

Anne-Kathrin Cassier-Woidasky

Professionsentwicklung in der Pflege und neue Formen der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Hindernisse und Möglichkeiten patientenorientierter Versorgungsgestaltung aus professionssoziologischer Sicht

Zusammenfassung

Zwanzig Jahre Akademisierung in der Pflege zeigen trotz aller Erfolge noch wenig Früchte in der Praxis. Eine wesentliche Rolle spielt der bisher unterschätzte Aspekt der Macht als notwendiges Merkmal professioneller Arbeit, der nicht als professionssoziologische Merkmalsattribution, sondern mit den besonderen Eigenschaften der Arbeit am Patienten zu begründen ist. Deshalb wird nach einem Blick auf den Stand der Professionsentwicklung an einigen Arbeitsfeldern, in denen Bewegung in der professionsübergreifenden Kooperation herrscht, untersucht, welche strukturellen Machtverhältnisse Fortschritte erschweren. Grenzen für neue Arbeitsteilungen liegen in unreflektierten Wertzuschreibungen der klassischen Professionstheorien. Zu deren Überwindung ist ein neuer Ansatz aus interaktionistischen Professionstheorien in der Trias von Identität, Legitimation und Handeln notwendig. Danach ist Patientenorientierung möglich und zentrales Merkmal professionellen Handelns.

1. Stand der Professionsentwicklung in der Pflege

Zwanzig Jahre nach Gründung der ersten Pflegestudiengänge hat die Akademisierung in der Pflege das Versuchsstadium hinter sich gelassen. Etwa 50 Hochschulen bieten Pflegestudiengänge an, bestimmte Leitungsfunktionen erfordern einen Hochschulabschluss. Lehrstühle für Pflegewissenschaft und öffentlich geförderte Forschungsverbände sind etabliert, Pflegekonzepte werden entwickelt und wissenschaftlich überprüft, die Zahl der Promotionen und Habilitationen wächst. In der Praxis allerdings zeigt diese Entwicklung noch wenig Auswirkungen. Eher muss bedenklich stimmen, dass einerseits von erschreckenden Pflegequalitätsmängeln im Krankenhaus und der Altenpflege berichtet wird und es andererseits sowohl in der öffentlichen Diskussion als auch von

einigen Pflegeverbänden immer noch als Statusaufwertung verstanden wird, Pflegenden ärztliche Tätigkeiten zu übertragen (Maier et al. 2005; Schramm 2007) – ein Befund, der mit dem Anspruch professioneller Pflege nicht vereinbar ist. Es lohnt sich also, der Frage auf den Grund zu gehen, wie diese Diskrepanz zu erklären ist und wo die Pflege professionssoziologisch heute steht, wobei im Folgenden vor allem die Situation der Pflege im Krankenhaus beleuchtet werden soll.

Das Ziel, Pflege mittels Akademisierung als Profession mit den klassischen Kriterien wissenschaftlich fundierte Ausbildung, Autonomie und Gemeinwohlorientierung zu etablieren, kann aus professionstheoretischer Sicht keineswegs als erreicht bezeichnet werden. Im Aufbruch der neunziger Jahre hatte sich die Diskussion über die Professionalisierung der Pflege vor allem auf die Gründung von Studiengängen für Lehre und Leitung gerichtet. Die Frage nach der Professionalisierbarkeit von Pflege wurde an äußeren Professionsattributen verankert. Bereits damals wurde zu Bedenken gegeben, dass Akademisierung als formales Professionsattribut alleine ohne inhaltliche Fundierung kein Garant für Professionalisierung ist (Schaeffer 1994: 104). Anstelle einer Statusaufwertung hat dieser Diskurs der Pflege zu dem zweifelhaften Etikett der „Semi-Profession“ (Etzioni 1969) verholfen. Im Einzelnen lässt sich die Situation in den drei Kriterien Wissen, Autonomie und Gemeinwohlorientierung in aller Kürze so skizzieren:

Wissen. Wenngleich die universitären Wissenschaftsstrukturen noch auszubauen sind, wird die inhaltliche Fundierung der professionellen Arbeit seit mehreren Jahren durch zahlreiche Forschungsaktivitäten vorangetrieben, so dass Pflege inzwischen in einigen Bereichen über Grundlagenwissen verfügt. Es kann als gesichert gelten, dass die direkte Pflege gerade in der Unterstützung der Patienten bei ihren Aktivitäten des täglichen Lebens eine erhebliche Bedeutung für den Pflege- und Rehabilitationserfolg hat - positiv als auch negativ. Dieser Wert von Pflege ist entscheidend in der gesamten Diskussion um professionelle Pflege und entsprechend zu kommunizieren.

