

Sichtbar zufrieden – Probleme, Ziele, Anforderungen im Berufsfeld Krankenpflege (1949–2003)

Birgit Panke-Kochinke

Die immanente Rekonstruktion des öffentlichen Diskurses über das Berufsfeld Krankenpflege im Vergleich zweier deutscher Staatssysteme (1949–1989) bietet einen notwendigen Hintergrund, um die aktuellen Entwicklungstendenzen der letzten Jahre (1990–2003) angemessen einschätzen zu können. Erkennbar wird so, was öffentlich wie diskutiert und verhandelt wird. Redundanzen in der Argumentation können erfasst werden. Der Einflussfaktor unterschiedlicher politischer Systeme auf ein weitgehend einheitliches Traditionsgefüge in seiner Differenz ist zu ermitteln. Die Beharrungskraft und das Veränderungspotential von Bewusstseinsprozessen kann herausgearbeitet werden.

Comparing the inherent reconstruction of the public discourse in nursing profession in two German states (1949–1989) is necessary to understand the actual trends of the last years (1990 – 2003) comprehensively. It is a way to get access to the modes of public discourse. Redundancy in argumentation may be shown. The influence of distinct political systems on a widely homogeneous traditional structure is to be found out in its distinctive factors. The potential of perseverance and also of change in processes of consciousness may be worked out.

Problemaufriss

Eines ist deutlich erkennbar: in den letzten dreizehn Jahren (1990 –2003) hat sich in der Krankenpflege in Deutschland, folgt man ihrer Selbsteinschätzung, vieles positiv verändert. Die Professionalisierung ist vorangeschritten, die Akademisierung ist erfolgreich gewesen. Management- resp. Marketingstrategien haben das, was Pflege ist, messbar gemacht. Eine gute praxisorientierte Pflege ist kostengünstig, transparent und menschlich geworden. Qualität ist ein zentraler Begriff zur Kennzeichnung des Ziels, Arbeitszufriedenheit ein Messwert und Management ein Weg zur Erreichung dieses Ziels.

Trotzdem entsteht der Eindruck, dass viele Probleme gleich geblieben sind und sich lediglich in einem anderen Gewand präsentieren. Man spricht so zwar in der Gegenwart nicht mehr wie noch zu Beginn der 1990er Jahre von einem *Pflegenotstand*, sondern von Burnoutprophylaxe und Ressourcenmanagement, von Patientenzufriedenheit, Kundenorientierung und davon, dass Mitarbeiter eine Identität über eine Unternehmensphilosophie finden sollten, damit auch sie zufrieden sind. Die Ausbildung jedoch behält auch in dem neuen Krankenpflegegesetz vom 16.7.2003 ihren Sonderstatus. Die Arbeitszeitregelungen haben das Problem der Schicht- und damit auch Nacharbeit keineswegs gelöst. Die

Arbeitszeit ist zwar kürzer, die Arbeit selbst aber durch kurze Verweildauer der Patienten und damit auch veränderte Krankheitsbilder dichter geworden. Die Bezahlung ist vergleichsweise gering, die Arbeit selbst körperlich und seelisch anstrengend geblieben. Viele Pflegenden sind keineswegs kompetent geworden. Krankenpflege ist im Bewusstsein der Bevölkerung ein Krankenschwesternberuf geblieben. Krankenschwestern selbst haben in ihrem Beruf immer noch mit ihrer Doppelrolle zu kämpfen. Die Kommunikationsstrukturen sind weitgehend schlecht. Die Pflegedokumentation macht Pflege keineswegs transparent. Die Medizin behauptet weiterhin ihre Führungsrolle. Der Männeranteil im Krankenpflegeberuf ist v.a. in den Führungspositionen des Managementbereiches und an den Universitäten und Fachhochschulen gewachsen. Es wird immer noch herumgerätselt, was Pflege nun eigentlich ist. Das alles wird nicht mehr, wie in den 1990er Jahren, ausführlich erläutert und beklagt, sondern unter dem Deckmantel eines Machbarkeitsdenkens im Sinne einer Managementstrategie auf seine positive Seite gewendet: Probleme werden lösbar dann, wenn eine angemessene Unternehmensphilosophie die Zufriedenheit aller Beteiligten zielorientiert und integrativ vorgibt. Aus den Problemen kann man lernen. Strategien der Veränderung erwachsen aus einer Kosten-Nutzen-Analyse und einer angemessenen Organisation und

damit Verwaltung des gesellschaftspolitisch vorgegebenen Mangels. Nur der Mitarbeiter, der sich fortbildet, nur der, der integrativ und kooperativ ist und dabei seine Arbeit zur Zufriedenheit aller macht, der Pflegeexperte also, wird zum neuen Leitbild. Die Schnittstellenproblematik des Berufes wird durch Qualitätsbeauftragte gelöst und mit immer weniger Geld wird eine immer kompliziertere Pflege in immer kürzerer Zeit deshalb möglich, weil Arbeitsprozessanalysen Schwachstellen, vertane Zeit also, erfassen und aussondern (Panke-Kochinke, 2000, 2001).

Wenn diese Tendenz deutlich erkennbar ist, warum macht es dann noch Sinn, die Argumentationsstrukturen, wie sie sich in den Pflegefachzeitschriften über einen Zeitraum von dreizehn Jahren präsentiert haben, nachzuzeichnen und sie zu ergänzen durch einen Rückblick in die Geschichte der Krankenpflege als Frauenberuf seit der Gründung beider deutscher Staaten im Jahre 1949, ein historischer Zeitraum also, der bisher weitgehend als historische Leerstelle gehandelt oder im Sinne eines eindimensional verstandenen Systemvergleichs auf staatliche Ausbildungsvorgaben reduziert wird?

Pflege neu denken setzt zum einen voraus, dass man Pflege sichtbar gemacht hat. Pflege sichtbar machen heißt auch zu erfassen, worüber eigentlich gesprochen wird,

wenn Pflegende und ihre wissenschaftlichen Experten sich über den Beruf der Pflege und damit auch sich selbst zu verständigen suchen. Und das wiederum kann man nur, wenn man diese veröffentlichten Diskurse in eine Zeitdimension der Vergangenheit einordnet. Nur so wird sichtbar, über was gesprochen wurde und erkennbar, ob das Neue tatsächlich so neu ist, wie es auf den ersten Blick erscheinen mag. Nur die Vergegenwärtigung der Tradition hilft erkennen, ob sich Redundanzen in der aktuellen Argumentation verbergen, die aus der Verdrängung eben dieser Tradition erwachsen. Zum ändern lässt sich – und das ist eine einmalige historische Chance – ausgehend von einem einheitlichen Traditionsmodell der Krankenpflege im Vergleich zweier deutscher Staatssysteme, der Bundesrepublik Deutschland (BRD) und der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) nachvollziehen, welchen Einfluss ein politisches System auf die Konstituierung dieses Berufes nimmt. Die Beharrungskraft und das Veränderungspotential von Bewusstseinsprozessen ist so deutlich herauszuarbeiten.

Methodisch ist davon auszugehen, dass das, was in den Pflegefachzeitschriften und der wissenschaftlicher Literatur beschrieben wird, wesentliche Elemente dieses öffentlichen Diskurses widerspiegelt. Und es ist auch davon auszugehen, dass eine textimmanente hermeneutische Rekonstruktion die Erklärungsmodelle und Argumentationszusammenhänge zutage fördern kann, die sich explizit erfassen und implizit ermitteln lassen. In einem ersten Schritt werden zentrale Problemlagen und gesellschaftspolitische Lösungsmuster erfasst, die den Zeitraum von 1949 bis 1989 in beiden deutschen Staaten bestimmt haben. In einem zweiten Schritt werden die Argumentationsmuster immanent nachvollzogen, die sich in ausgewählten Fachzeitschriften der Pflege im Zeitraum von 1990 bis 2003 erfassen lassen. Präsentiert werden die kategorialen Muster, die sich nach einem mehrschrittigen Verfahren der Reduktion aus den Zeitungsartikeln selbst ergeben. Sie werden zunächst in ihrer jeweiligen zeitgenössischen Fassung paraphrasiert und zwar kategorial reduziert auf die Themenkomplexe und ihre Lösungsmuster, die den zeitgenössischen Diskurs bestimmen. In einem dritten Schritt werden die heraus-

gearbeiteten Diskursmodelle miteinander verglichen. So müsste am Ende einer solchen wissenschaftlichen Analyse zwar nicht das Wesen der Pflege erfassbar sein und auch keine neuen Zukunftsentwürfe stehen, aber doch sichtbar werden, was eigentlich verhandelt wird.

