfängen, daher kann man noch keine signifikante Beurteilung darüber abgeben. Vorrangiges Ziel muss daher sein, diesen Studiengang zu festigen. Erst wenn dieser fixer Bestandteil an österreichischen Universitäten ist, kann man beginnen, die Sonderausbildungen in den Masterstudiengang zu integrieren. Dies wird vermutlich, nach internationalem Vorbild, mit Modulen vor sich gehen. Neben den verpflichtenden Modulen werden zusätzliche Module angeboten, die variabel zu wählen sind. Mit diesen kann man sich auf ein gewünschtes Fachgebiet spezialisieren.

## **Doktorat**

Nach dem erfolgreichen Abschluss eines Master-Studiums ist es möglich, sich mittels eines Doktoratsstudiums wissenschaftlich zu vertiefen. Doktoratsstudien, die mindestens drei Jahre dauern, sind ausschließlich den Universitäten vorbehalten.

Mit den erlernten Fähigkeiten können die Absolventen zur Entwicklung der Pflegewissenschaft beitragen (vgl. Medizinische Universität Graz, o.J.), sowie einen selbstständigen Beitrag zur Forschung leisten (vgl. UMIT, o.J.).

Erst nach dem erfolgreichen Abschluss eines Doktoratsstudiums ist man berechtigt, selbstständig zu forschen.

Doch wenn nicht genügend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht, das zur selbstständigen Forschung berechtigt ist, kann auch keine ausreichende Forschung stattfinden. Daher ist es sehr wichtig, dass die Pflege akademisiert wird, damit genügend ForscherInnennachwuchs vorhanden ist.



## 5.5. Veränderungen in der Pflege

Der sozio-demographische Wandlungsprozess sowie Entwicklungsdynamiken im Pflegeberuf führen zu Veränderungen im Gesundheitssektor. An die Pflege werden neue Anforderungen gestellt, deren Umsetzung eine große Herausforderung darstellt. Diese sind nur durch neue Handlungsfelder und folglich durch die Erweiterung des Kompetenzbereiches der Pflegepersonen zu bewältigen. Vor allem das Schnittstellenmanagement zwischen dem Krankenhaus und dem extramuralen Bereich wird immer wichtiger. Hier wird gut ausgebildetes Pflegepersonal von erheblicher Bedeutung sein, damit man diesen Anforderungen gerecht werden kann.

Stefan Görres hat dieses Problem aufgegriffen und eine Delphi-Studie zum Thema „Innovative Potenziale und neue Handlungsfelder für zukünftige Dienstleistungen in der Pflege“ durchgeführt, in der sich vier Aufgabenfelder für die zukünftige Entwicklung pflegerischer Dienstleistungen als wesentlich erwiesen:

1. Beratung/Information
2. Gesundheitsförderung/Prävention/Rehabilitation
3. Management
4. Koordination/Vernetzung/Kooperation (vgl. Görres, 2004, S. 105).

Anschließend möchte ich auf die vier Aufgabenbereiche näher eingehen und jeweils ein Beispiel für die Umsetzung dieser angeben.

### 5.5.1. Beratung/Information

In diesem Bereich erwarten Experten den größten Markt für Pflegende (vgl. Görres, 2004, S. 105).

Die Beratung kann auf zwei Ebenen erfolgen. Einerseits auf der Mikroebene, in der sich die Beratung direkt an den Menschen, sprich an PatientInnen, KlientInnen, BewohnerInnen und Angehörige, richtet und andererseits wird die Beratung von Organisationen und Institutionen auf der Makroebene an Bedeutung zunehmen.

Beispiele hierfür sind Pflege- und Krankenkassen, Gesundheitsämter oder auch Kindergärten und Schulen (vgl. Hasseler/Görres, 2004, S. 125).

Informationen werden vor allem mittels Broschüren, Printmedien, Publikationen und über die Telekommunikation übermittelt (vgl. Görres, 2004, S. 108).

Für allgemeine Informationen ist der Weg mit Broschüren etc. sicher der richtige, da sie für jedermann zugänglich und mit wenig Aufwand und Kosten verbunden sind. Braucht jemand jedoch individuelle Beratung, ist ein persönliches Gespräch unabdingbar. In einem persönlichen Gespräch kann die BeraterIn viel mehr über die Pflegeperson erfahren und sich dadurch auch ein besseres Bild verschaffen, als würde die hilfeschuchende Person sich über das Internet Informationen einholen.

Hier ist es auch sehr wichtig, dass sich die Pflegenden in multiprofessionelle Teams des Gesundheitssektors integrieren, damit man die Personen, die Unterstützung benötigen, richtig und professionell beraten und gegebenenfalls weiterleiten kann.

Auch das immer häufigere Problem der Überleitung an der Schnittstelle stationär-ambulant erfordert ein gutes Teamwork der Gesundheitsberufe. Hier hat sich die Pflege einzubringen.

Vor allem in der Hauskrankenpflege und anderen nicht konventionellen Pflegebereichen stellen Informations- und Beratungsaufgaben einen wesentlichen Anteil ihrer Tätigkeit dar. Beratung wird derzeit jedoch eher zufällig durchgeführt, meistens fehlen Konzepte und Systematik (vgl. Gugerell, 2003, S. 17).

Um eine klienten- und zielorientierte Beratung durchführen zu können, benötigen Pflegepersonen bestimmte Grundvoraussetzungen wie Wissen, Können, Methodik und einen bestimmten Zugang zu dieser Aufgabe. Des Weiteren sind entsprechende Rahmenbedingungen für eine effiziente Beratung erforderlich (vgl. Gugerell, 2003, S. 17).

Dies wird z.B. auch schon dadurch sichtbar, dass sich die derzeitigen Zeitberechnungen im Pflegebereich ausschließlich auf die Durchführung von Tätigkeiten beziehen, jedoch keine Zeitangaben für die Unterstützung, Beratung, Anleitung und Schulung von Klienten vorsehen. Solange dieses Muster in der Pflege

vorherrscht, werden Pflegepersonen nur sehr schwer ihren Anspruch auf die Aufgabe der Pflegeberatung, Information und Schulung klarlegen können (vgl. Gugerell, 2003, S. 17).

### **Bsp.: Pflege Hotline des Land NÖ**

Die Pflegehotline ist eine Servicestelle für BürgerInnen, die organisatorische Hilfe im Pflegebereich benötigen. Die MitarbeiterInnen geben kostenlos Informationen weiter und helfen Kontakte zu knüpfen. Die Hotline hilft jedoch nicht bei pflegerischen Fragen konkret, sondern leitet die KlientInnen zu den entsprechenden Stellen weiter (vgl. Heilig, 2011).

Die MitarbeiterInnen der Pflegehotline haben keine spezielle pflegerische Ausbildung, es wurde jedoch bei der Aufnahme besonderes Augenmerk auf gewisse Fähigkeiten, wie Beratungskompetenz, gelegt. Die Hotline ist hauptsächlich Informationsdrehscheibe bezüglich Antragstellung für das Pflegegeld, Aufnahmeverfahren in ein Pflegeheim, Legalisierung bzw. Förderung einer 24-Stunden Betreuung und auch Unterstützung für pflegende Angehörige (vgl. Heilig, 2011).

Neben den telefonischen Beratungen (zwischen 2006-2010 über 55.000) werden diese auch in den Büroräumlichkeiten (Landesregierung St. Pölten) und in privaten Haushalten vor Ort getätigt (zwischen 2006-2010 ca. 1000) (vgl. Heilig, 2011). Da es jedoch nur eine Beratungsstelle in ganz NÖ gibt, ist es den MitarbeiterInnen nicht möglich, ähnlich wie in der Hauskrankenpflege, zu allen KlientInnen nach Hause zu kommen.

Dieses Angebot des Land NÖ ist der Beginn eine kostenlose Pflegeberatung zu etablieren. Für Menschen, die rein organisatorische Fragen haben, ist sie auch sicher ausreichend. Doch da immer noch ca. 80% der Pflegebedürftigen von pflegenden Angehörigen gepflegt werden, sollte man dieses Service ausbauen. Pflegende Angehörige leisten Enormes, haben jedoch oft nicht die Kompetenzen, richtige pflegerische Entscheidungen zu treffen. Viele nutzen vielleicht auch das Angebot der extramuralen Pflege nicht, weil dies oft nicht nötig ist. Doch es kann

auch Unerwartetes eintreten, wo man rasch eine kompetente Beratung und Hilfe benötigt.