Autonomie. Für die Gestaltung professionellen Pflegehandelns unter den Bedingungen chronischer Krankheit, Pflegebedürftigkeit und zunehmend invasiver und technikintensiver Medizin ist die defizitorientierte Kategorie Semi-Profession eine Sackgasse. Sie mag unter der biomedizinischen Prämisse zutreffen, in der Pflegenden vor allem die Arztassistenten übernehmen und weder Autonomie noch eigene Wissensbestände benötigen, trägt aber zur Legitimation des Pflegehandelns nichts bei. Professionelles Handeln ist nach Oevermann (1999) als therapeutisches

Arbeitsbündnis durch Fachkompetenz (erfordert fundierte Ausbildung) und individuelles Fallverstehen (erfordert Autonomie) gekennzeichnet. Beides ist notwendig, um Menschen bei der Bewältigung ihrer Selbstpflegebedürfnisse in krankheitsbedingten Krisensituationen zu unterstützen, auf die die Medizin keine Antwort (mehr) hat, aber insbesondere an der Autonomie fehlt es bisher (Cassier-Woidasky 2007).

Gemeinwohlorientierung. Immer mehr Menschen kann mit den Methoden kurativer Medizin nicht geholfen werden, die bisher den Anspruch auf die alleinige Zuständigkeit für Gesundheit und Krankheit erhebt. Diese Menschen benötigen trotzdem professionelle Hilfe bei der Bewältigung ihres durch Krankheit ausgelösten Selbstpflegebedarfs, doch die Medizin fühlt sich für diese dann nicht mehr zuständig und ist hier auch nicht kompetent. Gesundheit und deren Wiederherstellung als alleinige Voraussetzung körperlicher und psychischer Integrität als zentraler Wert ist nicht ausreichend, wenn Menschen zunehmend multimorbid, chronisch krank und pflegebedürftig sind. Mit einem Zentralwert wie beispielsweise Selbstpflegefähigkeit kann professionelle Pflege Gemeinwohlorientierung vertreten, was ihr in der Professionssoziologie schon vor längerem bescheinigt wurde (Goode 1960: 903) – zumal Pflege in der Tradition der Caritas seit jeher für die Hinwendung zum Nächsten und damit auch für die Orientierung am Gemeinwohl steht.

In diese Situation hinein wird über neue Arbeitsteilungen im Gesundheitswesen diskutiert und gefordert, Gesundheitsversorgung mittels neuer Kooperationskonzepte zwischen den beteiligten Professionen effizienter, effektiver, zielorientierter und dabei qualitativ hochwertig zu gestalten. Verlangt werden „flache, vernetzte Teamstrukturen“ und eine „Entkoppelung von funktionalen und hierarchischen Befugnissen“, flexible Rollenverteilungen und die Durchführung von Tätigkeiten „entsprechend des eigenen Qualifikationsniveaus“ (Sachverständigenrat 2007: RZ 11). Das geschieht weniger aus der Einsicht heraus, dass mit der professionellen Pflege kompetente Partner für hochwertige Versorgung bereitstehen, als aus Kostengründen und wegen absehbarer Versorgungsengpässe im Gesundheitswesen. In der Realität herrschen sehr unterschiedliche Interessenlagen zwischen den professionellen Akteuren und wegen ökonomischer Zwänge auch den Kostenträgern als dritter Macht in diesem Feld. Exemplarisch sollen einige dieser Arbeitsfelder näher betrachtet werden, um anschließend zu untersuchen, welche Rolle tradierte professionssoziologisch sanktionierte Machtstrukturen in den Auseinandersetzungen um neue Arbeitsteilungen spielen und wie Kooperation gelingen kann.

a. Autonome Handlungsspielräume für professionelle Pflege

In den vergangenen Jahren haben die Forschungsaktivitäten der Pflegewissenschaft einige Aufgabenbereiche hervorgebracht, die Pflege kompetent abdecken können. Das Management chronischer Wunden (Rother/Panfil 2005; Panfil 2004) beispielsweise zeigt die Bedeutung professioneller Pflege bei der komplexen Wundversorgung und deren Interdependenzen mit den vielschichtigen Versorgungsdefiziten.