Pflichtgemäß in helfender Liebe

Das Selbstverständnis in der Krankenpflege (1949–1989)

Wenn man nun davon ausgeht, dass die Krankenpflege als Beruf in Deutschland in ihrem aktuellen Selbstverständnis unterschiedlich auch durch Traditionslinien langer Dauer gekennzeichnet ist, macht es also Sinn, einen Schritt zurück zu gehen und die Entwicklung in beiden deutschen Staatssystemen nachzuzeichnen, die sich seit ihrer Gründung im Jahre 1949 parallel entwickelt haben. Denn das, was sich in der Krankenpflege in Deutschland nach der sogenannten Wiedervereinigung an Strukturen ermitteln lässt, müsste auch Aufschluss geben darüber, wie es zu diesem Selbstverständnis gekommen ist. In einem Vergleich der Systeme lassen sich dann die jeweiligen Diskussionslinien in ihrer Gemeinsamkeit und ihren Unterschieden herausarbeiten und strukturieren. Deutlich wird, dass bestimmte Themen wie z.B. die Problematik der Pflege als Frauenberuf, die sich auch in der Verwendung der Berufsbezeichnung Krankenschwester für das gesamte Berufsfeld zeigte, nach der sogenannten Wiedervereinigung nicht mehr im Vordergrund der Selbstverständnisdiskussion stand. Erstaunlicherweise fand auch keine Orientierung an den Ausbildungskonzepten der ehemaligen DDR statt, wenngleich diese implizit genau die Vorgaben bereit hielt, die von den Berufsverbänden in der BRD immer gefordert wurden. Die Vielfalt der Schwesternorganisationen in der BRD verhinderte vermutlich eine Strukturierung der Ausbildung nach einheitlichen, verbindlichen Kriterien, die eine Integration in das Berufsschulsystem bedeutet hätte. Erstaunlich ist es ebenfalls, dass in beiden deutschen Staaten trotz eindeutiger gesellschaftspolitischer, wirtschaftlicher und ideologischer Unterschiede das Selbstverständnis der Krankenpflege als Beruf in ihrem Kern ähnlich blieb.

Bundesrepublik Deutschland (1949–1989)

Die bundesrepublikanische Nachkriegsgesellschaft wies der Krankenpflege eine weitgehend unpolitisch definierte Rolle im System von scheinbaren Sachzwängen und tradierten Wertemustern zu (Panke-Kochinke 2001). Der propagierte und gelebte Wiederaufbau, eine geringe Akzeptanz des Entnazifizierungsbestrebens und damit einer Auseinandersetzung mit Schuld und Teilhabe an der nationalsozialistischen Vernichtungspolitik kennzeichnete diese verdrängende, scheinbar zukunftsgegenwärtige Lebenshaltung in der Nachkriegszeit. Der konfessionelle Hintergrund und ein weitgehend geläutertes Rotkreuzmodell internationaler Humanität hielt für die Krankenschwester die Rolle des Helfens und Dienens im Rückgriff auf eine unbewältigte Vergangenheit in der Anknüpfung an tradierte Handlungsmaximen des 19. Jahrhunderts vor (Der Ruf der Stunde 1963). Auch die seit 1965 geführten Prozesse gegen Krankenschwestern und ihre Tötungsdelikte in und an pflegebedürftigen Behinderten und chronisch Kranken zeigte keine erkennbare gesellschaftspolitische Wirkung auf das Alltagshandeln von Krankenschwestern, die das nationalsozialistische System erlebt hatten (Panke-Kochinke 2002; Steppe 1996; Dornheim/Greb 1996: 10-23). Die Mentalität des gemeinsamen Wiederaufbaus zwang Krankenschwestern in eine privatistische Strategie des Ausgleichs von Familie und Beruf unter dem Diktum einer Familienrestauration in den 1950er Jahren, die gesetzlich ab 1958 abgesichert war durch die Vorgabe, dass es das Recht des Haushaltsvorstandes war, darüber zu entscheiden, ob eine verheiratete Frau ihre Pflichten in der Familie ordnungsgemäß erfüllt hatte und einer Erwerbsarbeit nachgehen durfte. Erst seit 1977 wurde die geschlechtliche Gleichstellung von Mann und Frau in der Familie in Bezug auf die Berechtigung zur Erwerbsarbeit im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert. Die Ausbildungsregelungen des ersten reichseinheitlichen Krankenpflegegesetzes von 1938 galten, allerdings unter Auslassung der rassenhygienischen Vorgaben, zunächst weiter. Die Berufsethik, wie sie z.B. von Marie Cauer im nationalsozialistischen System formuliert wurde, wurde auch nach dem Krieg in nahezu unveränderter Form übernommen (Cauer 1947). Die Entschei-

derung für eine Länderhoheit in der Ausbildungspolitik, das dreigliedrige Schulsystem und die Zuordnung der Krankenpflegesschulen außerhalb des Berufsschulsystems in den Händen unterschiedlicher Verbände, besiegelte den deutschen Sonderweg einer Krankenpflegeausbildung (Kruse 1987; Pflege neu denken 2000: 181 – 195); Brenner 1994; Bögemann-Großheim 2002; Mischo-Kelling 1995), die eine Schülerin in diesem Berufsfeld auch immer in den ideologisch besetzten Raum des jeweiligen Verbandes einfügte. Ihr Schwesterndasein war geprägt durch die Zugehörigkeit zu einem konfessionell gebundenen Mutterhaus (Schmidt 1998), einer Rotkreuzidentität (Seithe 1993) oder einer freien Trägerschaft (Elster 2000) im Rahmen der Schwesternschaften, die sich in den 1950er Jahren in wechselnden Koalitionen um politischen Einfluss und Mitspracherechte bemühten (Seidler 1993; Wolff 1994).

In Anlehnung an amerikanische und westeuropäische Muster nachholenden medizinischen Fortschritts, schlug sich in den 1960er Jahren auch in der Krankenpflege der Weg in eine Funktionspflege über die Aufwertung der Technisierung im kybernetischen Regelkreismodell durch Krankenhäuser ebenso wie die angegliederten Krankenpflegesschulen verblieben in einer Vielfalt verbandsinterner, privatwirtschaftlicher und/oder staatlicher Kontrollorgane. Das System von Gestellungsverträgen existierte neben dem System der frei vermittelbaren Schwestern auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Die hierarchischen Strukturen verblieben je nach Trägerschaft in einem komplizierten Abgleich zwischen Krankenhausdirektion, Oberinnen, Medizinern, Stationsschwestern, examinierten Krankenschwestern und dem wachsenden Stamm von spezialisiertem Personal. Als 1957 nach einer langen und kontroversen Diskussion die erste Revision des Krankenpflegegesetzes verabschiedet wurde, stabilisierte und bestätigte sie, ebenso wie die zweite Revision zehn Jahre später, den Sonderstatus der Ausbildung, der sich in allen Unsicherheiten und Risiken bis in die Gegenwart hineinzieht.