Deswegen sollten meiner Meinung nach auch ExpertInnen der Pflege für die Pflegehotline tätig sein, die bei solchen Fällen rasch helfen und unterstützen können. Diese müssen nicht unbedingt in der Zentrale in St. Pölten engagiert sein, sondern können auch in ganz NÖ verstreut tätig sein. Wenn ihr Rat gefragt ist, leitet die Zentrale die KundInnen zur entsprechenden Fachperson weiter.

Diese rasche, kompetente Hilfe ist meiner Meinung nach vor allem für pflegende Angehörige absolut notwendig. In meiner Familie wurde selbst lange meine Oma gepflegt, und wir hatten nicht nur einmal die Situation, dass sie stürzte und wir Hilfe benötigten.

Hier war die Wartezeit auf den Hausarzt bzw. die Rettung, die einem in solch einer Situation endlos lange vorkommt, und die Ratlosigkeit, was man tun kann, oft mit einer größeren Belastung verbunden, als der Sturz selbst.

In solchen Situationen kann eine fachlich kompetente Hotline sicher weiterhelfen. Es könnten hier auch Kosten eingespart werden, weil man unter fachkundiger Anleitung vielleicht die Pflegeperson selbst versorgen kann und somit keine Rettung gerufen werden muss.

Es ist jedoch absolut notwendig, dass für pflegerische Fragen ExpertInnen vorhanden sind.

### **5.5.2. Gesundheitsförderung/Prävention/Rehabilitation**

In diesem Aufgabenbereich stehen vor allem die Entwicklung präventiver Konzepte und die Prävention von Pflegebedürftigkeit im Vordergrund (vgl. Görres, 2004, S. 108).

Für diese Tätigkeiten sind Pflegepersonen besonders geeignet. Dies zeigt sich in anderen Ländern, in denen Pflegepersonen diese Tätigkeiten bereits ausführen. Die Wichtigkeit präventiver Konzepte wird sich auch durch verminderte Kosten im

Gesundheitssystem bestätigen. Durch die frühere Erkennung der Krankheiten kann man früher behandeln und somit oft den Behandlungszeitraum verkürzen.

### **Bsp.: Sturzprävention**

Stürze bestimmen das ganze Leben, von jung bis alt. Aber vor allem im hohen Alter sind Stürze oft der Beginn der Pflegebedürftigkeit. Ich habe dies selbst bei meiner Oma miterlebt, wenn die Füße einfach keine Kraft mehr haben und nachgeben.

Hier ist die Sturzprävention von erheblicher Bedeutung. Sie beschäftigt sich mit Maßnahmen, welche gezielt eingesetzt Stürze verhindern bzw. Sturzfolgen minimieren können. Diese Maßnahmen betreffen den Menschen selber, aber auch das häusliche Umfeld unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Ressourcen (vgl. Ellinger, o.J.).

Wichtig hierbei ist ein Beratungsgespräch, wo die SturzberaterIn die Risiken im Haus und auch die Schwierigkeiten der PatientIn erfährt, sowie ein gezieltes Bewegungsprogramm, das auf jede PatientIn individuell abgestimmt werden muss. Vor allem bei älteren Menschen ist es wichtig, dass durch das Bewegungsprogramm die Muskel und der Gleichgewichtssinn gestärkt werden.

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass der direkte Zugang zu den pflegebedürftigen Personen bzw. deren Angehörigen unbedingt notwendig ist, damit sie Hilfe annehmen. Viele wissen nicht, welche Angebote es in Österreich gibt und wie sie diese nutzen können. Deswegen fände ich es sinnvoll, wenn die SturzberaterIn eng mit anderen Gesundheitsberufen, vor allem aber mit HausärztInnen kooperieren würde. Die HausärztInnen wissen oft am besten, wie gefährdet die PatientInnen sind und sollten sie gegebenenfalls weiterleiten.

### **5.5.3. Management**

Hier erwarten Experten, dass Pflegende bereits etablierte Formen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagement übernehmen und reorganisieren, sowie Konzepte der Gesundheitslogistik, wie Case- und Care-Management umsetzen (vgl. Görres, 2004, S. 108).

Es ist wichtig, dass die Pflege Verantwortung übernimmt und das vernetzte Denken, das auf dieser Ebene verlangt wird, leistet und es nicht, wie in der Vergangenheit so oft, anderen Berufen des Gesundheitswesens, speziell den Ärzten, überlässt. Die Pflegepersonen müssen hier selbstbewusst agieren und zeigen, dass sie das können.

### Bsp.: Case- und Care-Manager

Trotz der guten medizinischen Versorgung in Österreich stehen viele Menschen oft ratlos an den Schnittstellen unseres Gesundheits- und Betreuungssystems. Aus diesem Grund hat sich in der Pflege ein Zweig entwickelt, der sich mit genau diesen Problemen an den Schnittstellen auseinandersetzt (vgl. Lottersberger, 2008, S. 6).

Das sogenannte Case- und Care-Management unterstützt Pflegebedürftige bei genau dieser Problematik der Schnittstellen.

Da vor allem die Schnittstelle stationär-ambulant mit vielen Problemen behaftet ist, möchte ich eine Grafik von Christine Weidenauer (2000) anführen, die dies sehr gut zum Ausdruck bringt.

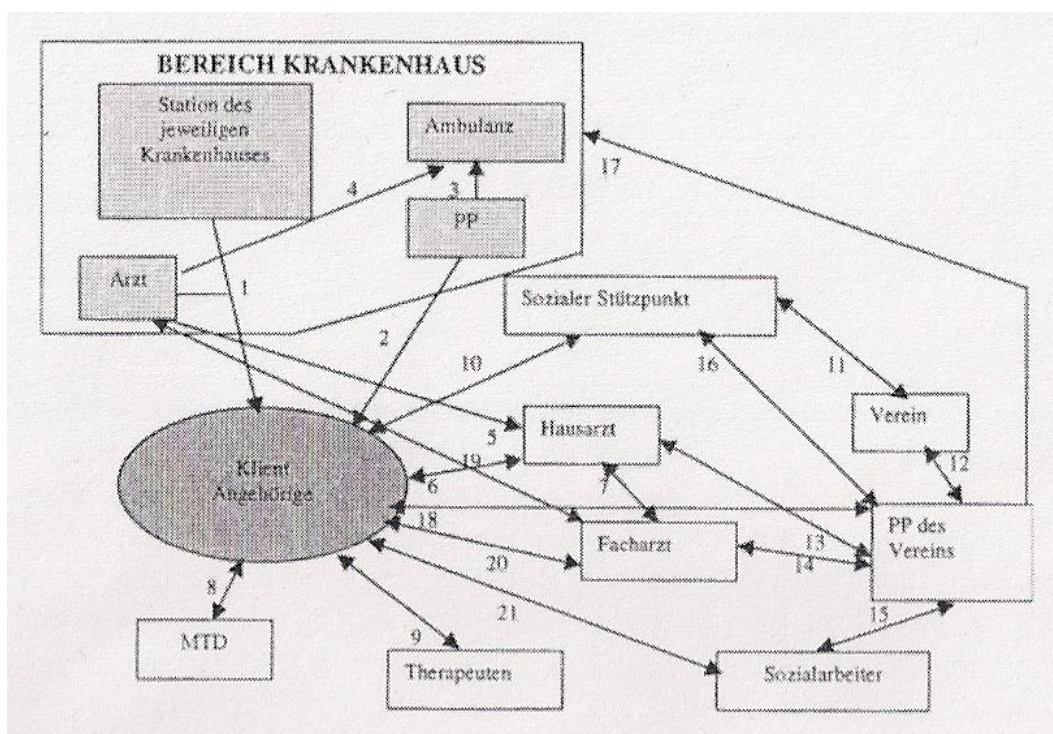


Abb. 7: schematische Darstellung der Krankenhausentlassung (vgl. Weidenauer, 2000, S. 99)

Wie man in der Grafik erkennen kann, muss sich eine KlientIn bzw. ihr Angehöriger nach der Entlassung aus dem Krankenhaus im „Dschungel der Angebote“ zurechtfinden. Es sind sehr viele Wege zu absolvieren, die die KlientIn oft alleine nicht mehr bewältigen kann. Auch die pflegenden Angehörigen würden sich sicher ein besseres Schnittstellenmanagement in diesem „Wirr-Warr“ wünschen. Die Wege, die nach der Spitalsentlassung zurückgelegt werden müssen, sollten klar sein. Außerdem wäre es wichtig, dass man EINE Ansprechperson hat, die bei Fragen zur Verfügung steht und weiterhilft. Diese Ansprechperson ist im Idealfall eine Case- und Care-ManagerIn. Dadurch haben auch Menschen, die nicht so versiert sind, die gleichen Voraussetzungen wie jene, die mit der Materie vertrauter sind.

