

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG
„BASALES UND MITTLERES
PFLEGEMANAGEMENT“**

02. Dezember 2013 bis 27. November 2014

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

**Das Ansehen des gehobenen
Dienstes für Gesundheits-
und Krankenpflege in
Österreich**

Von der Berufung zum Beruf

vorgelegt von: Sigrid Perchtaler
Privatklinik Maria Hilf GmbH
Neurologie

begutachtet von: Tanja Leinthal, BA, MA
Stabstelle Medizinische Dokumentation
Klinikum Klagenfurt a. WS

November 2014

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

[Unterschrift des Verfassers/ der Verfasserin einzufügen!]

Ort, Datum

KURZZUSAMMENFASSUNG

Führende Positionen in der Krankenpflege sind prägend für das Rollenverständnis und die beruflichen Sozialisation der Mitarbeiter. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden ist eine grundlegende Auseinandersetzung mit den historischen Wurzeln und der Entwicklung des Pflegeberufes erforderlich. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher mit der Geschichte der Krankenpflege und ihrem Weg von der Berufung zum Beruf. Es wird der Forschungsfrage nachgegangen wie sich das Ansehen der Krankenpflege in Österreich im Laufe der Zeit veränderte.

Eingeteilt in die fünf wichtigsten Epochen in der Geschichte der Krankenpflege wird jeweils auf wichtige politische Ereignisse und auf die Ausbildung der Pflegepersonen eingegangen, die immer in Verbindung stehen mit dem Ansehen der Pflege. Es werden bedeutende Persönlichkeiten hervorgehoben, die die Entwicklung der Krankenpflege beeinflusst haben. Abschließend wird die derzeitige Situation der Gesundheits- und Krankenpflege beschrieben und es wird ein kleiner Einblick gegeben in neue Aufgabengebiete und Möglichkeiten, die sich durch die Akademisierung der Pflege ergeben. In der zusammenfassenden Darstellung erfolgt die Beantwortung der eingangs gestellten Forschungsfrage.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

GuKG.....	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
BO	Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands
NS.....	Nationalsozialismus
ABB.....	Abbildung
SS.....	Schutzstaffel

INHALTSVERZEICHNIS

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG	2
KURZZUSAMMENFASSUNG	3
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	4
INHALTSVERZEICHNIS	5
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	7
0 VORWORT	8
1 EINFÜHRUNG IN DIE THEMATIK	9
2 BEGRIFFSERKLÄRUNGEN	10
3 DIE ANFÄNGE DER KRANKENPFLEGE IN ÖSTERREICH	11
3.1 Orden und Diakonissen	12
3.2 Der Ruf nach Ausbildung in der Krankenpflege.....	12
3.2.1 Die Rudolfinerinnen	13
3.2.2 Die „blauen Schwestern“	13
3.3 Die Besonderheiten des „österreichischen Weges“	14
3.4 Zusammenfassung.....	15
4 KRIEG UND KRANKENPFLEGE.....	17
4.1 Florence Nightingale	17
4.2 Die Verordnung des Ministers für Inneres und der Erste Weltkrieg	18
4.3 Die Situation der Krankenpflege in der Zwischenkriegszeit	20
4.4 Zusammenfassung.....	21
5 DER ZWEITE WELTKRIEG.....	22
5.1 Neuorganisierung in Ausbildung und Berufspolitik	22
5.2 Tätigkeitsbereiche des Pflegepersonals in der NS Zeit.....	23
5.2.1 Gemeindeschwester	23
5.2.2 Lebensborn Mütterheime der SS	23
5.2.3 Beteiligung an NS(Euthanasie)-Verbrechen	24
5.3 Widerstand und Verweigerung unmöglich?.....	25
5.4 Zusammenfassung.....	25
6 DIE ZEIT ZWISCHEN 1948 UND 1997	27
6.1 Die Bildung eines Berufsverbandes.....	27
6.2 Reformen in der Ausbildung	27
6.3 Paradigmenwechsel in den 80er Jahren.....	28

6.4	Zusammenfassung	28
7	DIE ENTWICKLUNG DER KRANKENPFLEGE AB 1997	30
7.1	Das Gesundheits- und Krankenpflugesetz.....	30
7.2	Innovation in der Ausbildung und neue Aufgabenbereiche	31
7.3	Nationale Interessensvertretungen	32
7.4	Die Anrede „Schwester“	33
7.5	Ist Pflege weiblich?	34
7.6	Zusammenfassung	34
8	ZUSAMMENFASSENDER DARSTELLUNG	35
9	LITERATURVERZEICHNIS	37
	Bücher.....	37
	Fachzeitschriften	37
	Internetquellen	37

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Allgemeines Krankenhaus Wien 1784.....	11
Abbildung 2: Theodor Billroth	13
Abbildung 3: Florence Nightingale	17
Abbildung 4: Portrait in einem österreichischen Krankenhaus	20
Abbildung 5: Geschlechterverteilung im diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegedienst.....	34
Abbildung 6: Die 20 vertrauenswürdigsten Berufsgruppen	36

0 VORWORT

Mein Name ist Sigrid Perchtaler und ich diplomierte im Jahr 1995 an der Krankenpflegeschule in Klagenfurt in der „Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege“. Der berufliche Weg führte mich seither durch verschiedene Stationen bis ich im Jahr 2011 die Stationsleitung der Neurologie in der Privatklinik Maria Hilf übernommen habe. Mehr denn je beschäftigt mich daher die Frage, wie die Pflege mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus zusammenarbeitet und wie die Patienten sie in Ausübung ihrer Tätigkeit wahrnehmen. Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, dass der Eindruck, der von einem stationären Aufenthalt bestehen bleibt neben dem medizinischen Behandlungserfolg auch sehr stark von der Qualität der Betreuung durch das Pflegepersonal geprägt ist.

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mit gegenwärtig mehr als 56 000 in österreichischen Krankenanstalten Beschäftigten stellt die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen dar (vgl. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html). Obwohl die Wichtigkeit der Pflege für das Gesamtbild von Klinikaufenthalten unumstritten sein müsste, will es nicht so recht gelingen, die Gesundheits- und Krankenpflege als eigene Profession auch dementsprechend kompetent innerhalb der Bevölkerung zu präsentieren. Die Frage warum wir so schwer wegkommen vom Image der ärztlichen Assistenz und warum sogar innerhalb der Berufsgruppe das Verständnis für die Eigenständigkeit der Pflege oft so mangelhaft ist, drängt sich mir geradezu auf. Ich habe mich dazu auf eine Zeitreise begeben, um dem Weg der Krankenpflege im Wandel der Zeit zu folgen und stieß dabei auf Interessantes, Faszinierendes und Schockierendes und fand auch Antworten.

Meinen Dank aussprechen möchte ich bei dieser Gelegenheit den Menschen, die mich in dieser Zeit unterstützt haben: Allen voran meiner Betreuerin Frau Tanja Leinthal, die mich fachkundig und geduldig begleitet hat und meiner Familie ohne deren Verständnis und Unterstützung diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Klagenfurt, am 6.8.2014

Sigrid Perchtaler

1 EINFÜHRUNG IN DIE THEMATIK

Kranke und hilfsbedürftige Menschen zu pflegen war immer schon ein wichtiger Teil des gesellschaftlichen Zusammenlebens. Die Verantwortungsbereiche der Krankenpflege haben sich stetig erweitert. Diese Erweiterung des beruflichen Tätigkeitsfeldes setzt hohe fachliche Kompetenz voraus, die schon lange vorhanden ist, aber erst mit dem GuKG vom Jahr 1997 eine rechtliche Basis erhalten hat. Der eigenständige Tätigkeitsbereich erlaubt und verpflichtet unter anderem in Eigenverantwortung zu planen, handeln und zu evaluieren.

Diese neuen Pflichten waren Veränderung, und Veränderung braucht Zeit. Warum aber nach mittlerweile mehr als fünfzehn Jahren noch immer bei Mitarbeitern der eigenen Profession Unmut vorhanden ist über die Pflichten der schriftlichen Planung und Dokumentation erscheint doch einer genaueren Betrachtung würdig. Die Medizin befindet sich in ständigem wissenschaftlichem Fortschritt, mit dem die Pflege Schritt halten muss. Die Führungskräfte prägen in großem Ausmaß die Kultur innerhalb eines Teams. Das umfasst unter anderem auch eben den Umgang mit der eigenen Profession, den Umgang mit der Verantwortung von Eigenständigkeit und das Bewusstsein über die eigene Kompetenz. Und nicht zuletzt die Wertschätzung sich selbst und dem eigenen Beruf gegenüber ohne die es keine Wertschätzung und kein hohes Ansehen von anderen Professionen und von der Bevölkerung geben kann.

In dieser Arbeit wird folgender Forschungsfrage nachgegangen:

„Wie veränderte sich das Ansehen der Krankenpflege im Laufe der Zeit in Österreich?“¹

Um in die Thematik einzutauchen und auch ein einheitliches Verständnis von den Begriffen sicherzustellen werden im diese im Folgenden definiert.

¹ Es wird darauf hingewiesen, dass die in dieser Arbeit verwendeten personenbezogenen Ausdrücke Männer und Frauen gleichermaßen betreffen.