Die Arbeitsorganisation der direkten Pflege auf den Stationen und in den Funktionsbereichen Operationssaal, Intensivpflege etc. passte sich, wie Emil Fritz 1961 feststellen

musste, keineswegs in gewerkschaftlich abgesicherte Arbeitszeit- und Schutzbestimmungen ein. Der Streit um die 60 bzw. 48-Stunden-Woche wurde vor dem Hintergrund eines Drei- bzw. auch Zwei-Schichten-Systems, ideologisch zementiert (Fritz 1964). Die Auseinandersetzungen zwischen den Schwesternverbänden u.a. gewerkschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Interessengruppen beließ die Krankenschwestern in ihrem Traditionsgefüge, dass auf der anderen Seite durch eine zunehmende Funktionalität und damit verordnete Distanz zum Patienten mündete. Beklagt wurden seit den 1960er Jahren auch Probleme wie der Schwesternmangel, gestritten wurde um Haube und Tracht, Arbeitszeiten und unzumutbare Arbeitsbedingungen, während die Krankenschwestern selbst ihre Identität durchaus in dem bewahren konnten, was Pflege genannt wurde. Defizite in der Personaldecke konnten noch bedingt ausgeglichen werden durch Republikflüchtlinge aus der DDR sowie koreanische und vietnamesische Schwestern. Das System des Drei-Schichten-Dienstes ermöglichte Frauen auch eine Tätigkeit in der Dauernachtwache und anderen Bereichen der Teilzeitarbeit. Je stärker in den 1960er und 1970er Jahren neue Berufsfelder für Mädchen geöffnet wurden und die Bildungsoffensive der Bundesregierung einen vermehrten Zugang von Mädchen zum Abitur und akademischen Berufen unterstützte, desto stärker sank die Attraktivität dieses Berufes (Pinding 1972). Jeder braucht sie betitelt sich eine Werbeschrift für den Beruf der Krankenschwester von 1967 (Rieber 1967), aber die Probleme waren unübersehbar. Je weniger die Mitmenschlichkeit als Beruf praktisch erfahrbar war, je stärker die Technisierung und Funktionalisierung stieg, je deutlicher die festgefahrene doppelte Hierarchie spürbar wurde, desto stärker sank die Bereitschaft, sich in diesem Beruf ausbilden zu lassen (Sieber 1974). Oft handelte es sich um eine Art Übergangsberuf, der zu dem Phasenmodell weiblicher Berufstätigkeit passte. Die konfessionelle gebundenen und Rotkreuzschwesternschaften verloren an Zulauf und die freien Schwesternverbände traten seit den 1970er Jahren in ihren Vertretungsorganen und Zeitschriften zunehmend mehr in den Vordergrund mit Versuchen, sich aus Traditionen zu befreien, berufspolitische Fragen zu formulieren und

das zu beschreiben, was eine Schwesternrätigkeit eigentlich ausmachte.

Die dritte Revision des Krankenpflegegesetzes von 1975 brachte nicht die erwarteten Neuerungen und es dauerte weitere zehn Jahre, bis 1985 der Pflegeprozess als inhaltliche Leitkategorie der pflegerischen Arbeit festgeschrieben war, ohne dass es allerdings zu der von einigen Schwesternverbänden gewünschten Eingliederung der Ausbildung in das Berufsschulsystem resp. einen Schritt in Richtung auf eine Akademisierung gekommen war. Politisch glich dieser Berufskampf einem emanzipatorischen Gewaltakt nach mehreren Seiten: Emanzipation als Frau, Emanzipation von dem Dogma des Helfens und Dienens in der konfessionellen Einbindung und Emanzipation von einem Mutterhaussystem; Kämpfe, die sich innerberuflich und auch intergenerationell erkennen ließen. Die Auseinandersetzung mit den nationalsozialistischen Tötungsdelikten von Krankenschwestern, der Rolle des Roten Kreuzes und den sogenannten braunen Schwestern folgte dieser kritischen Auseinandersetzung um und mit der eigenen Vergangenheit als Krankenschwester. Professionalisierung wurde gefordert durch eine veränderte Ausbildungsordnung, die die geplante Pflege nach dem Pflegeprozessmodell als Zentrum einer Sichtbarmachung über die Dokumentation theoretisch begrüßte und praktisch nur unzureichend umsetzte. Man blickte auf die internationale Pflegelandschaft, nicht jedoch auf die DDR, suchte nach geeigneten Vorbildern, kämpfte um Anerkennung, während ein Teil der Schwesternverbände, v.a. im kirchlichen Bindungsrahmen, diese Form der Befreiung weder unterstützen noch gutheißen konnten. Da sowohl die Caritas wie Diakonie als zentrale Wirtschaftsunternehmen in diesem Arbeitsfeld fungierten und damit auch Machtzentren darstellten, brach sich der politische Aufbruch immer wieder in und an der Differenz der Verbände untereinander. Spezialisierung, Funktionalisierung und Technisierung lösten in der direkten Pflege einen dialektischen Perspektivwechsel in Richtung Patientenorientierung, Primary Nursing, die Betonung von Menschlichkeit, Nähe und Zuwendung, die Frage nach Zeitkorridoren, Kommunikation und Kriterien für Arbeitszufriedenheit aus. Der Schwesternmangel

verblieb im Pflegenotstand strukturell erhalten. Die Arbeitssituation der Krankenschwestern verbesserte sich nur bedingt. Das strukturell vorhandene Machtpotential konnte nicht in zentrale Verbesserungen transformiert werden. Die Krankenpflege blieb ein Frauenberuf, der in seinen hierarchischen Spitzen allerdings schon deutliche Tendenzen zur Vermännlichung aufwies. Modellprojekte sollten mit Beginn der 1980er Jahre die Akademisierung befördern helfen. Eigene Schwesternhochschulen für das verbandsinterne Führungspersonal blieben bestehen. Die Hauben als Insignien der Schwesterntracht verloren zunehmend an Einfluss. Der Streit um die namentliche Ansprache und die Tracht symbolisierten diese Versuche der inneren wie äußeren Abkehr von einer noch keineswegs obsolet gewordenen Tradition.

Die 1980er Jahre brachten einen Modernisierungsschub in der Krankenpflege hervor, der sich in widersprüchliche Reaktionsformen aufspaltete. Pflegeprozess und Dokumentationssysteme, Arbeitsprozessanalysen und Modellversuche im Rahmen einer neu entstehenden bundesdeutschen Pflegeforschung kennzeichneten dieses Bemühen um Professionalisierung (Panke-Kochinke 2000: 142–224). Spätestens zu diesem Zeitpunkt wurden die Generationen der Oberinnen abgelöst, die durch die Kriegs- und Nachkriegsjahre geprägt worden waren. Der Führungswechsel setzte neue Akzente. Spannungsfelder wurden aufgezeigt. Perspektivisch kündigte sich eine Möglichkeit der Akademisierung an, Veränderungen im wirtschaftlich motivierten Qualitätsmanagement zeigten Auswirkungen auf die Kontrolle der Arbeitsleistung, während zugleich jedes Traditionssystem in diese Zukunft hineintransportiert wurde, das abzulehnen Teile der Krankenschwestern aufgebrochen waren.

Deutsche Demokratische Republik (1949–1989)

Das politische System der ehemaligen DDR setzte in seinem zentralistischen Staatsaufbau, seiner Regulierungsvorgabe und Kontrollfunktion in der Wirtschaft, seinen ideologischen Richtungsvorgaben einen durchaus schützenden/behindernden Mantel über die Bewohner seines Staates. Die spezifisch deutsche Variante sozialistischer

Gesellschaftsordnung nach sowjetischem Vorbild und in Abgrenzung zum bundesrepublikanischen Referenzmodell des Kapitalismus, machte die DDR zu einem Sondermodell deutsch-diktatorischer Staatsmacht. In der Literatur wird generell festgehalten, dass somit eine Generation von Deutschen faktisch von einer faschistischen in eine sozialistische Diktatur übergegangen sei, die ihre mentale Haltung zum System entscheidend geprägt habe. Ebenso wird festgestellt, dass dieses System der DDR mit offener Propaganda, terroristisch anmutenden inoffiziellen und offiziellen Kontrollen eine individuelle Entmündigung, Lethargie und im Prinzip antikapitalistische Lebenshaltung der Leistungsabwehr bzw. vorgetäuschter zweiseitiger Lebensführung mit sich gebracht habe, die für beide Geschlechter spezifische Haltungen und Verhaltensweisen produzierte. Faktisch ist im Übergang des Systemwechsels allerdings auch erkennbar, dass diese Generalisierung für die Krankenschwestern Ost so nicht stimmte. Die andere Seite dieser systematischen Entmündigung ermöglichte Widerstand und war durchaus in der Lage, einen Übergang zu finden, der den Weg in demokratische Verhaltensformen suchte. Erkennbar ist, dass in diesem System DDR für die Krankenschwestern das Modell Familie in der Lebensplanung eine hohe Wertigkeit besaß. Erkennbar ist auch, dass Berufstätigkeit generell als Vollzeittätigkeit gesehen und faktisch aufgrund der Grundsicherheit des Arbeitsplatzes und bestehender Sicherungssysteme der Kinderbetreuung in vergleichsweise hohen Ausfallzeiten familiäre Probleme kompensieren konnte. Die Fluktuation in diesem Beruf war hoch; ein Wechsel in andere Arbeitsfelder möglich. Die Weiterbildungsmöglichkeiten erlaubten einen Übergang in den Lehrberuf, aber auch in andere Berufszweige. Leitungsposten, so zumindest die Behauptung in der Literatur, wie die Position der Oberin und Stationsschwester wurden nicht angestrebt, brachten sie doch bei geringem Mehrverdienst ein unvergleichlich höheres Verantwortungsfeld mit sich, das zudem in der Nähe zur Klinikleitung und politischen Kadern das Handeln erschwerte. Probleme, die in der Arbeitsorganisation und -umsetzung auftauchten, wurden offiziell nur sichtbar, wenn es darum ging, Instrumente zu entwickeln, um die Arbeitsproduktivität

zu steigern. Arbeitsprozessanalysen lassen so z.B. erkennen, dass ein großer Teil der Arbeitszeit mit pflegefremden Tätigkeiten wie Putzen u.a. gefüllt war und wenig Zeit für die direkte Pflege übrig blieb.