Die Case- und Care-ManagerIn begleitet die PatientIn durchgängig im Pflegeprozess und steht mit Rat und Tat zur Seite. Wichtig hierbei ist die Zusammenarbeit mit den PatientInnen sowie natürlich das Zusammenwirken in multiprofessionellen Teams. Ohne gute Zusammenarbeit ist es nicht möglich, eine gesamte pflegerische Versorgungsplanung zu verwirklichen.

Ziel des Case- und Care-Managements ist die Herstellung einer bedarfsgerechten Versorgung, die Vermeidung von Fehl-, Unter- und Überversorgung, einen Beitrag zur Kostenbegrenzung zu leisten sowie patienten- bzw. konsumentenorientiert zu handeln (vgl. Deufert, 2009, S. 6).

*„Es gibt nichts Mächtigeres als eine Idee, deren Zeit gekommen ist.“ (Victor Hugo).*

Dieses Zitat, das auf der Homepage der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management zu finden ist, bringt sehr deutlich auf den Punkt, dass das Case- und Care-Management sehr wichtig für die Zukunft ist. Wenn man bedenkt, dass es schon in den 1960er-Jahren ein ähnliches Modell in den USA (nurse practitioner) gegeben hat und in Großbritannien bereits in den 1990er-Jahren das Care-Management Fuß gefasst hat (vgl. Deufert, 2009, S. 3 ff.), wird einem klar, dass Österreich wieder einmal eines der Schlusslichter bildet.

In Österreich erfolgte die Konzeptentwicklung für eine Aus- und Weiterbildung zu „Case and Care ManagerInnen“ erst 2001 (vgl. Mayr/Lehner, 2008, S. 56).

#### **5.5.4. Koordination/Vernetzung/Kooperation**

Kooperation in multiprofessionellen Teams wird zukünftig immer wichtiger. Langfristig gesehen werden dem Leistungsempfänger Gesundheits- und Behandlungszentren zur Verfügung stehen, in denen die jeweiligen Akteure, z.B. Ärzte, Pflegedienste, Sozialarbeiter und Physiotherapeuten, ihre Dienstleistungen bündeln (vgl. Görres, 2004, S. 108).

Dies wäre eine enorme Erleichterung für alle beteiligten Personen. Einerseits für die PatientInnen, die alle wichtigen Dienstleistungen in unmittelbarer Nähe haben und sich dadurch lange Wege ersparen können, und andererseits auch für die jeweiligen Akteure selbst, um besser zusammenarbeiten können.

#### **Bsp.: Zentrale Informationsstelle**

Da ich hier im Zuge meiner Recherchen kein geeignetes Beispiel aus Österreich gefunden habe, möchte ich eine mögliche Umsetzung anführen.

Meiner Meinung nach wäre es ideal, wenn sich solche Gesundheits- bzw. Behandlungszentren an Krankenhäuser ansiedeln, die ja oft schon als Gesundheitszentren bezeichnet werden. Es sollten hier angefangen von Case- und Care-ManagerInnen über SturzberaterInnen und WundmanagerInnen auch Sozialdienste und SozialarbeiterInnen angesiedelt sein. Die PatientInnen sollten nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus alle Möglichkeiten gleich bei der Hand haben. Somit können sie alles Erforderliche bereits während ihrem Aufenthalt im Krankenhaus erledigen und haben, wenn sie nach Hause kommen, alle notwendigen Hilfsmittel. Meistens erledigen diese Dinge jedoch die pflegenden Angehörigen, die manches mit einem Besuch ihrer Angehörigen im Krankenhaus verknüpfen könnten und ihnen somit zusätzliche Belastungen durch lange Wege genommen werden würde.

Das Gesundheitszentrum ist natürlich nicht nur für Personen, die aus dem Spital entlassen werden zugänglich, sondern für alle, die pflegerische Unterstützung benötigen. Die Ansiedlung an ein Krankenhaus habe ich deswegen gewählt, weil im



Krankenhaus bereits viele Gesundheitsberufe angesiedelt sind, die man somit kostengünstig in eine Abteilung zusammenführen könnte.

Wichtig wäre auch, dass zuerst eine Case- und Care-ManagerIn den „Fall“ annimmt, um anschließend zu den richtigen und sinnvollen Stationen weiterzuleiten.

### **5.5.5. Resümee**

Aufgrund der Veränderungen an die Anforderungen an Pflegepersonen sind diese mit neuen Herausforderungen konfrontiert. Diese sind jedoch nur durch die Kompetenzerweiterung zu bewältigen. Somit ist eine grundlegende Veränderung der Ausbildungsmöglichkeiten im Pflegesektor absolut notwendig.

Die vier Aufgabenfelder, die nach Görres (2004) wesentlich für die künftige Entwicklung pflegerischer Dienstleistungen sind, erfordern ebenfalls ExpertInnenwissen. Wichtig ist, dass diese ein umfangreiches Wissen aus jedem pflegerelevanten Bereich besitzen und sich im Zuge einer Sonderausbildung auf einen Fachbereich spezialisieren. Nur so kann ein vernetztes Denken gewährleistet werden.

## 6. Schlussfolgerungen

Hier möchte ich Schlussfolgerungen aus meiner Arbeit ziehen und die Forschungsfragen explizit beantworten.

### 6.1. Akademisierung der Pflege - Wozu?

Die Frage, ob die Pflege akademisiert werden soll, stellt sich Gott sei Dank nicht mehr. Die Anfänge sind getan, obwohl es immer noch Kritiker der Akademisierung der Pflege gibt. Meiner Meinung nach hauptsächlich, weil die meisten nicht wissen, warum es absolut notwendig ist, die Pflege zu akademisieren und damit vielleicht auch noch nicht konfrontiert wurden. Deswegen möchte ich die Gründe für die Akademisierung der Pflege, die ich in meiner Diplomarbeit herausgefunden habe, noch einmal zusammenfassen.

Es ist für jeden sichtbar, dass Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur zu verzeichnen sind. Auch Entwicklungsdynamiken in den Gesundheitsberufen sind spürbar. Aufgrund dessen sieht sich der Gesundheitssektor, und dabei ganz speziell der Pflegesektor, mit neuen Herausforderungen konfrontiert. Es werden neue Anforderungen an das Pflegepersonal gestellt, die nur mit einer Kompetenzerweiterung zu bewältigen sind. Folglich muss man die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege reformieren. Mit der derzeitigen Ausbildung können weder die Tätigkeitsprofile, die im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (1997) festgelegt worden sind, noch die zukünftigen Anforderungen an das Pflegepersonal erfüllt werden. Bis jetzt fehlen Personen mit ausreichender Qualifizierung. Somit ist die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nicht sichergestellt.

Ein weiterer Punkt ist der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich der Pflege. Sie ist in diesem letztverantwortlich, hat somit wichtige Entscheidungen zu treffen. Jedoch wird dies in der jetzigen Ausbildung nicht berücksichtigt, obwohl alle anderen Disziplinen, die in ihrem Bereich letztverantwortlich sind, akademisiert sind (vgl. Kriegl, 2011). Somit sollte sich auch in der Pflege die Frage der Akademisierung nicht stellen.