2 BEGRIFFSERKLÄRUNGEN

Das Wort **Ansehen** bedeutet Achtung, hohe Meinung und Wertschätzung (vgl. <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/ansehen>).

„Ansehen steht für

- Image, die mit einem Objekt verbundenen Assoziationen
- Leumund, die Unbescholtenheit
- Prestige, die generelle soziale Wertschätzung
- Renommee, der gute Leumund
- Reputation, der Ruf von Vertrauenswürdigkeit und Kompetenz
- Ruhm, die soziale Wertschätzung auf Grund hervorragender Taten“ (<http://de.wikipedia.org/wiki/Ansehen>).

Das Wort **Berufung** wird im religiös-spirituellen Zusammenhang verwendet und meint das Vernehmen einer inneren Stimme, die einen zu einer bestimmten Lebensaufgabe drängt (vgl. [http://de.wikipedia.org/wiki/Berufung_\(Religion\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Berufung_(Religion))).

Die Merkmale eines **Berufes bzw. einer Profession** hingegen werden wie folgt beschrieben:

- „Spezialisiertes Wissen durch Forschung und Akademisierung des Berufsstandes und damit verbunden ein hohes Qualifikationsniveau.
- Handlungsautonomie bei der Festlegung des Arbeitsinhaltes, der Ausführung ihrer Tätigkeit und die Abwesenheit fachfremder Kontrollen“ (Kemetmüller/Fürstler 2013, S. 237).

Es ist festzustellen, dass die Berufung in der Definition in Zusammenhang steht mit einer Lebensaufgabe im religiösen Sinn und nicht mit Kompetenz und Ansehen. Im Folgenden wird auf wichtige Epochen der Geschichte der Krankenpflege in Österreich eingegangen, die die Profession maßgeblich geprägt haben und sie letztlich auch zu dem gemacht haben, was sie heute ist.

3 DIE ANFÄNGE DER KRANKENPFLEGE IN ÖSTERREICH

Als Beginn der beruflichen Krankenpflege in Österreich kann die Eröffnung des Wiener Allgemeinen Krankenhauses (siehe dazu Abb. 1) im Jahre 1784 gesehen werden.

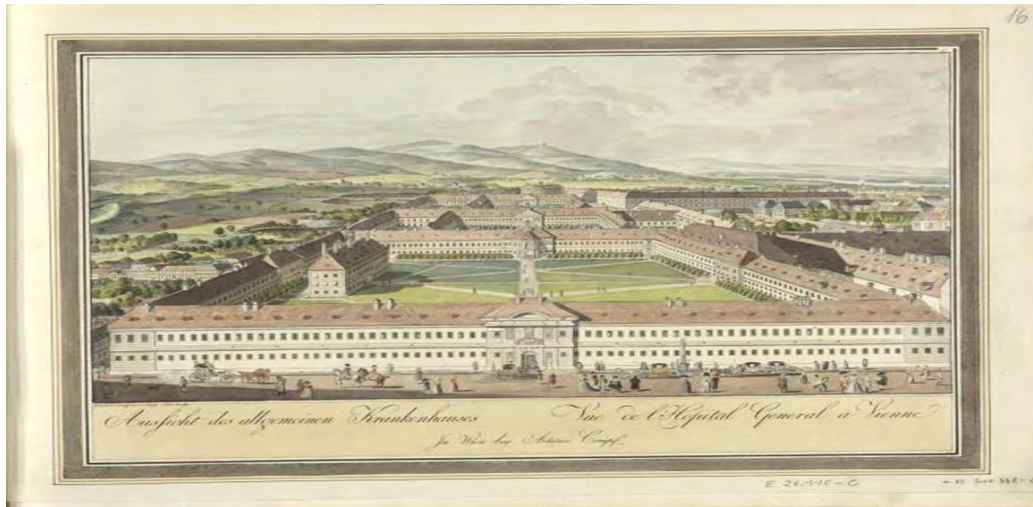


Abbildung 1: Allgemeines Krankenhaus Wien 1784 (Quelle: http://austria-forum.org/af/AEIOU/All-gemeines_Krankenhaus).

Zu dieser Zeit war Wartpersonal zum Dienst im Krankenhaus eingesetzt. Die Wärterinnen und Wärter waren zwar erstmals besoldet, aber die Bedingungen in den Krankenhäusern waren denkbar schlecht und auch die Bezahlung war gering. So war das Wartpersonal bekannt für Diebstahl, Habgier und Trunksucht. Die Zusammensetzung aus Männern und Frauen war ursprünglich ausgeglichen weil nur geschlechtsspezifisch gepflegt werden durfte. Das änderte sich mit der Aufhebung dieser Bestimmung im Jahr 1796. Ab diesem Zeitpunkt waren die Frauen in der Überzahl – nur die Führungspositionen blieben männlich besetzt (vgl. Dorffner 2001, S. 35ff).

Diese Führungspositionen waren Aufsichtspersonen für das Wartpersonal, die nicht aus den eigenen Reihen in die Führung aufgestiegen, sondern Beamte aus dem Bereich des Kanzleidienstes waren. Die Wärterinnen und Wärter selbst konnten vielfach nicht lesen und schreiben und waren – nicht immer aber meist – aus den niedrigsten sozialen Schichten. Die Tätigkeit war eine reine Anlernertätigkeit, die durch die Gesindeordnung geregelt war. Das Beheizen und Lüften der Krankenzimmer, die Reinigung desselben, das Verabreichen von Nahrung und der Wechsel von gebrauchter Bettwäsche gehörten zu den hauptsächlichen Aufgaben (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S. 166ff).

3.1 Orden und Diakonissen

Während das Wartpersonal immer mit existenziellen Sorgen zu kämpfen hatten und trotz langer Arbeitszeiten und sehr schlechter Bedingungen immer auf Geschenke und Trinkgelder angewiesen war, waren die katholischen Ordensschwestern und evangelischen Diakonissen existenziell abgesichert. Das Mutterhaus gewährte Unterkunft, Verpflegung, ein Taschengeld und die Möglichkeit einen Beruf auszuüben, was für Frauen zu dieser Zeit nicht selbstverständlich war. Dafür waren die straffen Regeln und die strenge Unterweisung in den Mutterhäusern zu akzeptieren und es wurde Unterwürfigkeit und Gehorsam verlangt.

Diese Eigenschaften eigneten sich zu dieser Zeit auch gleichzeitig gut für die Arbeit in der Krankenpflege. Die fachliche Kompetenz der geistlichen Pflegekräfte war nicht wesentlich besser als die des Wartpersonals. Dieser Mangel wurde aber wettgemacht durch fürsorgliche Betreuung und Nächstenliebe. Es entstand ein Konkurrenzkampf zwischen Wartdienst und geistlicher Pflege: Die Ordensschwestern und Diakonissen galten als kostengünstigere Pflegekräfte, weil sie ohne Lohn arbeiteten. Sie beanspruchten aber eine Klausur während der Wartdienst in einfachen Verschlagen untergebracht war, und der Spitalserhalter bezahlte die Leistungen der Schwestern an den Orden (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S. 168f).

3.2 Der Ruf nach Ausbildung in der Krankenpflege

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts begann man auch zu erkennen, dass es unumgänglich war, die medizinischen Maßnahmen durch eine Pflege zu unterstützen, die nicht nur die Voraussetzungen im Umgang mit Patienten hatte. Es wurde klar, dass auch medizinische Grundkenntnisse erforderlich waren um beispielsweise Patienten nach Operationen gut zu versorgen. Somit war die Notwendigkeit einer Ausbildung zumindest erkannt.

Der Wiener Arzt Maximilian Schmidt scheiterte mit seinem Versuch, das Wartpersonal an der Wiener Universität an Wochenenden und gegen Honorar zu schulen. Es waren einerseits die mangelnden intellektuellen Fähigkeiten und andererseits die langen und anstrengenden Dienste die es dem Wartpersonal unmöglich machten an den Schulungen teilzunehmen. Einen Schritt in Richtung qualifiziertes Pflegepersonal schaffte Mitte des 19. Jahrhunderts Theodor Helm, der damalige medizinische Direktor des Allgemeinen Krankenhauses in Wien (vgl. ebd., S. 170f).

Theodor Helm wollte die bürgerliche Frau in die Krankenpflege einbinden, denn sie brachte neben einer etwas besseren Grundbildung auch noch Gewissenhaftigkeit, Sanftmut und Bescheidenheit mit und war auch leicht zu führen, weil sie es gewohnt war sich unterzuordnen. Um diese Bevölkerungsschicht für die Pflege zu gewinnen, setzte er Tagelöhnerinnen ein, die das Wartpersonal von den schwersten Schmutzarbeiten entlasten sollten (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S. 170f).

3.2.1 Die Rudolfinerinnen

Der Durchbruch aber gelang dem Chirurgen Theodor Billroth (siehe dazu Abb. 2) mit der Eröffnung des Wiener Rudolfinerhauses, der ersten Ausbildungsstätte für Pflegerinnen im Jahr 1882.



Abbildung 2: Theodor Billroth (Quelle: <http://www1.wdr.de/themen/archiv/stichtag-/stichtag5398.html>).