Das, was als Überlebensstrategien dazu diente, den Alltag zu bewältigen, die Diskrepanz zwischen dem offiziellen Modell der allseitig entwickelten sozialistischen Persönlichkeit handlungspraktisch zu füllen, und den Konsequenzen eine offiziell akzeptierte Darstellung zu geben, war in diesem System zentral, forderte doch das offizielle Programm allenfalls, Probleme als Ansporn für eine Veränderung zu sehen. Es war wichtiger, die Fortschritte und Erfolge zu präsentieren, als die Probleme offen zu legen. Über eine qualifizierte Ausbildung und eine Arbeitsplatzgarantie wurden Sicherheiten geboten. Rationalisierung und Technisierung bei gleichzeitiger kollektiver Selbstversicherung sollten dazu beitragen, Kritik in der Systemeinpassung verwendungsfähig zu machen. Offiziell wurden so in den 1950er Jahren Fragen der neu geordneten Ausbildung, der Berufsethik, der Lehre Pawlows und generell Themen der sozialistischen Staatsideologie präsentiert. In den 1960er Jahren wurden im Rahmen des Neuen ökonomischen Systems die Rolle des Gesundheitswesens und seine Zielperspektive bestimmt (Franz 1965: 111–113), Probleme der Fluktuation angesprochen (Engel 1985) und auf das Thema Frauenarbeit bezogen, Arbeitszeitanalysen zur Steigerung der Qualität der Arbeit resp. Steigerung der Leistung durchgeführt (Hösel/Nawotki 1969: 41–43; Stegemann 1963: 252–257; Wahn 1962: 339–340), um die wissenschaftlich-technische Revolution unter sozialistischen Bedingungen voranzutreiben. In den 1970er Jahren blieben diese Arbeitsstudien (Meier/Nicolai/Pellin 1971: 315–318) im Rahmen eines kybernetischen Modells im Pawlowschen Sinne leitend, um Schwachstellen aufzudecken und eine spezifische Form der Ganzheitlichkeit zu propagieren. Dieses Denkmodell fand sich auch als wissenschaftliche Grundlage einzelner Unterrichtsfächer wieder (Wolff 1971: 61–64). Die Position der leitenden Schwester, generelle Anforderungen an das Berufsbild, das offensichtlich auch nicht spannungsfreie Verhältnis zwischen Arzt und Schwester (Hahn/Feldes 1982; Hahn/Rieske 1980) und eine Neubestimmung der

sozialistischen Schwesternpersönlichkeit standen vor dem Hintergrund einer Problemlage, die den Qualifizierungsverlauf durch Rationalisierung deutlich behinderte. Anforderungen und Leitbilder sollten so Richtlinien der Orientierung vorgeben und Identifikationsgrundlage für einen Qualifizierungswillen werden. Die 1980er Jahre waren gekennzeichnet durch eine geplante Förderung der Leitungsebene und Lehrerausbildung durch Studium, Weiter- und Fortbildung. Qualität und Effektivität im Rahmen eines Pflegeprozessmodells (Brauer 1989: 97–99; Reinhardt 1989; Kreuzer 1989: I–VIII), dessen Dokumentation Schwierigkeiten bereitete, war Thema der einschlägigen Fachliteratur bei gleichzeitiger Analyse der Probleme der Arbeitsorganisation und des Pflegeaufwandes (Leitungstätigkeit 1986). Die Geschlechterproblematik unter einer kritischen Betrachtung von Männern und ihrem Verhalten im häuslichen Raum, ergänzten diesen Blickwinkel (Döring/Kauke 1989: 351–355). Die Aufarbeitung der Situation der Krankenpflege während der faschistischen Diktatur (Hahn 1989: 316–317, 393–394, 437–438, 473–474) begann durch eine Aufsatzreihe in der Zeitschrift *Heilberufe* im Jahre 1989. Der 40. Jahrestag der Gründung der DDR war Anlass, Bilanzierungen vorzunehmen. Stand und Perspektiven der Entwicklung der Krankenpflege in der DDR wurden resümiert (Glomb 1989: 364–366). Erkennbar ist generell in diesem Jahr der Wende, das sich Art, Sprache und Qualität der Beiträge in dieser Zeitschrift generell änderten. Wenngleich offiziell kein Rückbezug auf die politischen Ereignisse stattfand, so ist doch der thematische Einfluss deutlich erkennbar. Die politischen Argumentationsstrukturen änderten sich. Die Perspektive sozialistisch-humanistischen Denkens und Handelns wurde beibehalten, trat allerdings in der sprachlichen Umsetzung in eine deutlich andere Diktion ein. Eine inhaltliche Wende kündigte sich an, noch bevor die Grenzen real geöffnet worden waren.

Zufrieden in sorgender Zuwendung

Problemlagen und gesellschaftspolitische Lösungsmuster in der Krankenpflege (1990–2003)

Ordnet man die Themenschwerpunkte und ihre impliziten Argumentationsstrukturen zum Thema Krankenpflege, wie sie sich in den Jahren nach der Wiedervereinigung v.a. auf der Ebene der Fachzeitschriften erkennen lassen, in einer zeitlichen Synopse an, so ist folgendes deutlich zu erkennen: die Aufbruchsstimmung in der Pflege zu Beginn der 1990er Jahre, die getragen war von dem Gefühl, man könne alle Probleme lösen, wenn man nur die richtigen Instrumente und die richtige Einstellung habe, hat sich in der Gegenwart im Angesicht der keineswegs nur hausgemachten Probleme darauf verlegt, den Mangel zu verwalten und von einer besseren Zukunft zu träumen. Das, was sich berufspolitisch nicht herstellt, nämlich die Zufriedenheit aller, wird strategisch den Individuen zugeteilt und gemessen an ihrem engagierten Arbeitseinsatz.

Die Jahre 1990/91 sind, so lässt sich aus den Pflegefachzeitschriften herauslesen, gekennzeichnet durch eine Aufbruchsstimmung, die getragen ist von der Vorstellung, dass sich die anstehenden Probleme lösen lassen und die Pflege damit endlich zu einem Beruf mit hohem Ansehen wird, weil seine hohem fachlichen Anforderungen sichtbar würden. Die ganzheitliche Pflege ließe sich durch Pflegestandards operationalisieren, die Dienstplangestaltung sichere die Pflegequalität, Leitbilder könnten dem überforderten Pflegepersonal helfen, endlich eine individuelle Lösung zwischen Anspruch und Wirklichkeit herzustellen. Die Wissenschaft könne herausarbeiten, wie der Pflegeprozess funktioniere. Der Pflegenotstand ließe sich mit Mut und Entschlossenheit lösen.

In den kommenden Jahren (1992–1994) ist es v.a. die Pflegeforschung und Pflegewissenschaft, die Pflege auf den Weg der Professionalisierung bringen soll. Sie schafft Autonomie. Sie strukturiert die Phänomene pflegerischer Praxis, definiert, erklärt und ordnet alles das, was Pflege ausmacht. Sie bietet eine Vermittlungsinstanz zwischen Theorie und Praxis. Das Vertrauen in den Pflegeprozess als Instrument der Qua-

litätssicherung über Pflegeplanung und -dokumentation ist zwar leicht gestört, weil sich Probleme in der Umsetzung erkennen lassen, hält sich aber andererseits doch als Hoffnungsperspektive für eine Professionalisierung. Immer noch ist der Pflegenotstand bestimmendes Thema. Er wird immer dann herbeizitiert, wenn es darum geht, die neuen Perspektiven einer zukunftsorientierten Pflege gegenüber der aktuell misslichen Situation abzugrenzen.