Auch das sehr anspruchsvolle, komplexe Tätigkeitsfeld der Pflege verlangt eine angemessene Ausbildung, durch die sie wettbewerbsfähiger und international vergleichbar werden würde. Außerdem bekäme die Pflegeausbildung durch die Akademisierung mehr Struktur und Flexibilität, womit sicher auch mehr InteressentInnen für die Pflegeausbildung gewonnen werden könnten, das aufgrund der sozio-demographischen Veränderungen notwendig ist. Auch die hohe Fluktuationsrate würde meines Erachtens durch die Akademisierung eingedämmt werden. Die Pflegepersonen haben dann ebenfalls einen Hochschulabschluss und fühlen sich dadurch nicht mehr in einem so hohen Ausmaß den Ärzten und anderen akademisierten Gesundheitsberufen untergeordnet. Auch die strukturellen Weiterbildungsmöglichkeiten, die mit der Absolvierung eines Master-Studienganges möglich sind, helfen, die Fluktuationsrate zu senken.

Außerdem haben die Pflegepersonen schon 1998/99 mit dem Besuch der ersten universitären Veranstaltung gezeigt, dass die Pflege an die Universität gehört und dass sie das auch wollen. Die wissenschaftliche Begründung der Pflegepraxis ist unabdingbar, um auf dem aktuellsten Stand bleiben und Entwicklungen in der Pflege vorantreiben zu können. Doch ohne einer eindeutigen Hochschulausbildung ist die österreichische Pflege dies nicht imstande.

## **6.2. Warum war die Akademisierung nicht früher?**

In Österreich startete die Akademisierung der Pflege, im Gegensatz zu anderen europäischen Staaten, sehr spät. Aufgrund der differenzierenden Geschichte der Länder, kann man jedoch keine genauen Vergleiche anstellen.

Trotzdem hat Rosette Poletti mit ihren Hypothesen versucht, den Grund, warum sich die Pflege im deutschsprachigen Raum, im Gegensatz zu den angelsächsischen und skandinavischen Ländern, nur verzögert entwickelt hat, nachzugehen.

- Berufssozialisation

Das Eintrittsalter in die Ausbildung und damit in die Berufslaufbahn der Krankenpflege war im deutschsprachigen Europa traditionellerweise niedrig. Niedriges Berufseintrittsalter korreliert freilich mit einer geringen Verweildauer im

Beruf. Das durchschnittlich geringe Bildungsniveau im Beruf erklärt auch, dass die rasanten Entwicklungen des Berufs und seiner Professionalisierung in den angelsächsischen Ländern nicht einmal rezipiert werden konnten. Reflexiv schlugen diese sich in englischsprachigen Publikationen nieder, wurden auf entsprechenden internationalen Kongressen vorbereitet und konnten von nur deutschsprachigen Pflegepersonen gar nicht zur Kenntnis genommen werden.

- Abhängigkeit von der Medizin

Die Leitung der Krankenpflegeschulen und der pflegerischen Ausbildung lag vorwiegend in den Händen von Ärzten oder wurde von rein administrativ ausgerichteten Beamten wahrgenommen. Diese berufsfremde Orientierung oder auch die defensive Haltung der Schulverwaltungen bildeten nicht gerade günstige Ausgangssituationen für eine Internationalisierung der Entwicklung. Wissenschaftlich fundierte pflegerische Kompetenz war in den Leitungsfunktionen und damit auch in der curricularen Entwicklung nicht gefragt. In den Schulen wiederholte sich die strukturelle und fachliche Abhängigkeit der Pflege von der Medizin, der Frauen von den Männern.

- Rolle und Status der Frauen

Der Wandel im Rollen- und Selbstverständnis der Frauen ist eine der tiefgreifendsten Ursachen für einen Wandel in der Pflege. Lange Zeit war der Zugang zu adäquaten Bildungsmöglichkeiten für Frauen versperrt. Erst in den 70er Jahren holten Frauen im Bildungssektor nennenswert auf, öffneten sich Schulen und Hochschulen, wurden die männerdominierten Universitäten zumindest für studierende Frauen durchlässiger. Die Berufsarbeit von Frauen wurde neben Hausarbeit und Kinderarbeit selbstverständlich. Diese Entwicklung vollzog sich im angelsächsisch-skandinavischen Raum schneller als in Deutschland oder Österreich. Für die Pflege als einem klassischen Frauenberuf ein nicht zu unterschätzender Faktor.

- Berufs- und Standespolitik

Auch die standespolitische Arbeit, die Interessensvertretung in den Berufsverbänden für Pflegenden, setzte erst wesentlich später ein und konnte, nicht zuletzt auch aufgrund des Krieges, nicht kontinuierlich fortgesetzt werden. Es zieht sich wie ein roter Faden durch die Berufsgeschichte, dass die Zersplitterung der Interessen als

Folge der Fragmentierung der Berufsgruppe eine solide und politisch wirkungsvolle Durchsetzung von Berufsangelegenheiten nahezu verunmöglichte (Poletti, 1985, S. 115-125: zit. nach Seidl, 1995, S. 29 ff.).

Frau Poletti hat mit ihren Hypothesen die wichtigsten Gründe für die verspätete Entwicklung der Pflege in Österreich auf den Punkt gebracht. Ich möchte jedoch noch weitere, meines Erachtens nicht unwesentliche, anführen.

Da die Akademisierung der Pflege in den USA ihre Wurzeln hat, wurden die Publikationen zur damaligen Zeit auch in Englisch verfasst. In den angelsächsischen und skandinavischen Ländern stellte dies kein großartiges Problem dar, da viele Englisch sprachen. In Österreich jedoch konnten dies wenige, schon gar nicht die Frauen. Da die Krankenpflege zur damaligen Zeit jedoch ein Frauenberuf war, war es den ÖsterreicherInnen nicht möglich, die Publikationen zu lesen oder in Amerika Pflege zu studieren. Somit wusste man lange Zeit gar nicht, dass die Pflege in anderen Ländern schon viel weiter entwickelt war.

Daneben hatte die Pflege in Österreich ein sehr niedriges Ansehen. Dies wurde durch die schlechten Arbeitsbedingungen und die daraus resultierende hohe Fluktuationsrate noch verstärkt.

Es wurden jedoch keine Anreize geschaffen, um mehr Personen für die Krankenpflegeausbildung zu gewinnen und die wenigen, die sich dafür bereit erklärt haben, zu halten. Hier wäre schon mehr Anerkennung wünschenswert gewesen.

Die vorherrschende Hierarchie zwischen ÄrztInnen und Pflegepersonen ist ein weiterer Grund für die verspätete Akademisierung der Pflege. Das Berufsfeld der Pflegenden hatte lange Zeit zu wenig Selbstbewusstsein, um etwas dagegen zu unternehmen. Somit standen die Ärzte meistens im Vordergrund, auch wenn sie das vielleicht nicht immer wollten. Doch die Pflegepersonen versuchten dies auch nicht zu ändern.

Erst durch die Kriege waren deutliche positive wie auch negative Veränderungen ersichtlich:

- Im ersten Weltkrieg wurde erkannt, dass die Pflegepersonen genauso gebraucht werden wie die ÄrztInnen. Jeder erfüllte in seinem Bereich eine wichtige und eigenständige Leistung. Dadurch verschoben sich die Machtverhältnisse ein wenig. Dies wurde durch die militärische Hierarchie noch verstärkt (vgl. Grandner, 2004, S. 22).
- Kontraproduktiv für die Entwicklung der österreichischen Pflege war sicher, dass man nach den Kriegen in den Verliererländern andere Sorgen hatte und somit, im Gegensatz zu den Gewinnerländern, keine Fortschritte verbucht werden konnten (vgl. Walter, 2010).

Erschwerend kam hinzu, dass Frauen in Österreich bis 1918 kein aktives oder passives Wahlrecht hatten und auch keine Mitglieder in politischen Vereinen sein durften (vgl. Grandner, 2004, S. 23). Auch dies war für die Entwicklung der Pflege sicher nicht förderlich.

Die wenigen Reformen, die man anstrebte, blieben meist erfolglos. Einerseits aufgrund der fehlenden Finanzierung, andererseits auch aufgrund der fehlenden Unterstützung innerhalb der Berufsgruppe. Zur damaligen Zeit wurde die Wichtigkeit und absolute Notwendigkeit einer Änderung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung nicht erkannt.