Die Ausbildung dauerte drei Jahre. Im ersten Jahr wurde ausschließlich von Ärzten unterrichtet und in den beiden folgenden Jahren wurde praktisch angeleitet. Das war die Aufgabe der Schwestern, wie die Rudolfinerinnen sich in Anlehnung an die geistlichen Schwestern nannten (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S. 172f). Um in den Kreis der Rudolfinerinnen aufgenommen zu werden musste die Ausbildung absolviert und eine fünfjährige Dienstzeit nachgewiesen werden. Den Rudolfinerinnen wurde eine Anstellung auf Lebenszeit zugesichert, allerdings nur unter der Bedingung des Verzichts auf Heirat (vgl. Hiemetzberger/Messner/Dorfmeister 2013, S. 128f).

3.2.2 Die „blauen Schwestern“

Nach dem Vorbild des Rudolfinerhauses richtete Viktor Mucha im Jahr 1904 eine Ausbildungsstätte für Pflegerinnen am Wiener Allgemeinen Krankenhaus ein: Das Pflegerinnen

Institut. Um die finanziellen Mittel zu bekommen, war Mucha auf private Geldgeber angewiesen, da die öffentliche Hand nicht genügend Mittel bereitstellte.

Auch hier war die Ausbildung im ersten Jahr theoretisch und es wurde von Ärzten unterrichtet. Daneben aber wurde von der damaligen Oberin Marie Auer in Krankenpflegetechnik unterwiesen. Sie war es auch, die neben dem Unterricht in der Krankenpflege darauf achtete, Lücken im Schulwissen und in der Erziehung zu füllen. Absolventen dieser Ausbildung wurde freie Unterkunft, Verpflegung und Dienstkleidung zur Verfügung gestellt. Diese Dienstkleidung, die aus einem blauen Kleid mit weißer Schürze und einer Haube bestand, war verantwortlich für die Bezeichnung „blaue Schwestern“. Neu war auch, dass es eine Vorsorge für den Fall von Arbeitsunfähigkeit gab und so auch für weltliche Schwestern eine gewisse existenzielle Sicherheit gewährleistet war. Eine der ersten Absolventinnen dieses Institutes war Hedwig Birkner, die in weiterer Folge zu den Pionierinnen der Krankenpflege in Österreich zählte (vgl. Dorffner 2001, S. 85ff).

Die „blauen Schwestern“ bewährten sich und gewannen schnell einen guten Ruf, sie waren aber auch mit Schwierigkeiten konfrontiert: Die Ordensschwestern betrachteten sie als Konkurrenz. Das Wartpersonal, das noch immer in der Überzahl war, hatte das Bild der Krankenpflege stark geprägt und die Ärzte fürchteten, dass die Schwestern zu selbständig werden könnten (vgl. Hiemetzberger/Messner/Dorfmeister 2013, S. 129).

3.3 Die Besonderheiten des „österreichischen Weges“

„In no country is a more crushed and downtrodden nursing personnel to be found“. So dramatisch formulierten zwei amerikanische Pflegehistorikerinnen die Situation der Pflegepersonen in Österreich im Jahr 1907 in ihrem Buch (vgl. Nutting/Dock 1907, in Hiemetzberger/Messner/Dorfmeister 2013, S. 127).

Rund hundert Jahre nach dem Beginn der beruflichen Krankenpflege in Österreich gab es wohl Reformbestrebungen und auch erste Krankenpflegesschulen, aber insgesamt war der Fortschritt im Vergleich zur Medizin zögerlich. Und auch in der weiteren Entwicklung wurden Reformbewegungen immer wieder gebremst durch politische Ereignisse und Kriege. Worin aber unterschied sich Österreich von anderen Ländern?

Im Folgenden sind einige Vergleiche zum Nachbarland Deutschland angestellt:

Diakonissenmutterhäuser hatten, anders als in Deutschland, einen geringen Anteil an der Krankenpflege in Österreich, da auch der Anteil an protestantischen Kirchengemeinden gering war. Die katholischen Ordenshäuser übten schon eher Einfluss aus. In Österreich wurde aber das „Mutterhaussystem“ auf die berufliche Krankenpflege übertragen. In Österreich wurden die Gesetze sowohl für den Berufsvollzug als auch für die Berufsausbildung immer in ein und demselben Ministerium geregelt. Daraus resultierte eine sehr praxisorientierte Ausbildung und die Verhinderung der Einbindung der Krankenpflegeschulen in ein höheres Ausbildungswesen, weil das Gesundheitsministerium seinen Schwerpunkt auf die Berufsausübung setzt (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S. 159).

In Deutschland wurde schon im Jahr 1903 die Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (BO) gegründet und schloss sich mit Berufsvereinigungen aus England, Irland und den USA zusammen. Daraus entstand der international Council of Nursing (ICN). Die BO wurde in der Gewaltherrschaft des dritten Reiches aufgelöst, entstand nach dem Zweiten Weltkrieg aber als „Agnes Karll Verband“ neu und im Jahr 1973 entwickelte sich daraus der deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (vgl. Hiemetzberger/Messner/Dorfmeister 2013, S. 109). In Österreich ist es bis heute noch nicht gelungen, eine durchsetzungsfähige Berufsvertretung der Krankenpflege zu gründen.

Die Berufsbezeichnung „Schwester“ wurde in Österreich von den Ordensschwestern, den Absolventen des Rudolfinerhauses und den Absolventen der Ausbildungsstätte für Pflegerinnen am Wiener Allgemeinen Krankenhaus mit Stolz getragen, weil man sich dadurch von den Wärterinnen, die keine Ausbildung hatten, abgrenzen wollte. Auch in Deutschland kämpfte Agnes Karll für diese Berufsbezeichnung weil sie darin die schwesterliche Zugehörigkeit zueinander sah und somit die Krankenpflege als Liebesdienst.

In Deutschland lautet die offizielle Berufsbezeichnung seit dem Jahr 2004 „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S. 238). In Österreich hingegen ist die Bezeichnung Schwester sowohl in der offiziellen Berufsbezeichnung als auch in der täglichen Praxis in den Krankenanstalten noch präsent.

3.4 Zusammenfassung

In den Anfängen der beruflichen Krankenpflege waren die nicht ausgebildeten und oftmals aus den Randgruppen der Gesellschaft stammenden Wärter und Wärterinnen als reiner ärztlicher Hilfsdienst zur Krankenpflege eingesetzt. Sie hatten nicht nur mit existenziellen

Sorgen wegen der schlechten Bezahlung zu kämpfen sondern auch mit einem schlechten Ruf in der Gesellschaft.

Parallel dazu taten Schwestern aus den Orden und Diakonissen ihren Dienst in der Krankenpflege. Ihre Situation unterschied sich von den Wärtern insofern, dass sie vom Mutterhaus her finanziell abgesichert waren und so bessere Wohn- und Arbeitsbedingungen hatten.

Mit der Erkenntnis, dass der rasante Fortschritt in der Medizin auf geschultes Krankenpflegepersonal nicht länger verzichten kann, eröffnete Theodor Billroth mit dem Rudolfinerhaus die erste Ausbildungsstätte für Krankenpflege Österreichs im Jahr 1882. Viktor Mucha folgte 1904 mit dem Pflegerinnen Institut am Wiener Allgemeinen Krankenhaus und ließ dort die „blauen Schwestern“ ausbilden. Zur Verbesserung des Ansehens der Krankenpflege war die Ausbildung ein erster wichtiger Schritt. Im Vergleich zu Deutschland hatte Österreich einen niedrigen Anteil von Orden und Diakonissen, dafür aber wurde das Mutterhaussystem von der weltlichen Pflege übernommen. Außerdem war die Berufsausbildung sehr praxislastig und die Bildung einer Berufsvertretung ließ noch auf sich warten. Die Berufsbezeichnung Schwester etablierte sich damals auch in der professionellen Pflege und ist in Österreich im Unterschied zu Deutschland bis heute in der offiziellen Berufsbezeichnung enthalten.

Die Entwicklung zu mehr Professionalität und besserem Ansehen war also in Gang gesetzt, stand aber immer sehr in Abhängigkeit von den politischen Ereignissen. Besonders einschneidend – meist negativ aber mitunter auch in gewisser Weise positiv - wirkten sich Kriege aus.

4 KRIEG UND KRANKENPFLEGE

Besonders in Zeiten kriegerischer Auseinandersetzungen wurden die Bedeutung und die Notwendigkeit einer qualifizierten Krankenpflege in besonderem Maß bewusst. In diesem Zusammenhang ist eine für die Krankenpflege bedeutende Persönlichkeit zu nennen, die keine Österreicherin war, aber die Pflege im Allgemeinen und auch in Österreich entscheidend beeinflusst hat:

4.1 Florence Nightingale

Florence Nightingale (siehe Abb. 3) wurde am 12. Mai 1820 in Florenz als Tochter einer reichen und angesehenen Familie geboren. An ihrem Wunsch in der Krankenpflege tätig zu sein hielt sie trotz heftigem Widerstand der Familie fest, las Bücher über dieses Thema und besuchte auf ihren Reisen Krankenhäuser. Im Diakonissenmutterhaus in Kaiserswerth (Deutschland) absolvierte sie schließlich die Krankenpflegeausbildung. Finanziell unterstützt von ihren Eltern wirkte sie in einem privaten Pflegeheim in London.



Abbildung 3: Florence Nightingale (Quelle: http://www.zeit.de/wissen/geschichte/2010-08/nigh-tingale-krankenpflege/seite_2).