Ein deutlicher Bruch in der Sprache ist in den folgenden Jahren zu erkennen, der mit einer Schwerpunktverschiebung in den Lösungsmustern korrespondiert. Einerseits schieben sich Managementstrategien in den Vordergrund, andererseits sucht die Pflegewissenschaft nach Anknüpfungsmustern für eine Strukturierung des Phänomens Pflege und findet sie zunächst in der Rezeption von Pflegemodellen. Pflegeexperten resp. Führungskräfte sollen die Menschen sein, die zwischen Theorie und Praxis, Anspruch und Wirklichkeit vermitteln. Patientenzufriedenheit wird zum entscheidenden Qualitätsmerkmal und das Wesen der Pflege ist in einer Ganzheitlichkeit aufgehoben, die in der Unterstützung des Menschen bei der Befriedigung seiner individuellen Bedürfnisse im Alltag ihr Ziel sieht. Im Sinne einer Qualitätsmessung werden nur noch die Bestandteile des Pflegeprozesses diskutiert, die in standardisierter Form über Diagnosen und in einer Dokumentation messbare und sichtbare Ergebnisse festhalten können, die bezahlbar sind.

Die Konzentration auf Führungskräfte als tragende Vermittlungsinstanzen auf dem Wege der Professionalisierung setzt sich auch 1999 fort. Die Zufriedenheit wird auf den Patienten, jetzt Kunden genannt und den Mitarbeiter ausgedehnt. Sind beide zufrieden, ist die Arbeit optimal durchgeführt worden. Im Gegenzug ist damit auch ein Argument dafür gefunden, warum hohe Ausfallzeiten und Fluktuation eintreten: die Mitarbeiter sind nicht zufrieden. Um zufrieden zu sein, brauchen alle ein passendes Leitbild, eine Unternehmensphilosophie, mit der sie sich identifizieren können. Managed Care sichert die Versorgung kostengünstig und bei gleichbleibend hoher Qualität. Die Quadratur des Kreises scheint gefunden zu sein. Es mehren sich jedoch

auch die Stimmen, die darauf verweisen, dass es erneut Probleme gibt. Der Pflegeprozess ist zwar überall eingeführt, aber keineswegs umgesetzt. Das Wesen der Pflege ist noch nicht gefunden, die Pflegewissenschaft produziert unpraktische Ideen und die Forschung lässt sich nicht einfach in die Praxis implementieren.

In den anschließenden drei Jahren sind zwei Tendenzen zu erkennen. Einerseits besteht man darauf, das Forschung notwendig, der EDV-Einsatz unbestritten, die Unternehmensphilosophie unverzichtbar ist, um alle Beteiligten zufrieden zu stellen, man geht davon aus, dass die neuen Pflegeinformationssysteme endlich auch die originär pflegerischen Daten quasi selbstverständlich erkennen lassen, dass kompetente zentrale Entscheidungsinstanzen in den Führungskräften ausgebildet werden, dass Akkreditierungen und Zertifizierungen Pflegequalität sichtbar und gewinnbringend machen. Andererseits wird die Hoffnung auf den Pflegeprozess als Instrument zur Ermittlung pflegerelevanter Zustände und des Pflegebedarfs geringer. Deutlich wird, dass die Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis bleibt, die Integration von wissenschaftlichen Erkenntnissen problematisch ist, Pflege ein Schnittstellenberuf ist, das Originäre sich nur mühsam aus der Abgrenzung gegenüber dem Nicht-Originären einkreisen lässt, Ausbildungskonzeptionen zwar gebastelt, aber eigentlich nicht wirklich neu gedacht werden können und sich neue Eliten etabliert haben, deren Kontakt zur Basis eher rudimentär ist. Weder die Kunden noch die Mitarbeiter sind zufrieden, das Leitbild ist wenig konsensbildend, die Kostendämpfung wirkt als ein einschnürendes Korsett für eine Vielzahl von strukturellen Verbesserungen, die Vermittlungsposition des Qualitätsmanagements wird zum Drahtseilakt zwischen wirtschaftlichen und menschlichen Interessen und eigentlich glaubt man immer noch, dass Pflege im Kern eine unterstützende und helfende Tätigkeit ist. Die Fluktuation wird jetzt zu einem ethischen Problem, weil Pflegenden nicht mehr vermitteln können zwischen ökonomischem Leitbild und beruflichen Standards. Die Komplexität der neu gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse stößt auf Marktmechanismen der Wirtschaftlichkeit, produziert ein hohes Anspruchsprofil v.a.

für Führungskräfte, einen eher unausgeloteten Anspruchsknoten für die Pflegenden und hofft weiterhin auf eine Zukunft, in der Kompetenz gepaart mit Intelligenz selbstverständlich Pflege als das wahrnimmt, was es ist und ihr einen hohen gesellschaftlichen Status zuweist.

Pflichtgemäß und sichtbar zufrieden

Kategorien der Vermittlung zwischen Problemlagen und Zielperspektiven im Vergleich (1949–2003)

Ein Vergleich der Problemlagen und Zielperspektiven, wie sie innerhalb der stationären Krankenpflege in Deutschland in dem Zeitraum von 1949 bis 2003 formuliert und diskutiert wurden, macht implizit auch transparent, welche Anforderungsprofile entwickelt wurden, um gesellschaftspolitische Schiefen konsensual aufzulösen (Ideologie). Sie macht erkennbar, in welchem Umfang die gesetzlichen Regelungen (Gesetz) und die wirtschaftlichen Bedingungen des Systems (Wirtschaft) auf die Arbeit und das Individuum als Krankenschwester (Geschlecht) und Pflegekraft (Individuum) einwirkten. Erfassbar werden so auch Vermittlungskategorien, die einen lebbaren Abgleich zwischen Problem und Ziel herstellen sollen. Deutlich wird so zum einen, welchen Einfluss ein politisches System auf die Konstruktion des Berufes der Krankenpflege/Schwester hat. Zum anderen lässt sich erschließen, wie Traditionen unterhalb der gesetzlichen, wirtschaftlichen und politischen Systemgrenzen in der Krankenpflege als ideologisches Fundament wirksam werden, um das im Beruf praktisch zu handhaben, was gesellschaftspolitisch nicht lösbar ist.

Der Beruf Krankenschwester in der ehemaligen BRD ist in dem Zeitraum von 1949 bis 1990 ist gekennzeichnet durch folgende Problemlagen und Zielperspektiven, die auf der gesellschaftspolitischen Ebene diskutiert werden:

- Krankenschwestern brechen ihre Ausbildung (Berufsabbrecherinnen) oft ab.
- Sie wechseln häufig ihren Arbeitsplatz (hohe Fluktuation)
- Sie verbleiben generell nur kurze Zeit in

ihrem Beruf (kurze Verweildauer).

- Sie greifen nach dem Drei- bzw. Zwei-Phasenmodell nach einer Familienphase ihre Arbeit als Teil- oder Vollzeitbeschäftigung wieder auf.
- Sie haben Probleme, Haus- und Familienarbeit mit der Erwerbsarbeit zu verbinden.
- Die Struktur des Arbeitsfeldes Krankenpflege im Krankenhaus führt zu einer überproportional hohen psychischen und physischen Belastung, die mit einer geringen Bezahlung und fehlender gesellschaftlicher Anerkennung einhergeht. Das Schichtsystem, insbesondere die Nachtwache, der hohe Anteil der pflegefremden Tätigkeiten, Auseinandersetzungen innerhalb der Schwestern- und Berufsverbände über die Arbeitszeiten und -inhalte, das traditionelle Mutterhaussystem mit seinen Gestellungsverträgen im Gegensatz zu den freien Schwestern, eine inhaltlich und organisatorisch unzureichende Ausbildung, ein extrem hierarchisches Verhältnis zwischen Arzt und Krankenschwester, das System der Funktionspflege führt zu einem Schwesternmangel.