Es wurde in den letzten Jahren auch über die Herabsetzung des Mindesteintrittsalters diskutiert, um mehr InteressentInnen für die Pflegeausbildung zu gewinnen. Außerdem wurde mehr ausländisches Pflegepersonal angestellt, um den Mangel an Pflegepersonal in den Griff zu bekommen. Auch dies war in Hinblick auf die Akademisierung kontraproduktiv.

Ein weiterer Grund für die verspätete Akademisierung der Pflege in Österreich ist sicher, dass das vernetzte Denken immer wieder anderen bereits akademisierten Disziplinen überlassen wurde (vgl. Kriegl, 2011). Auch hier zeigten die Pflegepersonen zu wenig Selbstbewusstsein, um dies zu ändern.

### **6.3. Wie geht es weiter?**

Zu guter Letzt möchte ich noch einen Ausblick über die künftigen Veränderungen in der Pflege in Österreich geben und Veränderungen, deren Umsetzung für mich wichtig wäre, anführen.

Künftig muss die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege auch in Österreich an Hochschulen erfolgen. Dies wird nach den Kriterien des Bologna-Prozesses mit einer Bachelor-Ausbildung an einer Fachhochschule bzw. den aufbauenden Master- und Doktoratsstudien an Universitäten eintreten. Teilweise ist die Umsetzung schon erfolgt, doch von einer flächendeckenden Reform ist man noch weit entfernt.

Hier sind die Bundesländer gefordert, genügend Fachhochschulstudiengänge einzurichten (vgl. Kriegl, 2011), um die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege klar in den hochschulischen Sektor zu heben. Wenn man bedenkt, dass es z.B. in Ungarn (ca. 10 Mio. EW) und in der Slowakei (ca. 5,5 Mio. EW) bereits 10 Fachhochschulen gibt, an denen man Pflege studieren kann, wird einem bewusst, dass Österreich (8 Mio. EW, 3 FH's) enormen Aufholbedarf hat.

Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege muss jedoch nicht unbedingt an Hochschulen erfolgen. Laut den EU-Kriterien hat die Grundausbildung nach der Matura drei Jahre zu dauern. Es ist jedoch nicht vorgeschrieben, wo sie erfolgen muss. Die Ausbildung an Hochschulen ist jedoch empfehlenswert. Ohne Studium erlangt man auch keinen Bachelor-Titel und kann somit keine aufbauenden Studien besuchen. Außerdem sind Fachhochschulen autonom, höhere Schulen nicht. Bei höheren Schulen hat somit die jeweilige Stadt mehr Einfluss und kann den AbsolventInnen demzufolge auch mehr beordern.

Diese Veränderung in der Ausbildung ist natürlich auch mit Problemen behaftet. Was geschieht mit den jetzigen Gesundheits- und Krankenpflegeschoolen bzw. mit deren Personal? Welche Nachqualifizierung wäre für das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal angemessen?

Diese Ängste und Unsicherheiten sind wahrscheinlich auch mit ein Grund, warum viele Diplomierte der Akademisierung skeptisch gegenüberstehen. Doch wenn die

Akademisierung nicht einmal innerhalb der Berufsgruppe auf Unterstützung bauen kann, warum sollten dies andere tun?

Ich denke, dass das eine der wichtigsten Aufgaben sein wird. Man muss vor allem den jetzigen Pflegepersonen erklären, warum die Akademisierung notwendig ist und welche Aufgabenbereiche die Akademisierten übernehmen werden. Denn ohne Unterstützung des Pflegepersonals wird es schwer werden, die Akademisierung zu einem erfolgreichen Ende zu bringen.

Hier muss man sich natürlich auch eine adäquate Nachqualifizierung überlegen, doch erst, wenn man wirklich von einer erfolgreichen Akademisierung sprechen kann (vgl. Kriegl, 2011).

Des Weiteren ist es wichtig, im Zuge der Reform die Erstausbildung zu überdenken. Durch die Dreigliederung (Allgemeine GuK, Psychiatrische GuK, Kinder- und Jugendlichenpflege) verringert sich die Chance, lange in einem Beruf bleiben zu können. Durch die Spezialisierung in der Grundausbildung besitzt man bereits ein eingeschränktes Tätigkeitsfeld. Sinnvoller wäre aber, wenn man in der Grundausbildung eine breite Qualifikation erlangt, die einem berechtigt, überall wo Pflege erforderlich ist, tätig zu werden (vgl. Kriegl, 2011). Anschließend kann man sich mithilfe von Sonderausbildungen auf einen gewissen Bereich spezialisieren. Dies wird vermutlich auch in Österreich bald mit einer dementsprechenden Master-Ausbildung möglich werden. Ziel ist nämlich, dass die umfangreichen Sonderausbildungen in Master-Studiengänge überführt werden.

Im Zuge der Akademisierung wird auch eine genaue Einhaltung der Tätigkeitsprofile immer wichtiger. Die Pflegepersonen sollen bzw. müssen die Aufgaben durchführen, für die sie berechtigt sind und nicht alles, was gerade anfällt. Es ist wichtig, dass man auch Aufgaben delegiert, wenn dies auch Personen mit einer „niedrigeren“ Ausbildung durchführen dürfen. Andererseits müssen jedoch die Aufgaben, die eine höhere Ausbildung erfordern, von akademisierten bzw. diplomierten Pflegepersonen durchgeführt werden und nicht z.B. von PflegehelferInnen und anderen Assistenzberufen.

Görres (2004) zeigte in seiner Studie, dass die vier Aufgabenfelder (Beratung / Information, Gesundheitsförderung / Prävention / Rehabilitation, Management,



Koordination/Vernetzung/Kooperation) in Zukunft immer wichtiger werden. Dafür ist qualifiziertes Personal absolut notwendig. Dies wurde nun auch in Österreich endlich erkannt. Es ist wichtig, dass sich Pflegepersonen in diesen Bereichen spezialisieren und sich auch an den Schnittstellen einbringen. Die Pflegepersonen haben in ihrer Ausbildung ein sehr umfangreiches Wissen erlangt, das sie nun auch gezielt einsetzen müssen.

Hierzu gehört auch die Implementierung von neuem Wissen. Dies ist für jede Berufssparte wichtig, um auf dem neuesten Stand bleiben zu können. Nun hat auch die österreichische Pflege ExpertInnen zur Verfügung, die dies umsetzen können und auch müssen.

Mit jeder AbsolventIn steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich der Pflegeberuf entwickelt und an Anerkennung und Wertschätzung gewinnt.

Somit haben es die Pflegepersonen auch selbst in der Hand, die Akademisierung der Pflege voranzutreiben. Ein gutes Zusammenwirken innerhalb der Berufsgruppe ist ebenfalls von großer Bedeutung. Außerdem sind die Gesellschaft und die Politik gefordert, für die finanziellen Mittel und Ausbildungsplätze ein ausreichendes Budget zu veranschlagen. Denn die Pflege und deren Ausbildung müssen der Gesellschaft und der Politik etwas wert sein.

## 7. Literaturverzeichnis

Amt der NÖ Landesregierung (2009): Pflegehotline. [http://www.noel.gv.at/Gesundheit/Pflege/Pflege-Hotline/Pflegehotline\\_Pflegehotline.html](http://www.noel.gv.at/Gesundheit/Pflege/Pflege-Hotline/Pflegehotline_Pflegehotline.html) (19.3.2011).

Augl E. (2011): Information über die Elisabethinen in Linz. Vermittelt per E-Mail am 18.1.2011 an Orischnig Nicole.

Barmherzige Brüder Österreich (2010): Barmherzige Brüder Österreich. <http://www.barmherzige-brueder.at> (21.12.2010).

Barmherzige Schwestern (o.J.): Barmherzige Schwestern. <http://www.barmherzigeschwestern-wien.at> (7.1.2011).

Berufsvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe (Hrsg.)(2010): Kollektivvertrag. Wien Work integrative Betriebe und AusbildungsgmbH, Wien.

Bischoff-Wanner C. (2000): Pflege im historischen Vergleich. In: Rennen-Allhoff B., Schaeffer D. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag, Weinheim-München: 17-34.