Nach dem Ausbruch des Krimkrieges im Jahre 1853 leitete sie als Generaloberin die Pflege in den Lazaretten im britischen Hauptquartier in Scutari, dem heutigen Stadtteil Üsküdar von Istanbul. Sie arbeitete auch selbst in der Pflege mit, übernahm aber vor allem organisatorische Tätigkeiten wie die Beschaffung von benötigten Materialien und Personal. Nightingale selbst hielt auch nachts Nachschau nach ihren verwundeten Soldaten und verwendete dabei eine Lampe. Auch bekannt als „The lady with the lamp“ erlangte sie große

Beliebtheit bei den Soldaten in den Lazaretten und auch zu Hause in Großbritannien. Als Nightingale nach Kriegsende im Jahr 1856 nach Hause zurückkehrte, war sie chronisch krank und durch Infektionen geschwächt (vgl. <http://www-.zeit.de/wissen/geschichte/2010-08/nightingale-krankenpflege/seite-2>).

Nightingale lebte im Weiteren sehr zurückgezogen, veröffentlichte aber Bücher die sich unter anderem mit den Themen Krankenpflege, Hygiene, und der Bauweise von Krankenhäusern beschäftigten. Ihre Überzeugung, dass die Krankenpflege über ein eigenständiges pflegerisches Wissen verfügen sollte führte im Jahr 1860 zur Gründung der Krankenpflegeschule am St. Thomas Hospital in London. Florenz Nightingale übernahm die Leitung nicht selbst, traf aber im Hintergrund die Entscheidungen. Österreich kam indirekter Weise in den Genuss des Wissens der „lady with the lamp“: Als Bekannte von Theodor Billroth berichtete sie ihm über ihre Erfahrungen im Diakonissenmutterhaus persönlich und half so mit, das Konzept für die Pflegerinnenschule am Rudolfinerhaus zu entwickeln (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S. 158).

Darüber hinaus hatte ihr Tun aber Auswirkungen auf die Krankenpflege auf der ganzen Welt. Florenz Nightingale war eine Pionierin der Krankenpflege. Sie übernahm Führung, organisierte und nützte auch ihre finanziellen Mittel und ihren gesellschaftlichen Einfluss um die Dinge, von denen sie überzeugt war, voranzutreiben. Sie pflegte aber auch selbst, opferte sich dabei auf und verlangte diese Selbstaufopferung ebenso von ihren Schwestern. Sie beschäftigte sich mit Statistiken und baute so vor für die Entstehung der Pflegewissenschaften. Vieles was sie damals schon wusste, hat bis heute Gültigkeit und vieles ist durch die Veränderungen der Zeit nicht mehr aktuell.

4.2 Die Verordnung des Ministers für Inneres und der Erste Weltkrieg

Wie in den vorangegangenen Kapiteln schon ausgeführt, waren mit der Krankenpflegeschule des Rudolfinerhauses und dem Pflegerinnen Institut am Allgemeinen Wiener Krankenhaus schon Ausbildungsstätten vorhanden, es fehlten aber noch die gesetzlichen Grundlagen dafür.

Diese gesetzlichen Grundlagen waren in der „Verordnung des Ministers für Inneres“, die am 25. Juni 1914 in Kraft trat, festgelegt. Nach dieser Verordnung hatte eine Krankenpflegeschule einem Krankenhaus angeschlossen zu sein. Vorstand hatte der medizinische Leiter der Krankenanstalt zu sein und die Leitung des Internates war die Aufgabe der Schulo-

berin. Die Aufnahmebedingungen waren genau definiert und waren weniger auf intellektuelle Fähigkeiten ausgerichtet sondern vielmehr auf Charaktereigenschaften wie z.B. Geduld und Aufopferungsbereitschaft. Es wurde ein Berufszölibat eingeführt, das heißt eine eigene Familie zu haben oder auch nur einen eigenen Haushalt schloss die Aufnahme in die Krankenpflegeschule aus. Die Dauer der Ausbildung war mit 2 Jahren festgelegt und die abschließenden Prüfungen wurden ausschließlich von Ärzten abgenommen. Einzig das Verhalten der Schülerinnen wurde von der Schuloberin beurteilt (vgl. Hiemetzberger/Messner/Dorfmeister 2013, S. 129f).

Am Ende der Ausbildung stand die Verleihung eines Diplomes und einer Brosche. Das Diplom war fortan die Berechtigung zur Berufsausübung. Für die Wärterinnen gab es Übergangsbestimmungen und Ergänzungskurse um das Diplom zu erwerben. Als einzige wirkliche Neuerung der Verordnung kann das Gelöbnis gesehen werden, das die Pflegerinnen ablegen mussten zur Leistung der Krankenpflege im Kriegsfall und bei Epidemien (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S. 176).

Der Zeitpunkt für die Verordnung war kein Zufall. Es waren zum einen die Emanzipationsbestrebungen der Frauen zu dieser Zeit. Zum anderen waren es einmal mehr die Ärzte, die erkannten, dass die rasante Weiterentwicklung der Medizin auch besser geschultes Pflegepersonal braucht. Der wahrscheinlich vordringlichste Grund aber war die politisch sehr angespannte Situation in der sich Österreich – Ungarn damals befand. Das bestätigt auch die Tatsache, dass Franz Ferdinand, der Thronfolger persönlich sich um das rasche Zustandekommen der Verordnung kümmerte (vgl. Dorffner 2001, S. 133).

Tatsächlich erfolgte der Ausbruch des Ersten Weltkrieges schon etwa einen Monat nach in Kraft treten der Verordnung. So konnte die Verordnung auch nur teilweise und schleppend umgesetzt werden. Es war nicht möglich neue Schulen zu eröffnen (abgesehen von der „Krankenpflegeschule der österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuze“). Es war notwendig, die Ausbildung stark zu verkürzen, um rasch Pflegekräfte heranzubilden. Man versuchte, zumindest pro Station eine diplomierte Schwester einzusetzen – die Stationschwester. Und man konnte bei der Aufnahme in die Ausbildung die Auswahlkriterien nicht einhalten. Weil es trotz allem nicht möglich war, ausreichend Pflegepersonal bereitzustellen war man darauf angewiesen, Pflegerinnen aus der Schweiz und aus Deutschland bzw. dem deutschen Reich zu holen. So lernte man in Österreich berufsmäßig geschulte Pflege kennen und auch die Entlohnung musste zwangsläufig dem höheren Lohnniveau angepasst werden. Diese Forderung bestand in Österreich schon lange – jetzt konnte sie durchgesetzt werden (vgl. ebd., S. 173ff).

Abbildung 4 zeigt zum besseren Verständnis ein Portrait in einem österreichischen Krankenhaus zur Zeit des Ersten Weltkrieges.



Abbildung 4: Portrait in einem österreichischen Krankenhaus (Quelle: http://austria-forum.org/af/Bilder_und_Videos/Historische_Bilder_IMAGNO/Krankenh%C3%A4user/00266294).

4.3 Die Situation der Krankenpflege in der Zwischenkriegszeit

Nach Ende des Ersten Weltkrieges war man von Einheit im Krankenpflegeberuf weiter denn je entfernt: Es gab die freiwilligen Kriegskrankenpflegerinnen, die völlig verarmt aus dem Krieg zurückkehrten und in Kursen ausgebildet worden waren. Es gab noch immer die „Wärterinnen des alten Stils“ und es gab auch diplomierte Krankenpflegerinnen, die die Ausbildung gemäß der Verordnung absolviert hatten. Die folgenden Jahre waren geprägt von der Aufbauarbeit und einer verarmten österreichischen Gesellschaft. Es waren umfangreiche Einsparungsmaßnahmen notwendig, die mit Ende der Zwanzigerjahre auch die Krankenpflege schwer trafen. Wieder wurde die Tätigkeit in der Krankenpflege als ideeller Dienst gesehen und es musste für die Gehaltsforderungen gekämpft werden. Das geschah auch durch wiederholte Streikaktionen (vgl. Dorffner 2001, S.2013ff).

In dieser Zeit wurde auch das Bundesministerium für Gesundheit errichtet, das in weiterer Folge für die Belange der Krankenpflege zuständig war. Die hohe Arbeitslosigkeit im Land erfasste auch den Krankenpflegeberuf und erreichte in den Jahren 1933/34 ihren Höhepunkt. Selbst unter den ohnehin nur acht bestehenden Krankenpflegesschulen wurden Schließungen notwendig um dem Abbau von Pflegepersonal Rechnung zu tragen. Die größten Probleme des Pflegeberufes waren einmal mehr die Uneinigkeit (es wurden mehrere kleine Berufsverbände gegründet, die sich aber allesamt bald wieder auflösten) und

die schlechte arbeitsrechtliche und finanzielle Situation sowie die fehlende Einheitlichkeit der Ausbildung (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S. 181f).

4.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, der bevorstehende Erste Weltkrieg die politisch Verantwortlichen dieser Zeit zum raschen Handeln zwang und aus diesem Handlungsbedarf heraus die Verordnung des Ministers für Inneres entstand. Zu überstürzt aber um wirkliche Reformen zu beschließen und zu spät um die Qualität der Krankenpflege vor Kriegsausbruch zu verbessern. Mehr denn je war man in der Zeit des Ersten Weltkrieges darauf angewiesen ohne jedes Selektieren Pflegekräfte zu rekrutieren und die Ausbildung zu verkürzen.