Folgende Zielperspektiven werden alternativ diskutiert:

- Eine qualifizierte Ausbildung im Rahmen des Fachschulsystems steigert das gesellschaftliche Ansehen, verbessert die Bezahlung, ist Grundlage für eine Professionalisierung, schafft Aufstiegschancen und trägt zur Berufszufriedenheit bei.
- Die Qualitätssteigerung der Arbeit durch Arbeitsprozessanalysen, geeignete Dokumentationssysteme, die Entlastung von pflegefremden Tätigkeiten, ermöglicht eine Konzentration auf originär pflegende Tätigkeiten. Damit wird die Arbeitszufriedenheit gesteigert.
- Teilzeitarbeit ist ein kostengünstiges und damit wirtschaftliches Instrument, um Arbeitsmarktressourcen zu aktivieren, die Arbeit besser verteilen und den Grad der Effektivität erhöhen kann. Damit wird das Problem der Verknüpfung von Haus- und Familienarbeit mit Erwerbsarbeit bedingt gelöst.

Fragt man nun ergänzend nach dem Anforderungsprofil, das zwischen System und Beruf vermitteln soll, ist folgendes erkennbar:

Die Krankenschwester im Schutzraum

System Beruf	Ideologie	Gesetz	Wirtschaft
Arbeit	Zwischen Humanität und Freiheit vermittelt die Kategorie der Pflicht	Zwischen Qualifizierung und Berufsbild vermittelt die Kategorie der Ausbildung	Zwischen Wirtschaftlichkeit und Sozialverträglichkeit vermittelt die Kategorie der Sozialpolitik
Geschlecht	Zwischen Mütterlichkeit und Emanzipation vermittelt die Kategorie der helfenden Liebe	Zwischen Gleichberechtigung und Schutz vermittelt die Kategorie der Frauenförderung	Zwischen Variabilität und Berechenbarkeit vermittelt die Kategorie der Familienpolitik

Tabelle 1: Vermittlungskategorien zwischen System und Arbeit im Beruf der Krankenpflege/Schwester in der stationären Krankenpflege in der Bundesrepublik Deutschland (1949–1990)

einer frauen- und familienfördernden Politik leistet auf der Grundlage einer qualifizierten Ausbildung ihre Pflicht in helfender Liebe.

In der ehemaligen DDR werden folgende Probleme diskutiert:

- Krankenschwestern wechseln häufig ihren Arbeitsplatz.
- Krankenschwestern mit Kindern weisen überproportional hohe Fehlzeiten auf. Damit schaffen sie ein Problem der Arbeitsplanung im Stationskollektiv.
- Sie haben ein hohes Maß an pflegefremden Tätigkeiten auszuführen. Es bleibt nicht genügend Zeit für die direkte Pflege. Eine Vernachlässigung des Patienten ist die Folge
- Sie reden zu wenig und in falscher Weise mit den Patienten. Die Kommunikation ist gestört.
- Ärzte übertragen zu viele diagnostische Entscheidungen auf Krankenschwestern. Eine zu große Selbständigkeit/Belastung ist die Folge.
- Die Stationschwester/Oberin nimmt ihre Leitungsaufgaben im Kollektiv falsch wahr. Unzufriedenheit ist die Folge.

Folgende Zielperspektiven werden vermittelt:

- Der Arbeitsablauf muss auf der Grundlage wissenschaftlicher Arbeitsablaufuntersuchungen optimiert werden.
- Die Arbeit muss von pflegefremden Tätigkeiten entlastet, die Funktionspflege sukzessive in eine Bereichs- oder Zimmerpflege überführt werden.
- Sie müssen in psychologisch-therapeutischen Schulungen dazu befähigt werden, einen angemessenen Patientenkontakt herzustellen.
- Die Prinzipien sozialistischer Politik müssen im Krankenhaus, auf der Station, im Kollektiv besser umgesetzt werden. Sonderregelungen für Mütter müssen offen ausgehandelt und diskutiert werden.

Fragt man nun ergänzend nach dem Anforderungsprofil, dass zwischen System und Beruf vermitteln soll, ist folgendes erkennbar:

Die Krankenschwester als biologisches Wesen Frau leistet im Schutzraum einer Familienpolitik ihre Pflicht in helfender Liebe.

Der Beruf Krankenpflege/Schwester in der BRD ist in dem Zeitraum von 1991 bis 2003 ist gekennzeichnet durch folgende Problemlagen, die auf der gesellschaftspolitischen Ebene diskutiert werden:

- Eine hohe Qualität der Krankenpflege und geringe Finanzmittel sind nicht zu vereinbaren. Deshalb verlassen viele Pflegenden ihren Beruf.
- Die Arbeit ist nicht angemessen bezahlt.
- Die Ausbildung in der Krankenpflege schafft durch das neue Lernfeldkonzept eine starke inhaltliche Verunsicherung. Die Pflegeforschung bietet keine Lösungen an.
- Die Ausbildung in der Krankenpflege bleibt in ihrem Sonderstatus erhalten und gliedert sich nicht in das Berufsschulsystem ein.
- Die Ausbildung in der Krankenpflege ist qualitativ unzureichend.
- Die Arbeitsbelastungen in der Krankenpflege steigen trotz Einführung neuer Pflegesysteme und Arbeitszeitverkürzungen an. Die Arbeit wird dichter und bleibt körperlich und seelisch anstrengender.
- Es gibt nicht genug und auch nicht angemessen ausgebildete Krankenpflegekräfte/Schwester.

System Beruf	Ideologie	Gesetz	Wirtschaft
Arbeit	Zwischen sozialistischer Humanität und Freiheit vermittelt die Kategorie der Pflicht	Zwischen dem Recht auf Arbeit und der Emanzipation vermittelt die Kategorie der Qualifizierung	Zwischen Planung und Leistung vermittelt die Kategorie des Kollektivs
Geschlecht	Zwischen Nicht/Mütterlichkeit und Verantwortung vermittelt die Kategorie der helfenden Liebe	Zwischen Gleichberechtigung und Schutz vermittelt die Kategorie der Biologie	Zwischen Variabilität und Berechenbarkeit vermittelt die Kategorie der Familienpolitik

Tabelle 2: Vermittlungskategorien zwischen System und Arbeit im Beruf der Krankenpflege/Schwester in der stationären Krankenpflege in der Deutschen Demokratischen Republik (1949–1990)

- Das, was Pflege eigentlich ist, bleibt unklar.
- Pflegekräfte/ Schwestern sind nicht in der Lage, Pflege zu dokumentieren.
- Die Kluft zwischen Pflegepraxis und -forschung ist noch nicht überwunden.

Folgende Zielperspektiven werden entwickelt:

- Die Standardisierung von Pflegehandlungen erleichtert die Dokumentation der Pflege und trägt zur Sichtbarmachung pflegerischer Handlungen bei.
- Computerisierte Pflegeinformationssysteme lassen originär pflegerische Daten quasi selbstverständlich durchscheinen.
- Pflegeforschung wird durch Pflegende für Pflegende durchgeführt. Die Praxis kontrolliert die Forschung und die Forschung hilft der Praxis, ihre Probleme zu lösen.
- Mitarbeiter erhalten ein identifikationsfähiges Leitbild und wirken an der Problemlösung mit. So werden sie zufrieden und das Unternehmen funktioniert optimal.
- Das was stört und fehlerhaft im Arbeitsprozess ist, wird analysiert und durch neue Konzepte gelöst. Diese Aufgabe übernimmt ein Manager.
- Die Außendarstellung der Einrichtung wird verbessert. Die Kunden sind zufriedener, weil sie wissen, was sie bekommen und sich darüber beschweren können, was sie nicht bekommen haben.
- Die Aus-, Fort- und Weiterbildung schult Pflegende in ihrer Kommunikationsfähigkeit und vermittelt weitere Schlüsselqualifikationen. So entsteht die kompetente Pflegekraft/Schwester.
- Führungskräfte sind Experten, die wissenschaftlich geschult sind. Sie sind dazu da, um Probleme zu lösen.

Fragt man nun ergänzend nach dem Anforderungsprofil, dass zwischen System und Beruf vermitteln soll, ist folgendes erkennbar:

Das Wesen der Pflege wird von dem einzelnen Pflegenden in sorgender Zuwendung zur Zufriedenheit aller so praktiziert, dass es standardisierbar und im Rahmen eines Managements kontrollierbar wird.