Biwald B. (2007): Krankenpflege 1918 bis heute - die Vorgeschichte bis 1918. Österreichische Pflegezeitschrift, 11, 18-22.

Brieskorn-Zinke M. (2007): Public Health Nursing. Der Beitrag der Pflege zur Bevölkerungsgesundheit. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (o.J.): Der Bologna Prozess. <http://www.bmbf.de/de/3336.php> (22.10.2009).

Bundesministerium für Gesundheit (2009): Gesundheitsberufe. Broschüre, Wien.

Danzinger Anna et al. (Hrsg.)(2000): Bausteine der Gesundheits- und Krankenpflege. Aus der Praxis für die Praxis. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern.

Das neue Bertelsmann Lexikon (2001): Band 1. Bertelsmann Lexikon Verlag GmbH, Gütersloh-München.

Deufert Daniela (2009): Case- und Care Management. [http://pw.umit.at/upload/microsoft\\_powerpoint\\_case\\_und\\_care\\_management\\_2009.pdf](http://pw.umit.at/upload/microsoft_powerpoint_case_und_care_management_2009.pdf) (19.3.2011).

Deutmeyer M., Thiekötter A. (2007a): Studienführer Pflege und Gesundheit in Österreich. Ein Beitrag zur Professionalisierung durch Akademisierung. Facultas, Wien.

Deutmeyer M., Thiekötter A. (Hrsg.)(2007b): Aktuelle Entwicklungen im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement. Facultas, Wien.

Donaldson S. K., Crowley D. M. (1978): The Discipline of Nursing. Nursing Outlook, Feb., 113-120.

Dorffner G. (2000): „... Ein edler und hoher Beruf“. Zur Professionalisierung der österreichischen Krankenpflege. Vier-Viertel-Verlag, Strasshof.

Dornmayr H., Stampfl C. (2003): Gesundheits-, Pflege- und Sozialberufe: Trend zu Ausbildung und Berufsausbildung in Österreich. IBW - Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft, Wien.

Drechsler R. H. (Hrsg.)(1991): Fanal Lainz. Sonderband der „Senioren-Zeitung/Pressedienst“, Wien.

Ellinger S. (o.J.): Sturzprävention. <http://www.bkh-kufstein.at/index.php?sid=040309> (31.3.2011).

Engel R. (2009): Die Grundausbildung als Bachelor-Studium. PRO Care, 14, 5, 24-26.

Fachhochschulrat (2010): GuK-Ausbildung im FH-Sektor. [http://www.fhr.ac.at/fhr\\_inhalt/00\\_dokumente/Dokumente/GuK\\_PositionFHR.pdf](http://www.fhr.ac.at/fhr_inhalt/00_dokumente/Dokumente/GuK_PositionFHR.pdf) (3.3.2011).

Fritz E. (2005): Auswirkungen der Akademisierung von Pflegepersonen – neue Tätigkeitsfelder für akademisch ausgebildete Pflegepersonen. [http://pw.umit.at/upload/fohlen\\_linz\\_m\\_rz05.pdf](http://pw.umit.at/upload/fohlen_linz_m_rz05.pdf) (22.10.2009).

Fürstler G. (1997): Das Kolleg für Gesundheits- und Krankenpflege in Krems an der Donau (NÖ). Dokumentation eines einmaligen Schulversuchs. Dissertation der Universität Wien.

Gattringer M. (2000): Berufsentwicklung der Krankenschwester von 1850-1950. Österreichische Krankenpflegezeitschrift, 5, 30-33.

Gesundheit Österreich GmbH (Hrsg.)(2007): Österreichischer Pflegebericht 2007. [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/8/CH1108/CMS1201006886045/en\\_dbericht\\_publicationsfassung\\_aktuell.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/8/CH1108/CMS1201006886045/en_dbericht_publicationsfassung_aktuell.pdf) (10.4.2010).

Görres S., Koch-Zadl D., Maanen v. H., Schöller-Stindt M. (Hrsg.)(1996): Pflegewissenschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Altera Verlag, Bremen.

Görres S. (2004): Innovative Potenziale und neue Handlungsfelder für zukünftige Dienstleistungen in der Pflege. Ergebnisse einer Delphi-Studie. Pflege, 17, 105-112.

Grandner M. (2004): Krankenpflege und Sozialpolitik. In: Walter I., Seidl E., Kozon V. (Hrsg.): Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege. ÖGVP Verlag, Wien: 11-24.

Grazer Gesellschaft der Pflegewissenschaft (2011): Überblick. <http://www.ggespw.at/index.php?id=5> (24.1.2011).

Grois B. (1965): Das Allgemeine Krankenhaus in Wien und seine Geschichte. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien.

Gruber E., Kuss S. D. (1999): Karriere nach dem Studium. PflegeakademikerInnen im Beruf. Wien.

Gruber E., Kastner M. (2005): Gesundheit und Pflege an die Fachhochschule? WUV, Wien.

Gugerell M. (2003): Pflegeberatung.  
[http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ\\_2003/04/gugerell.pdf](http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2003/04/gugerell.pdf) (10.3.2011).

Hanzlíková A. (2011): Profesionálne ošetrovatel'stvo a jeho regulácia. Vydavateľstvo Osveta, Martin.

Hasseler M., Görres S. (2005): Was Pflegebedürftige wirklich brauchen. Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

Hasseler M., Meyer M. (Hrsg.)(2006): Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

Heilig G. (2011): Information über die Pflegehotline NÖ. Vermittelt per Telefonat und per E-Mail am 4.4.2011 an Orischnig Nicole.

Heller A., Schaeffer D., Seidl E. (Hrsg.)(1995): Akademisierung von Pflege und Public Health. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern.

Hochenegger-Haubmann B. (2005): Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. [www.new.oegkv.at/uploads/media/hochenegger12-05-04.pdf](http://www.new.oegkv.at/uploads/media/hochenegger12-05-04.pdf) (9.10.2010).

Hofmarcher M., Rack H. (2001): Gesundheitssysteme im Wandel, Europäisches Observatorium für Gesundheitsberufe, Wien.

Hofmarcher M., Riedel M., Strobel J. (2004): Pflege quo vadis? Österreichische Pflegezeitschrift, 57, 3, 8-15.

ICN (2010): About ICN. <http://www.icn.ch/about-icn/about-icn/> (18.11.2010).

Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft (2008): Das österreichische Bildungssystem. [http://www.bic.at/downloads/at/brftipps/0\\_1\\_bildungssystem\\_de.pdf](http://www.bic.at/downloads/at/brftipps/0_1_bildungssystem_de.pdf) (4.2.2010).

Institut für Pflegewissenschaft (o.J.): Studium und Lehre. <http://pfliegewissenschaft.univie.ac.at/studium-und-lehre/> (3.3.2011).

Institut für Wissenschaft und Forschung (2009): Der Bologna-Prozess. [http://www.bmwf.gv.at/eu\\_internationales/bologna\\_prozess](http://www.bmwf.gv.at/eu_internationales/bologna_prozess) (27.12.2009).