Der Erste Weltkrieg hatte also die Profession in ihrer Entwicklung zurückgeworfen und die Zwischenkriegszeit – geprägt von Armut – ließ die Krankenpflege wieder im wahrsten Sinn des Wortes wieder zum unbezahlbaren Liebesdienst werden. Der Einsatz von Pflegepersonal aus den Nachbarländern brachte gewisse Vorteile für die Weiterentwicklung in puncto Entlohnung und Ausbildung. Und sicherlich zog man auch seine Lehren aus der Tatsache, dass man es verabsäumt hatte rechtzeitig ausreichend kompetentes Pflegepersonal auszubilden um für den Kriegsfall vorbereitet zu sein.

Aus der Armut der Zwischenkriegszeit heraus führte der Weg der Österreicher in ein dunkles Kapitel der Geschichte, das alle betraf und noch immer betrifft besonders aber den Beruf der Krankenpflege.

5 DER ZWEITE WELTKRIEG

Der Zweite Weltkrieg begann mit dem Angriff des deutschen Reiches auf Polen im Jahr 1939 und dauerte bis zum Jahr 1945. Er hatte große Auswirkungen auf Wirtschaft, Industrie und auch die Bevölkerung. Vor allem auf die Rolle der Krankenpflege in dieser Epoche wird im Folgenden eingegangen.

5.1 Neuorganisierung in Ausbildung und Berufspolitik

Als am 12. März 1938 Adolf Hitlers deutsche Truppen in Österreich einmarschierten, taten sie das ohne militärischen Widerstand und unter dem Jubel vieler Österreicher (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S. 182). Die Krankenpflege war für den Nationalsozialismus aus zwei Gründen von besonderer Bedeutung: Einerseits weil sie zum Einsatz an der Front gebraucht wurde. Das zweite Einsatzgebiet war die „Volksgesundheitspflege“, auf deren grausame Umsetzung später noch eingegangen wird (vgl. Hiemetzberger/Messner/Dorfmeister 2013, S. 115).

Schon wenige Tage nach dem Einmarsch der deutschen Wehrmacht in Österreich gab es einen Erlass der Nationalsozialisten für die Pflegepersonen: Es musste ein Eid auf Hitler abgelegt werden. Parallel dazu wurden sofort die Leitungen an Krankenanstalten und Krankenpflegeschulen ausgetauscht, die nicht der nationalsozialistischen Ideologie entsprachen und in weiterer Folge auch nachgeordnete Pflegepersonen. Die Ausbildung wurde unter bestimmten Bedingungen verkürzt und an die „Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Krankenpflege“ gebunden. In der Praxis bedeutete das für nahezu alle, die den Bedingungen entsprachen eine Kurzausbildung, die im Extremfall nur zwei Wochenenden dauerte (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S 182ff).

Im Dezember 1938 wurden die gesetzlichen Bestimmungen bezüglich der Krankenpflegeausbildung des deutschen Reiches übernommen.

Unter anderem wurde dadurch

- die Ausbildung auf eineinhalb Jahre verkürzt (mit oben genannten „Ausnahmebestimmungen“ zu verkürzten Ausbildung),
- die Bekleidung von Führungspositionen mit sehr geringer oder gar nicht vorhandener Ausbildung ermöglicht
- die Ausgrenzungspolitik gegenüber Juden und anderen Bevölkerungsgruppen gesetzlich erlaubt und vorgeschrieben

- und das nationalsozialistische Ideengut in Form von Unterrichtsgegenständen wie Erb- und Rassenkunde und Bevölkerungspolitik vermittelt (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S 182ff).

So konnte in kurzer Zeit eine große Zahl an, wenn auch schlecht ausgebildeten, Pflegekräften gewonnen werden, die alle nicht ideologisch entsprechenden Pflegekräfte ersetzen konnten und dazu noch den vermeintlichen Erfordernissen des Kriegsgeschehens gerecht wurden. Die Gewerkschaften wurden ebenso aufgelöst wie die „Vereinigung der diplomierten Krankenschwestern Österreichs“. Stattdessen mussten sich die Pflegepersonen für eine von drei regimiekonformen Schwesternverbänden entscheiden:

1. dem Reichsbund der freien Schwestern und Pflegerinnen,
2. der NS Schwesternschaft oder
3. dem Deutschen Roten Kreuz (vgl. ebd.).

Einer der Gründe warum es in der Folge zu derart grausamen und abscheulichen Verbrechen in der Krankenpflege gekommen sein kann, mag die immer schon autoritär bestimmte Struktur in Krankenanstalten gewesen sein. Gerhard Fürstler bringt diese Vermutung im Folgenden treffend zum Ausdruck: „Die berufliche Pflicht zur kritiklosen Unterordnung und Fügsamkeit und bei manchen wohl auch die Begierde, selbst über eine ähnlich große Macht zu verfügen, wie sie sonst Ärztinnen und Ärzten zukam, machten diese seit jeher im Gehorsam geschulten Pflegepersonen zu unentbehrlichen Vollstreckern ärztlich angeordneter Tötungsaufträge“ (Kemetmüller/Fürstler 2013, S. 197).

5.2 Tätigkeitsbereiche des Pflegepersonals in der NS Zeit

Im Anschluss sind die Einsatzbereiche des Krankenpflegepersonals in der NS Zeit angeführt, die bedeutendsten werden näher beschrieben:

5.2.1 Gemeindegeschwester

Diese sollten für die „Volksgesundheitspflege und nachgehende Fürsorge“ gemeinsam mit den Fürsorgerinnen zuständig sein im Sinne der nationalsozialistischen Ideologie. Das hieß, sie hatten die Pflicht, Personen die an einer Erbkrankheit litten oder an Alkoholismus, zu melden. Es muss davon ausgegangen werden, dass diese „Aufgaben“ auch erfüllt wurden (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S 187f).

5.2.2 Lebensborn Mütterheime der SS

Darunter sind Einrichtungen zu verstehen in denen Schwangere, Säuglinge und Kinder untergebracht waren. Es wurde vorgegeben, dass es sich um eine Art karitative Einrichtung

handelt, die zur Unterstützung von Müttern dient, die ledig Kinder gebären. Es musste der Nachweis der arischen Abstammung erbracht werden und Erbkrankheiten mussten ausgeschlossen werden, um in den Lebensborn Heimen aufgenommen zu werden. Diese Heime wurden aber auch und wahrscheinlich vor allem dazu genutzt die von NS Offizieren schwangeren Frauen unterzubringen ohne dass deren Familien davon erfuhren. Eines der Ziele war es, Abtreibungen von arischem Nachwuchs zu verhindern. Verschleppte Kinder wurden klassifiziert und dann dementsprechend entweder zur Adoption an arische Familien vermittelt oder in Arbeitslager weitergeschickt (vgl. <http://www.spiegel.de/einestages/ss-lebensborn-a-948211.html>).

5.2.3 Beteiligung an NS(Euthanasie)-Verbrechen

Ziel war es vorerst, körperlich und geistig behinderte Menschen, die sich in Heil und Pflegeanstalten befanden, in „Meldebögen“ zu erfassen. Dazu wurden besagte Meldebögen an alle Heil und Pflegeanstalten versendet. Von Ärzten und Pflegepersonen sollten Pflegelinge gemeldet werden, die u.a. an Schizophrenie, Epilepsie, Geschlechtskrankheiten oder „Schwachsinn“ litten und sich länger als fünf Jahre in der Anstalt befanden. Daneben wurden noch Arbeitsfähigkeit und arische Abstammung abgefragt. Die versendeten Daten waren in weiterer Folge die Grundlage für die Ermordung von zigtausenden Menschen, die deportiert und mit Injektionen, Tabletten oder in Gaskammern getötet wurden. Pflegepersonen wirken aber nicht nur durch derartige Meldebögen an der Ermordung von Menschen mit. Es wurde auch in „Arbeitsteilung“ von Ärzten die Tötung angeordnet und von den Pflegeenden ausgeführt.

In der Heil und Siechenanstalt des Landeskrankenhauses Klagenfurt wurde sogar die Medikation und der Zeitpunkt der Tötung vom Pflegepersonal ausgewählt und selbst durchgeführt. In manchen Fällen wurden auch die Patienten ausgewählt, weil sie „lästig“ waren oder weil sie „die Geneigtheit“ des Pflegepersonals verloren hatten. In einem der sechs NS(Euthanasie)-Prozesse die unmittelbar nach 1945 stattfanden wurden von den in der Irren- und Siechenanstalt tätigen der Primararzt und sieben Pflegepersonen verurteilt für die Ermordung von insgesamt ca. 1000 Menschen (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S. 189ff).