In enger Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt könnten qualifizierte Pflegenden die umfassende Versorgung, Anleitung und Beratung des Patienten durchführen. Ziel ist die Abheilung von langwierigen und schmerzhaften chronischen Wunden und Verbesserung der Lebensqualität. Professionelle Pflege betrachtet die komplexe Wundsituation im Zusammenhang mit Selbstpfledefiziten und der Erhaltung von Alltagskompetenzen. Das erfordert die Analyse der meist vielfältigen Problembereiche und Wissensdefizite des Patienten, eine enge Kooperation mit dem Hausarzt, Kommunikation mit der Krankenkasse, die Durchführung einer modernen Wundversorgung bis hin zur Aktivierung des sozialen Netzes des Patienten, um etwa therapeutisch notwendige Spaziergänge zu organisieren (Rother/Panfil 2005). Schwierigkeiten entstehen, wenn sich die Bereitschaft des Hausarztes in Grenzen hält, Vorschläge der besser qualifizierten Wundmanager aus der Pflege zu übernehmen. Pflegenden dürfen nicht selbstständig tätig werden, da die Anordnungsverantwortung beim Arzt liegt. Das verursacht hier wie auch in der Akutversorgung regelmäßig Spannungen zwischen Pflegekräften und Ärzten, deren Kenntnisse in moderner Wundversorgung häufig nicht aktuell sind, ungeeignete Verordnungen nach sich ziehen und zu Qualitätsverlusten führen (Krause et al. 2003; Trümmer 2004; Cassier-Woidasky 2007). Das Anordnungsrecht ist Finanzierungsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die Verbandswechsel nur bei Vorliegen einer ärztlichen Verordnung und unter bestimmten Voraussetzungen vergütet. Selbst notwendige und ärztlich angeordnete Hilfsmittel werden von den Krankenkassen häufig abgelehnt, was dem Patienten langwierige Widerspruchsverfahren abverlangt, damit er zu seiner Versorgung kommt (Rother/Panfil 2005), oder aber erhebliche Einbußen in der Lebensqualität bedeutet.

Eine effiziente, zielgerichtete Arbeitsteilung zugunsten einer besseren Versorgungsqualität in diesem Fall würde zunächst erfordern, dass Mediziner das Wissen der Pflegekräfte anerkennen, es als Ergänzung ihrer Kompetenz verstehen und deren Empfehlungen für moderne Wundversorgung umsetzen. Revisionsbedürftig sind auch die Vergütungsrichtlinien der GKV, die eine fachgerechte pflegerische Versorgung kaum

zulassen (Rother/Panfil 2005) und ignorieren, dass sich qualifizierte Wundversorgung trotz anfänglich höherer Kosten wegen der schnelleren Heilung langfristig auszahlt. Pflegende mit Weiterqualifikation könnten mit Verordnungskompetenzen ein gewisses Maß an Autonomie bekommen und hätten die Stellung eines Anwalts des Patienten. Die Entscheidung über die Verordnungsfähigkeit von Heilmitteln trifft mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss jedoch ein Gremium, in dem von allen Gesundheitsberufen nur Mediziner vertreten sind. Diese definieren Art und Umfang der Leistungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe und legen fest, was von der GKV finanziert wird. Das im Sozialversicherungsrecht verankerte ärztliche Recht zur Verordnung von Heilmaßnahmen und „Leitung, Koordination und Kontrolle des arbeitsteiligen Geschehens“ (Siegrist 1988: 218) garantiert die Vorrangstellung der Medizin, und es liegt auf der Hand, dass eine Arbeitsteilung und Abgabe von Kompetenzen mit Machtverlusten auf Seiten der Ärzteschaft verbunden wäre.