- Keferböck E. (2009): Pflege der Zukunft. [http://www.pflegekongress.at/pp-praesentationen09/Pflege\\_der\\_Zukunft\\_Keferboeck.pdf](http://www.pflegekongress.at/pp-praesentationen09/Pflege_der_Zukunft_Keferboeck.pdf) (10.3.2011).
- Kemetmüller E. (Hrsg.)(2005): Zukunftsperspektiven für die Ausbildung in der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege. Facultas, Wien.
- Kirkevold M. (2002): Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle.
- Kozon V., Fortner N. (Hrsg.)(1999): Bildung und Professionalisierung in der Pflege. ÖGVP Verlag, Wien.
- Kozon V., Fortner N. (Hrsg.)(2000): Gegenwart und Perspektiven der Pflege. ÖGVP Verlag, Wien.
- Kozon V., Mayer H., Seidl E. (Hrsg.)(2000): Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich. Facultas, Wien.
- Kozon V., Seidl E. (Hrsg.)(2002): Pflegewissenschaft – der Gesundheit verpflichtet. Facultas, Wien.
- Kozon V., Fortner N. (Hrsg.)(2010): Wundmanagement und Pflegeentwicklungen. ÖGVP Verlag, Wien.
- Kozon V. (2010): Pflegeberatung und Wundmanagement in der vaskulären Pflege. In: Kozon V., Fortner N. (Hrsg.): Wundmanagement und Pflegeentwicklungen. ÖGVP Verlag, Wien: 9-28.
- Kriegl M. (1999): Akademisierung der Pflege in Österreich. <http://www.oegvp.at/1999b.pdf> (22.10.2009).
- Kriegl M. (2011): Expertinneninterview zum Thema Akademisierung der Pflege in Österreich. Durchgeführt am 3.2.2011 von Orischnig Nicole.
- Kruse E. (2004): Stufen zur Akademisierung. VS Verlag, Wiesbaden.
- Kühne-Ponesch S. (2004): Modelle und Theorien in der Pflege. Facultas, Wien.
- Landenberger M., Stöcker G., Filkins J., de Jong A., Them C. et al. (2005): Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Litschauer B., Stigel W. (1988): Versorgung mit Personal im Gesundheitswesen. Ausgewählte Berufsgruppen im internationalen Vergleich. Kurzfassung der Ergebnisse. Wissenschaftskollektiv, Wien.
- LoBiondo-Wood G., Haber J. (Hrsg.)(2005): Pflegeforschung – Methoden, Bewertung, Anwendung. Urban & Fischer, München-Jena.

Lottersberger Natalie (2008): Case und Care Management. Information-Beratung-Koordination-Qualität. [http://www.pflegekongress.at/pp-praesentationen/Lottersberger\\_Case%20und%20Caremanagement.pdf](http://www.pflegekongress.at/pp-praesentationen/Lottersberger_Case%20und%20Caremanagement.pdf) (19.3.2011).

Mayer H. (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Facultas, Wien.

Mayer H. (2007): Pflegeforschung anwenden. Facultas, Wien.

Mayr M., Lehner M. (2008): Zwischen mobiler Pflege und Krankenhaus. OÖ Gebietskrankenkasse, Linz.

Medizinische Universität Graz (o.J.): Studium. <http://www.medunigraz.at/studium> (3.3.2011).

Oelke U. (1994): Akademisierung von Pflege. [http://opus.bsz-bw.de/fhhv/volltexte/2008/52/pdf/oelke\\_1994a.pdf](http://opus.bsz-bw.de/fhhv/volltexte/2008/52/pdf/oelke_1994a.pdf) (22.10.2009).

Ohne Autor (2011a): Lainz-Prozess jährt sich zum 20. Mal. <http://wien.orf.at/stories/501021/> (1.3.2011).

Ohne Autor (2011b): Neues „2 in 1-Modell Pflege“ in Schwarzach. <http://www.boerse-express.com/pages/940809/newsflow> (3.3.2011).

OÖ Gesundheits- und Spitals-AG (o.J.): Ausbildung 2:1. [http://gesundheitsberufe.gespag.at/media/InfoFolder\\_2in1.pdf](http://gesundheitsberufe.gespag.at/media/InfoFolder_2in1.pdf) (21.11.2010).

ÖGKV (2010): Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband. [www.oegkv.at](http://www.oegkv.at) (18.11.2010).

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hrsg.)(2006): Österreichischer Pflegebericht. [http://www.boegk.at/service/pflegebericht\\_2006.pdf](http://www.boegk.at/service/pflegebericht_2006.pdf) (10.4.2010).

Österreichischer Krankenpflegeverband (Hrsg.)(1975): Geschichte der Krankenpflege. Facultas, Wien.

Paracelsus Medizinische Privatuniversität (o.J.): Studium & Ausbildung: 2in1-Modell Pflege. [www.pmu.ac.at](http://www.pmu.ac.at) (21.11.2010).

Peter M. (2005): Die Begründung aus dem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit im Rahmen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege. In: Kemetmüller E. (Hrsg.): Zukunftsperspektiven für die Ausbildung in der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege. Facultas, Wien: 17-44.

Pfeil W. (Hrsg.)(2007): Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich. MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH, Wien.

Poletti R. (1985): Obstacles and Hopes for Nursing Research in Southern Europe. Workgroup of European Nurse-Researchers, 7<sup>th</sup> Workgroup Meeting and 2<sup>nd</sup> Open Conference 10<sup>th</sup>-13<sup>th</sup> April, 1984; Nursind Research - Does it Make a Difference? Proceedings. Royal College of Nursing, London, 115-125.

Rappold E. (2001): Das individuelle Diplomstudium Pflegewissenschaften an der Universität Wien. Diplomarbeit der Universität Wien.

Rappold E. (2007): Status Quo der universitären Anbindung von Pflege in Österreich. [http://www.gespw.at/ppp/UNI\\_2.pdf](http://www.gespw.at/ppp/UNI_2.pdf) (1.12.2009).

Rappold E. (2008): Österreichs Pflege in Bewegung? Pflege, 21, 147-148.

Rásky E. (Hrsg.)(2008): Gesundheitsprofi(l) für die Pflege. Pflegewissenschaft in den Berufsalltag: Möglichkeiten am Gesundheitsmarkt. Facultas, Wien.

Reichel E. (1906): Die Krankenpflege als Frauenberuf. Vortrag, gehalten am 25. Februar 1905, im Selbstverlage des Rudolfinerhauses, Wien.

Rennen-Allhoff B., Schaeffer D. (Hrsg.)(2000): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag, Weinheim-München.

Renner C. (o.J.): Einwohner und Bevölkerung, alle Länder im Vergleich. [http://www.geographixx.de/mdb/einwohner\\_vergleich.asp](http://www.geographixx.de/mdb/einwohner_vergleich.asp) (12.10.2010).

Resetarics P. (2008): Angleichung an die EU - Status Quo der Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege. PRO Care, 13, 11, 40-41.

Rothenwänder A. (2010): Magisterstudium Pflegewissenschaft an der Uni Wien. Österreichische Pflegezeitschrift, 63, 10, 29.

Rottenhofer I. (2004): Bildungspyramide für Pflegeberufe. Österreichische Pflegezeitschrift, 2, 17-22.

Rottenhofer I. (2008): Wege aus der Sackgasse. Die Ausbildung nichtärztlicher Gesundheitsberufe - Probleme und Lösungen. In: Rásky Eva (Hrsg.): Gesundheitsprofi(l) für die Pflege. Pflegewissenschaft in den Berufsalltag: Möglichkeiten am Gesundheitsmarkt. Facultas, Wien: 210-219.

Schaeffer D. (2002): Entwicklung von Pflegewissenschaft – internationale Perspektiven. In: Kozon V., Seidl E. (Hrsg.): Pflegewissenschaft – der Gesundheit verpflichtet. Facultas, Wien: 52-65.

Schneider H. (2008): Akademisierung der Pflege. Chancen und Risiken für die Zukunft der Pflegeberufe. [http://www.vinzenzgruppe.at/vinzenzgruppe/media/pdf\\_gruppe/Vortrag\\_Schneider.pdf](http://www.vinzenzgruppe.at/vinzenzgruppe/media/pdf_gruppe/Vortrag_Schneider.pdf) (22.10.2009).

Schnepf W., Walter I. (Hrsg.)(2010): Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft. Böhlau Verlag, Wien-Köln-Weimar.

Schrems B. (2000): Österreich – ein Nachzügler in der Akademisierung der Pflege. In: Kozon V., Mayer H., Seidl E. (Hrsg.): Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich. Facultas, Wien: 86-100.

Seidl E. (Hrsg.)(1988): 1. Symposium Pflegeberuf und Universität. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien.

Seidl E., Walter I. (1988): Ausländische Modelle von Universitätsstudien für Pflegepersonen. In: Seidl E. (Hrsg.): 1. Symposium Pflegeberuf und Universität. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien: 102-111.

Seidl E. (Hrsg.)(1991): 2. Symposium Pflegeberuf – Entwicklung und Perspektiven. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern.

Seidl E., Walter I. (1991): In: Seidl Elisabeth (Hrsg.): 2. Symposium Pflegeberuf – Entwicklung und Perspektiven. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern: 86 – 112.