Neben den im Vorfeld angeführten Tätigkeitsbereichen, wurde auch in folgenden die Pflege eingesetzt. Da diese aber für die vorliegende Arbeit nicht weiter verfolgt werden, sind sie hier nur exemplarisch angeführt:

- Nationalpolitische Erziehungsanstalten
- Lazarette der Waffen SS

- Arbeitslager

5.3 Widerstand und Verweigerung unmöglich?

Beschämend ist, dass selbst in den Prozessen kein Bedauern für das Geschehene gezeigt wurde und man als Pflegeperson sich dahinter versteckte nur „im Auftrag“ gehandelt zu haben. Es wurde kritiklos gehandelt und mit Sicherheit nicht immer unter Druck. Drei der wenigen Beispiele, dass Verweigerung möglich gewesen ist, seien an dieser Stelle genannt:

- **Schwester Anna Berta von Königsegg:**

Sie erhob als Visitatorin der Barmherzigen Schwestern in Salzburg Protest gegen das NS-Mordprogramm und verbot allen im Landeskrankenhaus Salzburg tätigen Ordensschwestern jede Mithilfe an Sterilisationen, Abholen und Verlegen von Kranken und auch das Ausfüllen von Listen. Sie ging dafür in Gestapo-Haft und erhielt später Gauverbot. Nach Kriegsende kehrte sie nach Salzburg zurück.

- **Franz Sitter:**

Er war psychiatrischer Krankenpfleger und wurde im Jahr 1940 in der NS-Vernichtungsanstalt Hartberg zum Dienst verpflichtet. Er verweigerte die Mithilfe, nachdem ihm klar wurde worum es dort ging und konnte seine Rückversetzung nach Ybbs erreichen. Später wurde er an die Front eingezogen und kehrte 1946 von dort wieder zurück. Seine Zeugenaussagen erlangten später große Bedeutung.

- **Josefine Messner:**

Aus den Akten geht hervor, dass sie sich als einzige in Klagenfurt tätige Krankenschwester weigerte, die ihr aufgetragenen Morde auszuführen oder daran mitzuwirken. Die Konsequenz war lediglich die Versetzung auf eine andere Station (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S.198ff).

5.4 Zusammenfassung

Die nationalsozialistische Gewaltherrschaft in Österreich war gleichermaßen grausam wie von systematischem Vorgehen geprägt. Für die Ausführung ihrer Ideologie stellte die Krankenpflege ein wichtiges Instrument dar und die an Hierarchie und Gehorsam gewöhnte Berufsgruppe erwies sich auch als gut geeignet um Anordnungen auszuführen ohne kritisch zu hinterfragen. Nach Kriegsende wurde aus verständlichen Gründen nur sehr schleppend

Licht in die Geschehnisse dieser dunklen Zeit gebracht. Manches wurde geahndet aber viele Verbrechen werden für immer verborgen bleiben. Aus den Ereignissen und Verbrechen des Zweiten Weltkrieges heraus entstand für die Krankenpflege ein großer Verlust an Ansehen und Vertrauenswürdigkeit. Erst in den darauffolgenden Jahren und Jahrzehnten konnte der Beruf sich wieder davon erholen und sich in seiner fachlichen Kompetenz weiterentwickeln.

6 DIE ZEIT ZWISCHEN 1948 UND 1997

Obwohl Österreich nur langsam wieder Anschluss fand an die Entwicklungen, die vor allem im englischsprachigen Raum vor sich gingen, lassen sich wichtige Meilensteine nennen:

6.1 Die Bildung eines Berufsverbandes

Im Jahr 1948 kam es zur Neugründung der „Vereinigung der diplomierten Krankenschwestern und Krankenpfleger Österreichs“, aus der später der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband wurde. Sofort nach der Gründung allerdings kam schon Gegenwind von Seiten des Gewerkschaftsbundes, der meinte er selbst decke bereits dieselben Zielsetzungen ab. Man konnte sich später zu einer sich ergänzenden Zusammenarbeit einigen in deren Vordergrund die Bemühungen standen, Fortbildungen und das Niveau der beruflichen Bildungen zu forcieren (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S. 202f).

6.2 Reformen in der Ausbildung

In der zweiten Hälfte der 1950er-Jahre wurde der „Schwesternmangel“ wieder vermehrt zum Thema. Es gab zu dieser Zeit männliche Pflegepersonen fast nur im psychiatrischen Bereich und auch für Frauen gab es andere berufliche Möglichkeiten, die attraktiv waren. Man versuchte mehr Bewerber für die Krankenpflegeschulen zu lukrieren indem man das Eintrittsalter in die Krankenpflegeschulen im Jahr 1961 auf 17 Jahre heruntersetzte. Auch die Inhalte der Ausbildung wurden verändert – so erhöhte man die Anzahl der Theoriestunden auf 630 und im Jahr 1969 weiter auf 790 Stunden (vgl. Hiemetzberger/Messner/Dorfmeister 2013, S. 132f).

Trotzdem waren noch immer Ausbildungsinhalte übriggeblieben mit hauswirtschaftlichem Hintergrund wie z.B. Haushalts- und Küchenbetrieb und Zubereitung von Säuglings- und Krankenkost. Erst im Jahr 1973 wurden diese Inhalte aus dem Kurrikulum gestrichen und als nicht mehr berufsrelevant erachtet und zwar mit der **Ersten Krankenpflegeverordnung**. Ab diesem Zeitpunkt waren in der Krankenpflegeausbildung 1850 Stunden Theorie zu absolvieren. Auch das Eintrittsalter in die Krankenpflegeschule wurde erneut verändert: Es konnten bereits 15jährige in die Ausbildung einsteigen.

Das erste Jahr war den allgemeinbildenden Fächern gewidmet und das 2. bis 4. Ausbildungsjahr war der beruflichen Bildung zugeordnet. Mit zehn positiv absolvierten Schuljahren und einem Mindestalter von 16 Jahren war der Einstieg ins 2. Ausbildungsjahr möglich.

Trotz allen Maßnahmen hatte der Schwesternmangel weiter Bestand (vgl. Hiemetzberger/Messner/Dorfmeister 2013, S. 132f).

6.3 Paradigmenwechsel in den 80er Jahren

Ein Wandel innerhalb der Berufsgruppe zeichnete sich in den 80er Jahren ab:

Die Pflegepersonen wollten ihren Beruf nicht länger als Hilfsberuf der Mediziner ansehen und an der Entwicklung mitgestalten. Es wurden die aus den USA stammenden Pflegemodelle implementiert und die Arbeit nach den Pflegeprozessmodellen wurde auch in Österreich begonnen (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S. 203f). 1981 wurden erstmals Ausbildungen für lehrendes und leitendes Personal als Universitätslehrgänge geführt (vgl. Hiemetzberger/Messner/Dorfmeister 2013, S. 133).

Die Mordserie im Pavillon V des Wiener Krankenhauses Lainz, die im Jahr 1989 aufgedeckt wurde und bei der über Jahre Patienten von Pflegepersonen getötet wurden, entfachte heftige Diskussionen über die Ausbildung der Krankenpflegepersonen. Die damalige Regierung sah Handlungsbedarf und wollte die Krankenpflegeausbildung mit Matura abschließen lassen und die Ausbildung für lehrendes und leitendes Personal im Rahmen eines Studiums für Pflegewissenschaften. Von diesen Plänen übrig geblieben ist nach dem Nachlassen des großen Interesses der Medien und der Öffentlichkeit freilich nur ein Bruchteil:

- Ein Schulversuch: Das „Kolleg für Gesundheits- und Krankenpflege“ an der Krankenpflegeschule Krems an der Donau 1993 – 1998.
- Die Einrichtung pflegewissenschaftlicher Studiengänge: Dazu waren aber trotz allem noch hartnäckige Bemühungen von engagierten Angehörigen des Pflegeberufes notwendig (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S. 204).

6.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass also einmal mehr das Wissen um die Verbesserungswürdigkeit von Auswahl und Ausbildung der Pflegepersonen vorhanden war. Es gab fortlaufend Bemühungen mehr Menschen zum Ergreifen dieses Berufes zu bewegen. Die Anzahl der Theoriestunden wurde zwischen Mitte 1950 und Mitte 1970 beinahe verdreifacht. Dazu kam es in den 1980er Jahren zum Paradigmenwechsel innerhalb der Berufsgruppe und zur Einführung des Pflegeprozessmodelles, das die Pflege zu etwas Nachvollziehbarem mit klar definierten Zielen und Maßnahmen werden ließ. Aber wie schon

in den Jahrzehnten und Jahrhunderten zuvor lag es wohl vor allem an den finanziellen Mitteln, dass sich die Situation nur sehr schleppend verbesserte. Und weiterhin war es ein Problem, dass die Krankenpflegeschulen zu sehr an die Krankenhäuser gebunden waren und nicht an das Bildungssystem und so an mangelnder Attraktivität litten.

Die Mordserie in Lainz ließ die Krankenpflege in den Medien schlagartig präsent werden und in einem sehr negativen Licht erscheinen. Aber auch dieses Mal konnte aus den furchtbaren Dingen, die geschehen waren insofern ein Nutzen für die Weiterentwicklung entstehen, als dass die Politik gezwungen war sich mit dem Thema zu beschäftigen und darauf zu reagieren. Der Grundstein für ein eigenverantwortliches Handeln war also mit dem Pflegeprozessmodell gelegt, aber noch fehlte die gesetzliche Grundlage dafür. Diese sollte im Jahr 1997 geschaffen werden und somit der wohl eine der wichtigsten Errungenschaften des zwanzigsten Jahrhunderts für die Krankenpflege werden.