b. Neuordnung von ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten

Anders verhält es sich in der Diskussion um ärztliche Tätigkeiten, die an die Pflege delegiert oder an neue Assistenzberufe übergeben werden. Von einigen Pflegevertretern (Maier et al. 2005) wie auch den ärztlichen Verfechtern neuer Assistenzberufe (Clade 2008) wird die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten als Aufwertung dargestellt. An der Basis hält man es für einen Fortschritt, sich nicht mehr (nur) mit den „niederen“ Arbeiten wie Essen reichen oder Patienten waschen aufhalten zu müssen (Peter in Maier et al. 2005), was auch in der Öffentlichkeit so rezipiert wird: In einer Reportage in der ZEIT wurde dazu der Titel „Doktor Schwester“ geprägt (Schramm 2007). Gemeint waren damit nicht etwa Forschungsaktivitäten promovierter Pflegewissenschaftler/innen, vielmehr wurde Kompetenzzuwachs durch ärztliche Tätigkeiten als Autonomiegewinn für Pflegende dargestellt. Die jedoch wäre weniger für ärztliche Aufgaben als vielmehr für wissenschaftlich fundiertes Pflegehandeln erforderlich, was in der Reportage nicht erwähnt wurde. Begründet wird die Neuordnung meist mit dem Kostenvorteil oder dem sich abzeichnenden Ärztemangel (Blum et al. 2008; Baierlein et al. 2008). Übersehen wird dabei, dass auch qualifizierte Pflegekräfte nicht unbegrenzt verfügbar sind und sich hier ebenfalls bereits Engpässe abzeichnen.

Im Sinne der Prozessoptimierung des Stationsalltages und guter Patientenversorgung ist es durchaus vernünftig, delegierbare ärztliche Tätigkeiten zu übernehmen, sofern Fachkompetenz, Rechtssicherheit und die notwendigen Ressourcen sichergestellt sind. Fachkompetenz ist in

der Regel zu erwerben, delegierbar ist, was kein persönliches Handeln des Arztes erfordert. Damit können viele eigentlich ärztliche Arbeiten in den pflegerischen Arbeitsablauf integriert werden. Problematisch dagegen ist die Frage der Ressourcen. Zwischen 1997 und 2007 wurden bei steigenden Fallzahlen und sinkender Verweildauer 13,5% der Stellen in der Pflege abgebaut und das Personal im ärztlichen Dienst um 19,5% aufgebaut. Die Belastung des Pflegedienstes hat sich damit und wegen der zunehmenden Pflegebedürftigkeit der Patienten um 23% erhöht (Isfort/Weidner 2007: 4). Derzeit wird in der Fachöffentlichkeit intensiv über die Neuordnung ärztlicher und pflegerischer Aufgaben diskutiert (z. B. Blum et al. 2008). Die grundsätzliche Frage aber, warum Pflegekräfte unter diesen Bedingungen ärztliche Tätigkeiten überhaupt übernehmen sollen, wird nicht gestellt. Auch die Definition pflegerischer Kernaufgaben wird kaum thematisiert, was dazu führt, dass die direkte Pflege am Patienten häufig an Hilfskräfte übertragen wird. Diese jedoch verfügen meist nicht über die nötigen Kenntnisse, um bei den oft mehrfach schwer erkrankten Patienten auf Veränderungen schnell und qualifiziert zu reagieren, was Komplikationen nach sich ziehen kann. Eine scheinbar „triviale“ Tätigkeit wie Essen reichen beispielsweise birgt bei Dysphagie-Patienten ein hohes Risiko potenziell tödlicher Aspirationspneumonien (Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2005). Ähnliches gilt für das Sturzrisiko oder Dekubitalulcera, die wie Mortalitätsraten im direkten Zusammenhang mit der Pflegekapazität stehen (Isfort/Weidner 2007).

Pflegende selber glauben häufig, sich nur durch Arztaufgaben profilieren zu können, während man Grundpflege Hilfskräften überlässt und Beziehungsaufbau nicht als Arbeit betrachtet. Diese Unterbewertung direkter Pflege und interaktionsintensiver Aufgaben ist systemimmanent, denn sie wird in der praktischen Ausbildung reproduziert, wo die Sozialisation der Auszubildenden zur Arbeitskraft erfolgt und die Ansicht herrscht, pflegen könne jeder (Cassier-Woidasky 2007: 353ff.). Diese Selbsteinschätzung bestimmt die Fremdwahrnehmung der Pflege, die auch in der ZEIT-Reportage durchschien. Dazu passt auch der Vorstoß der großen Bundestagsfraktionen im Sommer 2009, die Mindestqualifikation zur Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung auf den Hauptschulabschluss abzusenken, was mit dem drohenden Bewerbermangel bei demografisch gestiegenen Anforderungen begründet wurde, aber die Tatsache ignorierte, dass es lediglich an ausreichend qualifizierten Bewerbern fehlt (DBFK 2009). Konsequenterweitergedacht führt diese Entwicklung dahin, dass die direkte Pflege am Patienten zunehmend von geringer qualifizierten Pflege(hilfs)kräften übernommen wird und für die „höherwertigen“ arzt nahen Tätigkeiten neue spezialisierte Assis-

tenzberufe bereitstehen, was im nächsten Abschnitt erläutert wird. Unter den derzeitigen Strukturen leistet das einer neuen Hierarchisierung und Funktionalisierung im Gesundheitswesen Vorschub.