Welche Erkenntnisse lassen sich immanent aus der Analyse ableiten?

- Die Berufsbezeichnung Krankenschwester und damit die weibliche Konnotation der Krankenpflege verliert ihren zentralen Stellenwert zur Kennzeichnung des gesamten Berufsstandes. Dieses äußerlich sichtbare Merkmal der Bezeichnung korrespondiert mit einem Wandel in der Beschreibung der Probleme: Schwesternmangel und Pflegenotstand verschwinden ebenso wie die Doppelbelastung unter Führungs- und Dokumentationsproblemen. Die Kategorie Geschlecht wird im öffentlichen Diskurs unsichtbar. Die Pflege ist nicht mehr weiblich und schutzbedürftig, sondern unbeschreiblich und schwer zu managen.
- Die ideologische Kategorie der helfenden Liebe transformiert sich in die sorgende Zuwendung. Die Pflicht als tradierte bürgerliche Vermittlungskategorie zwischen einer christlichen Tugendhaltung und einem äußerem Zwang zur Wirtschaftlichkeit verschwindet im öffentlichen Diskurs zugunsten einer sich Wesenhaftigkeit, die eine innere Disposition ohne äußere Entsprechung vorgibt. Die Pflege ist keine bürgerliche Pflicht der helfenden Liebe mehr, sondern eine in ihrem Wesen sorgende Zuwendung, die über die Zufriedenheit von Kunde und Mitarbeiter messbar wird. Von der Zuwendung zur

Zufriedenheit kommt man durch die Konstruktion von Leitbildern.

Konsequenzen

Pflege neu zu denken, so die Eingangsthese, setzt voraus, dass man Pflege sichtbar machen kann. Und das geht nur, so eine zweite Behauptung, wenn man die Gegenwart vor dem Hintergrund ihrer Tradition betrachtet und herausfindet, worüber eigentlich im öffentlichen Diskurs gesprochen wird. Ein korrespondierendes System, eine selbstverständliche Matrix der Argumentation ist in der jüngsten Vergangenheit zu erkennen, das immer dann bemüht wird, wenn es um neue Argumentationsmuster mit bekannten Bestandteilen in einer jeweils anderen Kombination geht. So ist durch alle Argumentationsmuster hindurch der öffentliche Diskurs über Pflege als Beruf auf zwei Ziele ausgerichtet: zum einen soll etwas sichtbar und zugleich transparent gemacht werden, was in seinem Kern wesenhaft unsichtbar ist. Zum anderen sollen Kunde und Mitarbeiter mit dem zufrieden sein, was sie geben (sorgende Zuwendung) und bekommen (Qualität), damit das, was undurchsichtig ist an seinem Ergebnis dokumentierbar und messbar wird. Argumentiert wird folgendermaßen: sichtbar wird Pflege dann, wenn sie als Leistung erfasst ist, in schriftlicher Form vorliegt und so eine Qualität hat. Zufrieden ist man als Mitarbeiter dann, wenn man sich mit seiner Arbeit identifiziert. Dafür braucht man ein Leitbild. Zufrieden ist man als Kunde dann, wenn die Versorgung optimal und menschlich funktioniert. Die Zufriedenheit aller Beteiligten ist ein messbares Qualitätsmerkmal der Krankenpflege. In diesem System liegen eine ganze

System Beruf	Ideologie	Gesetz	Wirtschaft
Arbeit	Zwischen Ganzheitlichkeit und Spezialisierung vermittelt die Kategorie der Wesenheit	Zwischen Qualität und Kompetenz vermittelt die Kategorie der Kundenorientierung	Zwischen Kommunikation und Organisation vermittelt die Kategorie des Managements
Individuum	Zwischen Kreativität und Tradition vermittelt die Kategorie der sorgenden Zuwendung	Zwischen Verantwortung und Leistung vermittelt die Kategorie des Standards	Zwischen Menschlichkeit und Wirtschaftlichkeit vermittelt die Kategorie der Zufriedenheit

Tabelle 3: Vermittlungskategorien zwischen System und Arbeit im Beruf der Krankenpflege/Schwester in der stationären Krankenpflege in der Bundesrepublik Deutschland (1991–2003)

Reihe von Störkomponenten verborgen, die sich nur in Zirkelschlüssen in einem redundanten Diskurs selbstbestätigend ausräumen lassen. Diese Störkomponenten werden strategisch auf ihre Machbarkeit hin so gewendet, dass die redundante Anforderung selbst als Lösung erscheint.

So ist folgende Bestandsaufnahme für die Gegenwart festzuhalten: Zwischen einer funktional denkenden Wirtschaftlichkeit und einer mystisch besetzten Menschlichkeit changierend hat sich die Pflege in ihrem Bemühen, den Kern dessen zu finden, was sie ist und tut, auf eine archäologische Talfahrt begeben. Gleichzeitig hat sie sich mit den aktuellen gesellschaftspolitischen Strukturen auseinandergesetzt, die im Prinzip an ihrem eigenen Materialismus zu zerbrechen drohen und sich nur mehr durch die Individualisierung der Menschlichkeit in sorgender Zuwendung retten können. Sie versucht also, diesen gesellschaftlichen Widerspruch in einer Argumentationsmatrix aufzulösen, die traditionell als typisch weibliche Handlungsstrategie erscheint: die sichtbare Zufriedenheit aller wird hergestellt durch den individuellen Einsatz in Verwaltung eines strukturellen Mangels. Das ist es, was öffentlich diskutiert und verhandelt wird. Was sich allerdings unterhalb dieses Diskurses in der stationären Krankenpflege tatsächlich tut, wie pflegende Menschen innerhalb der Institution Krankenhaus mit diesem Problem umgehen, ist damit noch keineswegs klar.

Dr. phil. habil. Birgit Panke-Kochinke,
Historikerin, Sozialwissenschaftlerin,
Universität Osnabrück,
Fachbereich Sozialwissenschaften,
49069 Osnabrück.

Anmerkungen

1 Die exemplarische Analyse zweier Fachzeitschriften (Deutsche Krankenpflegezeitschrift und Die Schwester/der Pfleger) für den Zeitraum von 1955 bis 1990 sowie weiterer Fachzeitschriften in Auswahl lässt diese Tendenz erkennen. Sie bilden auch die Grundlage für die in den anschließenden Punkten aufgestellten Thesen.

2 Die folgenden Ausführungen beruhen auf einer vorläufigen Bestandsaufnahme von Fachartikeln aus der Zeitschrift Die Heilberufe, die seit 1949 als offizielles Fachorgan auch für die Krankenpflege in der DDR diente. Analysiert wurden die Jahrgänge 1952 bis 1973 und 1979 bis 1989. Ergänzend hinzugezogen wurden die wenigen Veröffentlichungen, die sich in der DDR mit der Problemlage des Krankenpflegeberufes auseinandersetzen.

3 Die folgende Analyse gründet auf einer Auswertung von Pflegefachzeitschriften aus dem Zeitraum von 1990 bis 2003. Folgende Zeitschriften wurden ausgewählt: die Zeitschrift Die Schwester/der Pfleger, die Deutsche Krankenpflegezeitschrift resp. Pflegezeitschrift, PRinternet (seit 1999), Pflege und Gesellschaft (seit 1995), Dr. med. Mabase und Pflegemagazin (seit 1999).