7 DIE ENTWICKLUNG DER KRANKENPFLEGE AB 1997

Was bisher noch fehlte war eine klare Abgrenzung des Kompetenzbereiches der Pflege den anderen Berufsgruppen gegenüber. Was genau ist Pflege? Was umfasst sie und auf welcher Grundlage werden pflegerische Maßnahmen gesetzt? Wie unterscheidet sich die Laienpflege von der professionellen Pflege? Die Antworten auf diese Fragen können als Teil des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes betrachtet werden, das am 19. August 1997 eine grundlegende Veränderung einleitete.

7.1 Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz

Mit dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) wurden wichtige Grundlagen geschaffen denn erstmals waren die Berufspflichten genau definiert. Der § 14 befasst sich mit dem **eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich** und beschreibt diesen folgendermaßen:

„§14. Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischer Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich, die Gesundheitsförderung und Beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege“ (Weiss/Lust 2014, S.85).

Der Pflegeprozess wurde somit verbindlich und in die alleinige Verantwortung der Pflege gestellt. Der **mitverantwortliche Tätigkeitsbereich** definiert angeordnete Tätigkeiten, für die die **Durchführungsverantwortung** gilt und der **interdisziplinäre Tätigkeitsbereich** beschreibt Schnittstellen mit anderen Berufsgruppen bei denen ein **Mitentscheidungs- und Vorschlagsrecht** gilt.

Weitere Themen wie

- Ausbildung,
- Fort- Weiter- und Sonderausbildungen,
- Berufsberechtigungen
- und das Berufsbild der Pflegehilfe wurde ebenfalls im Gesetz definiert.

Seither wurde immer wieder mit Gesetzesnovellen auf neue Erfordernisse und Erkenntnisse eingegangen. Im Jahr 2009 beispielsweise wurde die Aufsichtspflicht des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege für den Pflegehilfssdienst festgelegt. Und die Durchführung der Pflegemaßnahmen des Pflegehilfssdienstes wurde an die schriftliche Pflegeplanung bzw. den Pflegeprozess gebunden (vgl. Hiemetzberger/Messner/Dorfmeister

2013, S 150). Die letzte Novelle aus dem Jahr 2013 legt unter anderem Kompetenzen zur Unterweisung und Schulung von pflegenden Angehörigen und zur Weiterdelegation von ärztlich angeordneten Tätigkeiten gesetzlich fest (vgl. Weiss/Lust 2014, ohne Seite).

7.2 Innovation in der Ausbildung und neue Aufgabenbereiche

Der Umfang der Ausbildung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege wurde auf mindestens 2000 Stunden Theorie weiter angehoben und mit Unterrichtsfächern wie z.B. Grundlagen der Pflegewissenschaft- und Forschung eine Brücke gebaut hin zum wissenschaftlichen Zugang des Berufes. Weiterhin Eingang gefunden hat die Krankenpflege auch in den tertiären Bildungsbereich: Der Weg über ein Studium in den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflegefachdienst ist möglich. In einem kombinierten Studium ist sowohl die Berufsberechtigung zu erlangen, als auch der universitäre Bakkalaureatsabschluss (Studium der Pflegewissenschaft) (vgl. <http://www.gespag.at/ausbildung/ausbildung-pflegerberufe/studium-inkl-ausbildung-2in1-modell-pflege/studium-der-pflegewissenschaften-einschl-ausbildung-zurzum-dipl-allge-meinen-gesundheits-und-krankenschwester-pfleger.html>).

Mit der Akademisierung der Pflege werden auch neue Aufgabenbereiche zugänglich:

- Seit Jänner 2012 werden Anträge auf Erhöhung des Pflegegeldes auch durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege selbständig begutachtet. Ein berufspolitisch wichtiger Schritt, gegen den massiver Widerstand von Seiten der Ärzte geleistet wird. Noch nicht belegt werden konnte bisher, dass die Gutachten auf Basis der Pflegediagnosen erstellt werden können (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S. 210f).
- Die Pflegeforschung: Schon im Jahr 1907 gab es in den USA den ersten Studiengang in Pflegeforschung. In Europa hielt diese Entwicklung erst ca. 50 Jahre später Einzug. Will man den Entwicklungen in den USA und England folgen, so muss pflegerisches Handeln zu einem wissenschaftlich orientierten Handeln werden. **Evidence-based-nursing** ist ein Verfahren zur objektiven Beurteilung von pflegerischen Leistungen. Es wird dabei die Wirksamkeit von pflegerischen Maßnahmen auf wissenschaftlicher Basis begründbar, was im Rahmen der Qualitätssicherung unabdingbar ist (vgl. http://pflegeforschung.org/a_ebn.html).

- **Advanced Nursing Practice** stellt eine neue Aufgabe für hochqualifiziertes Pflegepersonal dar. Voraussetzung ist lt. Definition der deutschsprachigen Pflegeverbände die Berufsberechtigung als diplomierte Pflegeperson, mehrjährige Berufserfahrung, die Spezialisierung in einem Bereich der Pflege (Altersgruppe, Erkrankung, Phänomen wie z.B. Schmerz oder Setting wie z.B. Familien) und ein Masterabschluss in Pflege. Advanced Practice Nurses sind befähigt, für die Weiterentwicklung in ihrem Fachbereich Verantwortung zu übernehmen und dafür wissenschaftliche Methoden anzuwenden (vgl. Rappold in: Österreichische Pflegezeitschrift 1/2014, S.15).

Das entsprechende Studium wird in Österreich bereits an mehreren Standorten angeboten, Stellenausschreibungen für Advanced Practice Nurses bisher aber nur vereinzelt. Denkbare Arbeitsbereiche wären

- Die Entwicklung von Pflegekonzepten
- Gesundheitsförderung im gemeindenahen oder schulischen Setting
- In der erweiterten pflegerischen Intervention (z.B. häusliche Intensivpflegeversorgung) (vgl. Kriegl in: Österreichische Pflegezeitschrift 1/2014, S. 21f).

7.3 Nationale Interessensvertretungen

Den Krankenpflegeberufen als größter Gruppe innerhalb des Gesundheitssystems ist es bisher nicht gelungen, die Errichtung einer eigenen Kammer (vergleichbar z.B. mit der Ärztekammer) zu erreichen. Die gesetzliche Interessensvertretung der Pflegeberufe ist die Bundeskammer für Arbeiter und Angestellte. Sie steht für arbeits- und sozialrechtliche Fragen zu Verfügung, wie auch für Weiterbildung und Qualifizierung.

In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass im Jahr 2013 ein Gesetzesentwurf zur Begutachtung gelangte über die Registrierung von Gesundheitsberufen (Gesundheitsberuferegistergesetz). Darin verankert sind die Pflicht der Eintragung aller im Gesundheitsberufen tätigen Personen nach GuKG und damit in Verbindung stehend die Überprüfung der Fortbildungspflicht und die Führung des Gesundheitsberuferegisters durch die Arbeiterkammer. Zielsetzung ist die Rechtssicherheit für Berufsangehörige und Dienstgeber sowie die Umsetzung der internationalen Standards für die betroffenen Berufe und die Qualitätssicherung (vgl. <https://www.oegkv.at/de/aktuelles/eintrag/novelle-gesundheits-und-krankenpflegegesetz/>).

Aufgrund des Einspruches von zwei Bundesländern konnte das Gesetz aber bis dato nicht umgesetzt werden (vgl. Österreichische Pflegezeitschrift 5/2014, S 5).

Freiwillige Interessensvertretungen sind

- Der ÖGB (Österreichischer Gewerkschaftsbund) Fachgruppenvereinigung für Gesundheitsberufe
- Das Pflegekonsilium: Vereinbarung zwischen der Arbeiterkammer und der in der „Österreichischen Pflegekonferenz“ vertretenen Pflegeverbände
- Der ÖGKV (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband)(vgl. Hiemetzberger/Messner/Dorfmeister 2013, S. 157f). Wie bereits ausgeführt liegt die Gründung mehr als 50 Jahre zurück. Der ÖGKV ist federführend bei den Professionalisierungsbestrebungen und der Gestaltung der zukünftigen Aus- und Weiterbildung von Pflegepersonen und der Interessensvertretung gegenüber der Politik und der Gesellschaft. Es besteht aber keine Verpflichtung der politischen Entscheidungsträger, das Expertenwissen des Berufsverbandes zu berücksichtigen (vgl. Kemetmüller/Fürstler 2013, S. 203).

7.4 Die Anrede „Schwester“

Wie aus einer Studie aus dem Jahr 2006 hervorgeht, stellten sich Pflegende bei den Patienten überwiegend mit Schwester und den Vornamen vor und mehr als die Hälfte der Befragten war mit der Anrede „Schwester“ einverstanden. Diese Form der Anrede ist also innerhalb der Berufsgruppe fest verankert. Sie ist verbunden mit mütterlicher Fürsorge, Barmherzigkeit, und dem Liebesdienst aus Berufung (vgl. Hedwig Holik Ebermann in Kemetmüller/Fürstler 2013, S.241f).

„Nachdem man Einblick genommen hat in die gesellschaftlichen Bewertungen und Charakterisierungen, die sich hinter der Benennung „Schwester“ verbergen, scheint das Urteil berechtigt, dass diese Berufsbezeichnung nicht angemessen ist, um eine Profession zu bezeichnen, die den Anspruch erhebt, mit anderen Fachbereichen im Gesundheitswesen auf gleicher Ebene zusammenzuarbeiten und sich interprofessionell auszutauschen“ (Holik Ebermann in Kemetmüller/Fürstler, S 242f).