c. Neue Assistenzberufe im Krankenhaus

Bei der Neuallokation von Tätigkeiten zeichnet sich eine weitere Zersplitterung von Arbeitsabläufen ab. Dafür werden Qualifizierungen erforderlich, die in die Gründung neuer Studiengänge wie etwa dem aus den USA stammenden Bachelor-Studiums „Physician Assistant“ (PA) einmünden. Dessen Zielsetzung ist es, Chirurgie-Assistenten auszubilden, um Ärzte zu entlasten und damit Kosten einzusparen und dem drohenden Ärztemangel zuvorzukommen (Deutsches Krankenhausinstitut 2008). Diese übernehmen Tätigkeiten im OP, die vorher von Assistenzärzten in der Facharztweiterbildung durchgeführt wurden. Dazu gehören z. B. Vor- und Nachbereitung des Eingriffs, Präparationsarbeiten, Wundverschluss und Assistenz unter Aufsicht des verantwortlichen Operateurs (Bauer/Ennker 2005). In der Fachdiskussion wird argumentiert, dass mit der Weiterbildung eine Rechtssicherheit für Tätigkeiten geschaffen wird, die bisher schon von OP-Pflegekräften in der juristischen Grauzone durchgeführt werden (Grether 2009a). Allerdings liegt gerade im haftungsrechtlichen Bereich für diese neuen Berufe noch erheblicher Klärungsbedarf (Müller 2005).

Aus ökonomischer Sicht soll die industrialisierungsähnliche Standardisierung den Personaleinsatz rationalisieren und die Effizienz steigern, um die „hochspezialisierte akademische Arbeitskraft der Ärzte“ (Clade 2008) optimal einzusetzen. Von der Übernahme einzelner Tätigkeiten durch Spezialisten wird aufgrund des Mengeneffekts eine Qualitätsverbesserung erwartet. Der Nachteil der tayloristischen Organisation liegt darin, dass mit jeder weiteren Schnittstelle in der Versorgungskette Fehlerrisiko und Reibungsverluste steigen. Soziologisch partizipiert dieser zum medizinischen Funktionskreis (Rohde 1974) gehörende Assistenzberuf durch die Ausrichtung als akademische Qualifizierung „Arzt-Assistent mit Akademikerrang“ (Clade 2008) am Image der Medizin, bleibt aber weiterhin unter der Kontrolle der Ärzteschaft. Pflege steht in der Hierarchie zweifellos deutlich unter dem Physician Assistant, der seinerseits unter dem Arzt angesiedelt ist (Clade 2008). Selbst OP-Pflegekräfte bevorzugen die Fachausbildung gegenüber der dreijährigen Krankenpflegeausbildung, die ihrer Auffassung nach für die Arbeit im OP nicht benötigt wird (Grether 2009a). Symptomatisch für die Problematik ist, dass diese Diskussion bisher vor allem in der Praxispresse von Interessenvertretern aus der Praxis geführt wird, was sich auf die

Qualität der Quellenlage auswirkt (z. B. Nahdran 2005; Clade 2008; Grether 2009b).