Seidl E. (Hrsg.)(1993a): Betrifft: Pflegewissenschaft. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern.

Seidl E. (1993b): Pflege im Wandel. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern.

Seidl E., Staňková M. (Hrsg.)(1994): Ende der Pflegekrise? Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern.

Seidl E., Zapotoczky K. (Hrsg.)(1994): Pflegewissenschaft: Eine universitäre Aufgabe. Rudolf Trauner, Linz.

Seidl E. (1995): Zur Lage der Pflege und ihrer Akademisierung in Österreich. In: Heller A., Schaeffer D., Seidl E. (Hrsg.): Akademisierung von Pflege und Public Health. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern: 13-38.

Seidl E., Steppe H. (Hrsg.)(1996): Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern.

Seidl E., Walter I. (Hrsg.)(1998): Rückblick für die Zukunft: Beiträge zur historischen Pflegeforschung. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern.

Seidl E., Walter I. (2000): Pflegewissenschaft und Pflegeforschung. In: Danzinger Anna et al. (Hrsg.): Bausteine der Gesundheits- und Krankenpflege. Aus der Praxis für die Praxis. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern: 40-56.

Seidl E. (2002): Zwischen Forschung und Akademisierung – Rückblick auf zehn Jahre. In: Kozon V., Seidl E. (Hrsg.): Pflegewissenschaft – der Gesundheit verpflichtet. Facultas, Wien: 28-43.

Seidl E. (2005): Pflegewissenschaft für die Gesundheitsversorgung von morgen. <http://www.dieuniversitaet-online.at/dossiers/beitrag/news/pflegewissenschaft-fur-die-gesundheitsversorgung-von-morgen-1/251/neste/1.html> (25.5.2010).



Seidl E. (2010): Expertinneninterview zum Thema Akademisierung der Pflege in Österreich. Durchgeführt am 25.10.2010 von Orischnig Nicole.

Seidl E. (o.J.): Bedarf und Aufgaben der Pflege in der Zukunft. [http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/4/7/CH0170/CMS1242115127802/vortragprof.\\_dr.\\_seidl.bedarf\\_und\\_aufgaben\\_der\\_pflege\\_in\\_der\\_zukunft%5B1%5D.pdf](http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/4/7/CH0170/CMS1242115127802/vortragprof._dr._seidl.bedarf_und_aufgaben_der_pflege_in_der_zukunft%5B1%5D.pdf) (25.5.2010).

Statistik Austria (2009a): Bevölkerungspyramide 2008, 2030, 2050. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027331.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027331.html) (17.8.2010).

Statistik Austria (Hrsg.)(2009b): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008. Wien. [http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publikationen?id=4&wbcats=4&nodeId=65&frag=3&listid=4](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publikationen?id=4&wbcats=4&nodeId=65&frag=3&listid=4) (10.4.2010).

Staudinger C. (2000): Bedarf an akademisch gebildeten Pflegepersonen. In: Kozon V., Mayer H., Seidl E. (Hrsg.): Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich. Facultas, Wien: 107-110.

Steppe H. (Hrsg.)(2001): Krankenpflege im Nationalsozialismus. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.

Stöcker G. (2002): Bildung und Pflege. Eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung. Schlütersche GmbH, Hannover.

Stöcker G. (2004): Pflegelehrer werden – in Europa und aktuell in Deutschland. Referat bei „Bildungstage Pflege“, 29. September 2004, ÖGKV Salzburg.

Them C., Landenberger M. (2005): Ausbildung Pflege- und Gesundheitsberufe in Österreich. In: Landenberger M., Stöcker G., Filkins J., de Jong A., Them C. et al.: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover: 139-176.

Tomasi-Fumics E. (2007): Der Bologna Prozess, seine Umsetzung in Österreich unter spezieller Berücksichtigung der Musikuniversitäten. [https://www.mdw.ac.at/upload/dateien/Der\\_Bologna\\_Prozess\\_ET\\_v2.2\\_extern.PDF](https://www.mdw.ac.at/upload/dateien/Der_Bologna_Prozess_ET_v2.2_extern.PDF) (4.2.2010).

UMIT (o.J.): Der Weg zum Doktorat. <http://www.uit.at/page.cfm?vpath=studien/doktorat> (3.3.2011).

van Maanen (1996): Pflegewissenschaft im Rahmen der Berufsentwicklung und Professionalisierung in Europa. In: Görres S., Koch-Zadl D., Maanen v. H., Schöller-Stindt M. (Hrsg.): Pflegewissenschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Altera Verlag, Bremen: 77-96.

Vasold M. (2003): Florence Nightingale. Eine Frau im Kampf für die Menschlichkeit. Verlag Friedrich Pustet, Regensburg.

Walter I. (1996): Krankenpflege in Österreich und der Tschechischen Republik: Terminologie und kulturgeschichtlicher Hintergrund. Diplomarbeit der Universität Wien.

Walter I. (1998): Pflegende in Österreich zwischen 1914 und 1938. In: Seidl E., Walter I. (Hrsg.): Rückblick für die Zukunft: Beiträge zur historischen Pflegeforschung. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern: 42-69.

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

Walter I. (2003a): Zur Entstehung der beruflichen Krankenpflege in Österreich. *Historicum*, 78, 22-29.

Walter I. (2003b): Zur Sozialgeschichte der Krankenpflege in Österreich: Wärterinnen und Wärter in den Krankenhäusern im „langen 19. Jahrhundert“. Diplomarbeit der Universität Wien.

Walter I., Seidl E., Kozon V. (Hrsg.)(2004): Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege. ÖGVP Verlag, Wien.

Walter I. (2004): Zur beruflichen Pflege in Österreich 1784 bis 1914. In: Walter I., Seidl E., Kozon V. (Hrsg.): Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege. ÖGVP Verlag, Wien: 25-44.

Walter I. (2010): Expertinneninterview zum Thema Akademisierung der Pflege in Österreich. Durchgeführt am 3.11.2010 von Orischnig Nicole.

Weidenauer C. (2000): Schnittstellenmanagement zwischen dem Krankenhaus und dem extramuralen Bereich. Eine Notwendigkeit für die Zukunft? In: Kozon V., Fortner N. (Hrsg.): Gegenwart und Perspektiven der Pflege. ÖGVP Verlag, Wien: 99-106.

Weidner F. (2000): Pflege auf dem Weg zur wissenschaftlichen Praxisdisziplin. In: Kozon V., Fortner N. (Hrsg.): Gegenwart und Perspektiven der Pflege. ÖGVP Verlag, Wien: 77-90.

Weiss-Faßbinder S., Lust A. (2004): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG. Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien.

WHO (2010): World Health Statistics 2010. [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf) (29.9.2010)

Wolff H. P. (1997)(Hrsg.): Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte. Ullstein Mosby, Berlin-Wiesbaden.

Wolff H. P., Wolff J. (2008): Krankenpflege: Einführung in das Studium ihrer Geschichte. Marbuse-Verlag, Frankfurt am Main.

Zapotoczky K. (1994): Einleitung. In: Seidl E., Zapotoczky K. (Hrsg.):  
Pflegerwissenschaft: Eine universitäre Aufgabe. Rudolf Trauner, Linz: S. 9-12.

## 8. Curriculum Vitae

### Persönliche Daten

Name: Orischnig Nicole

Geburtsdatum: 13.7.1988

Geburtsort: Mistelbach

Staatsbürgerschaft: Österreich

Wohnort: 2181 Dobermannsdorf, Hauptstraße 17



### Ausbildung

4 Jahre Volksschule in Palterndorf-Dobermannsdorf

4 Jahre Hauptschule in Neusiedl/Zaya

4 Jahre BORG in Mistelbach (Schwerpunkt Instrumentalunterricht)

09/2004 Sprachreise in Dublin/Dun Laoghaire

05/2006 Abschlussmatura

Seit dem WS 2006 Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien  
(Wahlfach BWL an der Wirtschaftsuniversität Wien)

### Berufliche Tätigkeiten

Diverse Tätigkeiten neben dem Studium wie z.B.:

- Volksoper Wien
- Institut für Verkaufsförderung

10/2010 Mitarbeit beim 9. Internationalen Kongress zur Geschichte der Pflege