7.5 Ist Pflege weiblich?

Nachdem im Jahre 1796 die Bestimmung der geschlechtsspezifischen Pflege aufgehoben wurde waren die Frauen im Pflegeberuf immer in deutlicher Überzahl. Dass sich bis in die Gegenwart daran nichts geändert hat zeigt Abb.5.



Abbildung 5: Geschlechterverteilung im diplomierten Gesundheits- und Krankenpflagedienst (Quelle: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html 6.8.2014).

Wie aus dem Diagramm hervorgeht sind von den gesamt 56085 Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege nur 7994 Personen männlichen Geschlechtes. Das entspricht 14 Prozent der Berufsgruppe. In dieser Statistik sind Allgemeine Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und psychiatrische Krankenpflege enthalten.

7.6 Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege im Jahr 1997 einen wichtigen Durchbruch geschafft hat mit dem GuKG. Auf dieser Grundlage wurden seither Wege zu neuen Tätigkeitsbereichen und zur Wissenschaft geebnet und die Profession gewinnt so weiter an eigenständigen Tätigkeitsbereichen und letztlich auch an Ansehen. Weiterhin wie in der gesamten Geschichte der Krankenpflege gleich geblieben ist hingegen die Geschlechterverteilung der Berufsangehörigen und die Anrede und Berufsbezeichnung „Schwester“.

In der folgenden zusammenfassenden Darstellung erfolgt die Beantwortung der Forschungsfrage.

8 ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG

Zur Beantwortung der eingangs gestellten Forschungsfrage „**Wie veränderte sich das Ansehen der Krankenpflege im Laufe der Zeit in Österreich?**“ kann aufgrund vorliegender Arbeit folgendes festgestellt werden:

Das Ansehen der Krankenpflege ist untrennbar verbunden ihrer Professionalisierung. Um überhaupt von einem Beruf bzw. einer Profession zu sprechen ist neben Handlungsautonomie und der Abwesenheit fachfremder Kontrollen bei der Ausführung der Tätigkeiten auch durch Forschung belegtes Wissen notwendig.

Diese Voraussetzungen waren in den Anfängen der beruflichen Krankenpflege keinesfalls erfüllt. Die Wärter hatten kaum Ansehen und waren für Habgier und Trunksucht bekannt. Als aus den ersten Krankenpflegeschulen Österreichs die blauen Schwestern und die Rudolfinerinnen hervorgingen erfreuten sich diese bald großer Beliebtheit weil sie besser gebildet waren als die Wärter und Fachwissen vorweisen konnten. Das Ansehen dieser Pflegepersonen hatte sich im Vergleich zu den Wärtern wesentlich verbessert. Der Erste Weltkrieg, der fast zeitgleich mit dem Inkrafttreten der Verordnung des Ministers für Inneres begann, führte vor Augen wie unverzichtbar Pflegekräfte vor allem in Zeiten kriegerischer Auseinandersetzungen waren. So hatten Pflegekräfte während und nach dem Ersten Weltkrieg ein sehr hohes Ansehen im Sinne von selbstlosen und aus Nächstenliebe heraus tätigen Personen. Die Weiterentwicklung der Profession und das Erreichen einer einheitlichen, kompetenten Berufsgruppe konnte in dieser Zeit nicht erreicht werden.

Nachhaltigen Schaden für das Ansehen der Krankenpflege richtete der Zweite Weltkrieg an, im Zuge dessen Pflegepersonal Tätigkeiten ausführte, die keineswegs dem Beruf entsprachen. Das Ansehen der Pflege sank in dieser Zeit auf ihren absoluten Tiefpunkt in der Geschichte und die Pflege zeigte sich weder kompetent noch vertrauenswürdig.

In den Jahren zwischen 1948 und 1997 versuchte man, durch kontinuierliche Verbesserung der Ausbildung an die Entwicklungen des englischsprachigen Raumes anzuschließen. Das Ansehen der Pflege verbesserte sich in dieser Zeit kontinuierlich aber sehr langsam. Einen Meilenstein setzte die Berufsgruppe selbst in den 80er Jahren indem sie sich davon distanzierte ein Hilfsberuf der Mediziner zu sein. Die Vorkommnisse in Lainz beeinflussten das Ansehen der Krankenpflege nur kurzfristig negativ und konnten in Bevölkerung und Politik Diskussionen auslösen um die Verbesserungswürdigkeit der Bedingungen für Pflegende.

Im Jahr 1997 wurde mit dem GuKG unter anderem die Eigenständigkeit als Profession gesetzlich geregelt und der Zugang in den tertiären Bildungssektor. Das Ansehen der Pflege hat sich seither weiter verbessert im Sinne einer eigenständigen Berufsgruppe, die auf der Basis von wissenschaftliche Grundlagen arbeitet. Wie Abb. 6 zeigt, findet sich der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in einem Umfrageergebnis von Reader's Digest aus dem Jahr 2012 am 3. Platz der „vertrauenswürdigsten Berufsgruppen“ in Österreich und liegt im Prozentsatz über dem europäischen Durchschnitt. Grundlage ist eine Konsumentenstudie, die fünfzehn europäische Länder einbezieht mit mehr als 27.000 Befragten, 634 davon in Österreich. (vgl. <http://derstandard.-at/1332323375766/Readers-Digest-Ranking-Kaum-einer-mag-Kicker-und-Politiker>).

Rang	Beruf	Österreich	Ø Europa
1.	Feuerwehrleute	97%	93%
2.	Apotheker	96%	83%
3.	Krankenschwestern	95%	85%
4.	Piloten	94%	88%
5.	Ärzte	90%	81%
6.	Landwirte	79%	76%
7.	Polizisten	78%	59%
8.	Meteorologen	71%	59%
9.	Richter	70%	44%
10.	Lehrer	66%	73%
11.	Rechtsanwälte	55%	41%
12.	Taxifahrer	54%	45%
13.	Reiseveranstalter	43%	34%
14.	Priester, Pfarrer	38%	38%
15.	Journalisten	28%	28%
16.	Finanzberater	24%	26%
17.	Gewerkschaftsführer	23%	23%
18.	Autoverkäufer	17%	16%
19.	Fußballspieler	12%	19%
20.	Politiker	5%	8%

Abbildung 6: Die 20 vertrauenswürdigsten Berufsgruppen (Quelle: Reader's Digest).

Gegenwärtig kann also von einem sehr hohen Ansehen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich gesprochen werden und die aktuellen Entwicklungen lassen auf eine zumindest gleichbleibende sehr wahrscheinlich aber auf eine weitere Verbesserung dieser Situation schließen.

9 LITERATURVERZEICHNIS

Bücher

Dorffner, Gabriele: „...ein edler und hoher Beruf“. Zur Professionalisierung der österreichischen Krankenpflege. 2. Auflage, Vier-Viertel-Verlag, Strasshof, 2001.

Hiemetzberger, Martina/Messner, Irene/Dorfmeister, Michaela: Berufsethik und Berufskunde. 3., überarbeitete Auflage, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, 2007.

Kemetmüller, Eleonore/ Fürstler, Gerhard: Berufsethik, Berufsgeschichte und Berufskunde für Pflegeberufe. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, 2013.

Weiss, Susanne/Lust, Alexandra: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG. 7., überarbeitete und aktualisierte Auflage, Manz'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH, Wien, 2014.

Fachzeitschriften

Kriegl, Marianne/Neumann-Ponesch (2014): Advanced Nursing Practice (ANP) in Österreich. – In: Österreichische Pflegezeitschrift 1/2014, S 21 -23.

Österreichische Pflegezeitschrift 5/2014, S. 5.

Rappold, Elisabeth (2014): Advanced Nursing Practice. – In: Österreichische Pflegezeitschrift 1/2014, S.15.

Internetquellen

<http://www.duden.de/suchen/dudenonline/ansehen> Download am 31.5.2014

<http://de.wikipedia.org/wiki/Ansehen> Download am 31.05.2014

[http://de.wikipedia.org/wiki/Berufung_\(Religion\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Berufung_(Religion)) Download am 31.5.2014

http://www.zeit.de/wissen/geschichte/2010-08/nightingale-krankenpflege/seite_2 Download am 19.7.2014

<http://www.spiegel.de/einestages/ss-lebensborn-a-948211.html> Download am 1.8.2014

<http://www.gespag.at/ausbildung/ausbildung-pflegeberufe/studium-inkl-ausbildung-2in1-modell-pflege/studium-der-pflegewissenschaften-einschl-ausbildung-zurzum-dipl-allgemeinen-gesundheits-und-krankenschwester-pfleger.html>, Download am 6.8.2014

http://pflegeforschung.org/a_ebn.html, Download am 8.8.2014.

<http://derstandard.at/1332323375766/Readers-Digest-Ranking-Kaum-einer-mag-Kicker-und-Politiker>, Download am 19.9.2014.

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html Download am 29.9.2014

<https://www.oegkv.at/de/aktuelles/eintrag/novelle-gesundheits-und-krankenpflegegesetz/>,
Download am 29.9.2014.