Professionssoziologisch steht der Fall für die Entwicklung einer Semi-Profession, wie sie Etzioni am Arzt orientiert beschreibt: kürzere Ausbildung, niedrigerer Status, reduzierter Wissensbestand, weniger Unabhängigkeit von gesellschaftlicher Kontrolle (Etzioni 1969: v). Autonomie wird hier kaum möglich sein. Karrieretechnisch ist die Assistentenausbildung eine Sackgasse, da ihr Spezialistentum auf ein relativ überschaubares Feld mit begrenzten Entwicklungsmöglichkeiten beschränkt bleibt. Die Breite der Arztausbildung wird reduziert: Durch die Ausgliederung einzelner Tätigkeiten an Assistenzberufe erlernen Mediziner nicht mehr den ganzen Prozess der zu einer Operation gehörenden Schritte, für deren korrekte Durchführung sie aber später verantwortlich sind. Ebenso stellt sich die Frage nach Sinnhaftigkeit bei einer biomedizinisch und mechanistisch zergliederten Arbeit am Menschen, die den Patienten zum Objekt macht. Auch chirurgische Patienten werden im Wachzustand angetroffen und bedürfen interaktionsintensiver Leistungen, was nachweislich den Heilungsprozess beeinflusst (Badura 1994). Psychosoziale Fächer fehlen jedoch im naturwissenschaftlich-technisch ausgerichteten Ausbildungsplan des Physician Assistant (Bruksch et al. 2006; Bauer/Ennker 2005) völlig, und auch die Verortung spricht für sich: An der Dualen Hochschule Baden-Württemberg in Karlsruhe, die den Studiengang als erste staatliche Hochschule ab dem WS 2010 anbietet, steht er zwischen „Klinischer Strahlenschutz“ und „Medizininformatik“ im Fachbereich Technik (Stand: 1.9.2010). Allerdings gibt es trägerabhängige Unterschiede: In der Weiterbildung „Chirurgisch-Technischer Assistent“ der Kaiserswerther Diakonie werden immerhin 100 Stunden Ethik gelehrt (Ulrich 2006).

d. Strukturveränderungen im Pflegemanagement

Als vierter Bereich soll schließlich die Rolle der Pflege in der Krankenhausleitung betrachtet werden. In der Vergangenheit bestand die Krankenhausleitung entsprechend der dreigeteilten Struktur aus formal gleichberechtigten Vertretern der drei Funktionskreise Medizin, Pflege und Verwaltung (Rohde 1974). Die Pflegedirektorin hatte damit zwar dieselbe Position wie der ärztliche Direktor und der Verwaltungsdirektor, war aber als Einzige ohne akademische Ausbildung, noch dazu fast immer weiblich und musste deshalb nicht besonders ernstgenommen werden. Die wenigsten Führungskräfte hatten sich bewusst für eine Leitungsposition entschieden, eher war man zufällig in die Rolle der Pflegedienstleitung geraten (Küpper 1996).

Inzwischen aber, und das ist ein sehr deutliches Ergebnis der Pflegeakademisierung, strebt eine Reihe betriebswirtschaftlich ausgebildeter Absolvent/innen der Pflegemanagement-Studiengänge in die Leitungsebene. Gleichzeitig wurden in den vergangenen Jahren Leitungsstrukturen und Rechtsformen (Übersicht bei Bohle 2001) dergestalt umgebaut, dass die Position der Pflegedirektorin häufig aus der Krankenhausleitung entfernt ist, womit sie bei strategischen Entscheidungen keine Mitsprachemöglichkeit mehr hat (Gürkan 1999; Mühlbauer 2003). Gerechtigt wurde das mit neuen Finanzierungsformen, die eine handlungsfähige Krankenhausleitung erforderten, es gab aber keine Begründung, warum es besonders effizient wäre, gerade jetzt die Pflegedienstleitung auszuschließen (Mühlbauer 2003: 161). Der Verdacht, dass dort weniger ökonomische als vielmehr handfeste Machtinteressen verfolgt wurden, wird durch neuere Arbeiten bestätigt. So erfolgten zwischen 1996 und 2006 parallel zur Umstrukturierung in den Leitungsebenen Absenkungen in den Personalkostenbudgets der Pflege, die weder aufgrund der Budgetentwicklung notwendig waren noch durch gesetzliche Vorgaben verlangt wurden (Simon 2009). Laut Pflge thermometer 2007 sind 20% der Pflegedienstleitungen/ -direktoren nicht Mitglied der Geschäftsführung, nur die Hälfte verfügt über ein eigenes Budget und etwa 60% haben kein Hochschulstudium (Isfort/Weidner 2007: 18). Letzteren wird in Bewerbungsverfahren der Vorzug gegeben, wenn die Geschäftsführung nicht an Personen interessiert ist, die eigene Macht- und Ressourcenansprüche stellen und unbequem werden könnten (Tewes 2009). Tewes berichtet aus ihrer Beratungspraxis, dass „erstaunlich viele Pflegedirektorinnen (...) stolz berichteten, dass sie sich im Auswahlverfahren gegen hochschulqualifizierte Mitbewerber durchgesetzt haben“ und den Eindruck erweckten, dass sie dem „ärztlichen Direktor gegenüber eine gewisse Dankbarkeit für diese Wahl entgegenbrachten“ (Tewes 2009: 42). Die Frage nach Macht in der Leitung allerdings wird von Betroffenen weit abgewiesen und auf Fachkompetenz in der Partizipation der Pflege an der Prozessgestaltung reduziert (Klein in Pflege aktuell 2004). Dass das immer auch eine Machtfrage ist, wird ausgeblendet. Heute arbeiten einige Pflegedirektoren maßgeblich an den oben ausgeführten Umverteilungen mit (z. B. Maier in Maier et al. 2005), wobei den damit verbundenen Risiken hinsichtlich der Pflegequalität keine Beachtung geschenkt wird. Die Bedeutung des Personalabbaus für die Patientensicherheit wird nicht diskutiert, obwohl der Zusammenhang in der internationalen Forschung längst nachgewiesen ist (Übersicht bei Simon 2009).