Literatur

- Arnold, Hering, Weber (1964): Gesundheitswesen und umfassender Aufbau des Sozialismus, Berlin.
- Bögemann-Großheim, E. (2002): Die berufliche Ausbildung von Krankenpflegekräften. Kontinuitäten, Verunsicherungen, Reformansätze und Zukunftsrisiken besonderer Art, Frankfurt am Main.
- Böhm, H./Schaarschmidt, W./Schneider, K./Wolz, W. (1971): Die examinierte Krankenschwester. Soziologische Studie zur beruflichen und außerberuflichen Situation, Leipzig.
- Brauer, U. (1989): Aspekte der Leitungstätigkeit in der Krankenpflege, in: Heilberufe 41, Heft 2, S. 97–99.
- Brenner, R. (1994): Krankenpflegeausbildung – Berufsausbildung im Abseits, Frankfurt am Main.
- Cauer, M. (1947): Leitfaden für die Berufserziehung in Krankenpflegeschulen, Stuttgart.
- Döring, S.; Kauke, M. (1989): Füreinander – Gegeneinander – Miteinander? Betrachtungen zu Verhaltensweisen der Geschlechter, in: Heilberufe 41 (1989), Heft 9, S. 351–355.
- Der Ruf der Stunde (1963): Schwestern unter dem Roten Kreuz, hg. von der Oberinnen-Vereinigung im Deutschen Roten Kreuz, Stuttgart.
- Dornheim, J.; Greb, U. (1996): Theoretische Ansätze zur Diskussion über die Beteiligung von Krankenpflegepersonal an den Patientenmorden im Nationalsozialismus, in: Niethammer, O. (1996), Frauen und Nationalsozialismus, Historische und kulturgeschichtliche Positionen, Osnabrück, S. 10–23.
- Elster, R. (1989): Deutscher Berufsverband für Krankenpflege e.V. Entwicklung – Zielsetzungen – Aktivitäten 1903–1983, Frankfurt am Main.
- Dies. (2000): Der Agnes Karll Verband und sein Einfluss auf die Entwicklung der Krankenpflege in Deutschland. Ein Beitrag zur Geschichte der Pflegeberufe und eines Berufsverbandes, Frankfurt am Main.
- Engel, V. (1985): Arbeitszufriedenheit und Ursachen der Fluktuation bei Schwestern, in: Heilberufe 5/1985.

- Franz, W. (1965): Zur Durchsetzung des neuen ökonomischen Systems der Planung und Leitung der Volkswirtschaft im Zweig Gesundheitswesen, in: Die Heilberufe 3, 17. Jahrgang, April 1965, S. 111–113.
- Fritz, E. (1964): Problematik der Krankenpflege und ihrer Berufsverbände, Hannover.
- Glomb, E. (1989): Stand und Perspektiven der Entwicklung in der DDR, in: Heilberufe 41 (1989), Heft 10, S. 364–366.
- Hahn, S.; Rieske, B. (1980): Das Arzt – Schwestern – Patient -Verhältnis im Gesundheitswesen der DDR, Jena.
- Dies. (1989): »... das ist eigentlich so still bei uns vor sich gegangen ...« Zur Situation der Krankenpflege während der faschistischen Diktatur in Deutschland in der Zeit von 1933 bis 1945, in: Heilberufe 41 (1989), Heft 8, S. 316–317
- Dies., »Ich stehe im Dienst am Volk!«, Zur Situation der Krankenpflege während der faschistischen Diktatur in Deutschland in der Zeit von 1933 bis 1945, Teil 2, in: Heilberufe 41 (1989), Heft 10, S.393–394.
- Dies., »Beim Eingeben des aufgelösten Mittels ging ich mit großem Mitgefühl vor«. Zur Situation der Krankenpflege während der faschistischen Diktatur in Deutschland in der Zeit von 1933 bis 1945, 3. Teil, in: Heilberufe 41 (1989), Heft 11, S. 437–438.
- Dies., »Seid standhaft und tapfer wie bisher«. Zur Situation der Krankenpflege während der faschistischen Diktatur in Deutschland in der Zeit von 1933 bis 1945, in: Heilberufe 41. Teil (Schluss) (1989), Heft 12, S. 473–474.
- Dies./Feldes, D. (1980): Die Krankenschwester heute – Schwester des Kranken und sachkundige Partnerin für den Arzt?, in: Das stationäre und ambulante Gesundheitswesen, Band 31.
- Dies./Rieske, B. (1980): Das Arzt – Schwestern – Patient – Verhältnis im Gesundheitswesen der DDR, Jena.
- Hösel, G./Nawotki, F. (1969): Arbeitszeitanalysen im Verwaltungsbereich der Krankenhäuser, in: Die Heilberufe, Heft 2, Februar 1969, 21. Jahrgang, S. 41–43.
- Jung, F./Klaus, G./Mette, A./Rapoport, S.M. (1960): Arzt und Philosophie. Humanismus. Erkenntnis. Praxis. Verhandlungen auf dem Symposium über philosophische Fragen der Medizin anlässlich des 150jährigen Jubiläums der Humboldt-Universität und des 250jährigen Jubiläums der Charité, 7.–9. November 1960, Berlin.
- Kreuzer, H. (1989): Krankenbeobachtung in der Inneren Medizin. Die Bedeutung der Krankenbeobachtung und Darstellung des Beobachtungsprozesses, in: Heilberufe 41, Beilage, Heft 9, S. I–VIII.
- Kruse, A.-P. (1987): Die Krankenpflegeausbildung seit der Mitte des 19. Jahrhunderts, Stuttgart 1987. Robert-Bosch-Stiftung (2000): PFLEGE neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung, Kap. III Pflegeausbildung im Wandel: Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft, S. 181–195, Stuttgart.
- Lehmann, H./Walter, J./Neukirch, E. (1982): Organisation der Krankenpflege, Potsdam.
- Leitungstätigkeit und Arbeitsorganisation (WAO) im Gesundheitswesen (1986): Referate und Diskussionsbeiträge, 11. Forschungsseminar vom 19.–22.11.1985 in Auerbach-Hohengrün, Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR, Berlin.
- Meier, R./Nicolai, D./Pellin, H. (1971): Methoden, Erfahrungen und Ergebnisse von Arbeitsstudien in einem bezirksgeleiteten Fachkrankenhaus, in: Die Heilberufe, Heft 10, Oktober 1971, 23. Jahrgang, S. 315–318.
- Mischo-Kelling, M./Wittneben, K. (1995): Pflegebildung und Pflegetheorien, München.
- Panke-Kochinke, B. (2000): Fachdidaktik der Berufskunde Pflege, Bern.
- Dies. (2001): Die Geschichte der Krankenpflege (1697–2000). Ein Quellenbuch, Frankfurt am Main.
- Dies./Schaidhammer-Placke, M. (2002): Frontschwestern und Friedensengel. Kriegskrankenpflege im Ersten und Zweiten Weltkrieg. Ein Quellen- und Fotoband, Frankfurt am Main.
- Pinding, M./Thomae, J./Kirchlechner, B. (1972): Krankenschwestern in der Ausbildung. Eine empirische Untersuchung (Schriftenreihe aus dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens, Heft 32).
- Reinhardt, I. (1989): Gestaltung des Pflegeprozesses unter Berücksichtigung der Gesprächsführung (Studienmaterial zur Weiterbildung mittlerer medizinischer Fachkräfte), in: Heilberufe 41, Beilage.
- Rieber, G./Andreae, M. (1967): Jeder braucht sie. Die Krankenschwester und ihr Arbeitsbereich, Düsseldorf.
- Schmidt, J. (1998): Beruf: Schwester. Mutterhausdiakonie im 19. Jahrhundert, Frankfurt/New York.
- Seidler, E. (1993): Geschichte der Medizin und der Krankenpflege, Stuttgart, Berlin, Köln.
- Sieber, G. (1974): Krankenpflege-Report. Betten in Reih und Glied, Köln.
- Seithe, H./Hagemann, F. (1993): Das Deutsche Rote Kreuz im Dritten Reich (1933–1939). Mit einem Abriss seiner Geschichte in der Weimarer Republik, Frankfurt am Main.
- Stegemann, G. (1963): Durch Arbeitsanalysen zur Verbesserung der Arbeitsorganisation in unseren Krankenhäusern, in: Die Heilberufe, Heft 8, August 1963, 15. Jahrgang, S. 252–257.
- Steppe, H. (1996): Krankenpflege im Nationalsozialismus, Frankfurt am Main
- Wahn, H. (1962): Zu Arbeitsablaufstudien auf Krankenstationen, in: Die Heilberufe, Jahrgang 14, Heft 12, 1962, S. 339–340.
- Winter, K. (1980): Das Gesundheitswesen in der Deutschen Demokratischen Republik. Bilanz nach 30 Jahren, Berlin.
- Wolff, H.-P. (1971): Die Anwendung bio-kybernetischer Modelle als Ausdruck der Neugestaltung des Physiologieunterrichts in der sozialistischen Berufsausbildung des Gesundheitswesens, in: Die Heilberufe; Heft 2, Februar 1971, 23. Jahrgang, S. 61–64.
- Ders. Wolff, J. (1994): Geschichte der Krankenpflege, Basel, Eberswalde 1994.