Solange diese Haltung des vorausseilenden Gehorsams in den Pflegedirektionen verbreitet ist und Führungskräfte in der Pflege selber an der

Manifestation der Subordinationsverhältnisse mitarbeiten, liegt es auf der Hand, dass Pflege trotz aller durchaus erfolgreichen Bemühungen um Akademisierung an ihrer Basis keinen „grünen Zweig“ im Hinblick auf Autonomie erreicht. Betrachtet man die vergangenen zwei Jahrzehnte retrospektiv, so entsteht der Eindruck, dass die Führungsstrukturen schon präventiv verändert worden sind, bevor die Frauen (und Männer) in der Pflege selber gemerkt haben, welches Potenzial sie in Führungspositionen entwickeln könnten. Problematisch daran ist, dass die Pflege sich noch nicht von der Medizin emanzipiert hat, während sie mit der Ökonomie schon unter neuer Fremdbestimmung steht.

2. Arbeitsteilung und Kompetenzgewinn

Beim Vergleich der Arbeitsfelder fällt auf, dass die Zustimmung bei allen Beteiligten dort groß ist, wo Pflegende mit neuen Kompetenzen aus dem ärztlichen Bereich zu deren Entlastung ausgestattet werden sollen (b und c) – vorausgesetzt, von ärztlicher Seite ist die Kontrolle sichergestellt. Kritik aus der Ärzteschaft wird als „auf Dauer haltlos[e] (...) standesrechtliche Bedenken einzelner Mediziner“ (Berentzen 2005: 31) betrachtet, und kritische Stimmen aus der Pflege werden als nicht mehr zeitgemäßes berufsständisches Denken abgetan (Gürkan 1999).

Geht es aber darum, pflegerischen Tätigkeiten ihren angemessenen Wert für den Genesungserfolg zuzuschreiben, diese gegenüber der ärztlichen Arbeit abzugrenzen und Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Übernahme und Steuerung von Pflege zu bekommen (a und d), wird es deutlich schwieriger. Erkannt wird nicht, dass die partnerschaftliche Übernahme von Verantwortung Entlastung auf beiden Seiten bringen kann, wenn Kompetenzen auf einer kooperativen Interessenbasis aufgeteilt werden. Einerseits liegen Hindernisse bei der Pflege, wo man sich mit einem gering ausgeprägten Selbstbewusstsein selber im Weg steht und versäumt, Pflegeerfolge zu definieren und für deren Sicherstellung Rechte und Ressourcen einzufordern. Andererseits gäbe es durchaus Möglichkeiten der Übertragung von Verordnungskompetenzen, z. B. bei Hilfsmitteln in der häuslichen Pflege, weil professionelle Pflegende Patienten in der Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zu Selbstständigkeit verhelfen und Selbstpflegekompetenzen vermitteln können. Das allerdings erfordert den Zugriff auf weitere Versorgungsleistungen und wird argwöhnisch von den ärztlichen Standesvertretungen betrachtet und abgelehnt. Interessanterweise schreiben diese (im ambulanten Bereich) ihren medizinischen Fachangestellten (Arzt-helferin) Kompetenzen zu, die sie Pflegefachkräften nicht zubilligen

und als Eingriff in ihr alleiniges Recht zur Ausübung der Heilkunde betrachten (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008). Auch hier steht neben nachvollziehbaren Einwänden das Bestreben der Ärzteverbände im Vordergrund, die Kontrolle über die Prozesse zu behalten und Autonomie anderer mit allen Mitteln zu verhindern.

3. Macht als notwendiges Merkmal professionellen Handelns

Professionelles Pflegehandeln ist stellvertretendes Handeln für Menschen, die krankheitsbedingt in ihrer eigenen Macht eingeschränkt sind und nicht für sich selber handeln können. Das erfordert den Besitz von formaler und legitimer Macht und ist an sich wertfrei: Max Weber definiert Macht als „jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichwohl worauf diese Chance beruht“ (Weber 1972: 28). Oft ist der Machtbegriff jedoch negativ konnotiert (vgl. Elias 1970), weil von „verantwortlich handeln“ bis „Zwang ausüben“ verschiedene Zielsetzungen existieren und die handlungsleitenden Interessen je nach Kontext variieren. Macht kann im Sinne von Zwang missbraucht als auch im Interesse von Unterstützung eingesetzt und muss deshalb immer unter dem Aspekt des Ziels beurteilt werden (Schöniger 1998: 5f.). Daher ist „Macht über“ von „Macht für“ zu unterscheiden: Macht „über jemanden“ strebt Dominanz und Kontrolle an, während Macht „für etwas“ dazu dienen kann, zum Besten derer zu wirken, über die man Macht hat (Jonas 1984: 181). Bisher waren Macht und Autonomie in der Pflege kein Thema (Cassier-Woidasky 2005) und wurden in ihrer Bedeutung wahrscheinlich unterschätzt. Positive Aspekte von Macht wie z. B. die Möglichkeit, Entwicklungen gestalten zu können, werden kaum gesehen und sind stark ausbaubedürftig (Tewes 2009). Gerade in der Pflege haben Frauen, denen Macht und Verantwortung nie offiziell zugeschrieben wurde, ein sehr zwiespältiges Verhältnis zur Macht, die eher als etwas Unanständiges oder sogar als Tabuthema gilt (Cassier-Woidasky 2005).

In den klassischen Professionstheorien dagegen sind Macht, Ansehen, Privilegien und Positionen zentrale Kategorien. Diese Theorien grenzen die Professionen aufgrund einer „Addition normativ entworfenen Merkmale und Klassifikationen“ (Combe/Helsper 1999: 19) von anderen Berufen ab und legitimieren die klassische Krankenhaushierarchie und -organisation: Alle Abläufe sind rund um den durch den jeweiligen Chefarzt definierten medizinischen Funktionskreis organisiert. Im Zentrum der Organisation und an der Spitze der Hierarchie steht der Arzt

mit dem „Habitus der Allmacht“ (Vogd 2004: 231), der als Letztverantwortlicher paternalistisch sämtliche Prozesse rund um die Erkrankung des Patienten kontrolliert. Die Interaktion ist traditionell asymmetrisch, professionelle Pflege hat hier keinen Platz. Sehr deutlich wird das am Beispiel der neuen Assistenzberufe im OP, wo die klassische Krankenhaushierarchie ungebrochen weiterbesteht. Die Macht verbleibt bei der führenden Profession, die Kompetenzen nur kontrolliert in kleiner Dosis an ausgewähltes Personal delegiert.

4. *Das Mandat zur Beherrschung von Gesundheit und Krankheit*

Zentrales Anliegen der Professionsentwicklung ist jedoch nicht die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, sondern die Definition eines originären Kompetenz- und Tätigkeitsprofils und die Generierung des dafür erforderlichen Wissens, denn die alleinige Zuständigkeit für bestimmte Probleme und eine autonome Berufsausübung werden erst mit der Kontrolle darüber erreichbar (Rabe-Kleberg 1999). Aber auch hier liegen strukturelle Hindernisse.

Die alleinige Zuständigkeit für alle Fragen von Gesundheit und Krankheit liegt in den Händen der Ärzteschaft, die in ihren verfassten Strukturen sehr deutlich macht (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008), dass sie keineswegs gewillt ist, Zugeständnisse an ihrer gesellschaftlichen Rollen- und Kompetenzzuschreibung zu machen. Aus strukturfunktionalistischer Sicht haben Professionen – klassischerweise Medizin, Recht und Theologie – ein gesellschaftliches Mandat. Professionen dienen danach der Steuerung und Kontrolle ihrer Klienten, um „den Fortbestand der Gesellschaft entgegen aller Selbstdestrunktionsprozesse zu garantieren und gleichzeitig die Integration der Gesellschaft auf Wertebene sicherzustellen“ (...) und „zwischen gesellschaftlichen und individuellen Wirklichkeits- und Norminterpretationen [zu] vermitteln“ (Schaeffer 1994: 105). Privilegien und Positionen bekommen die Professionsangehörigen dafür, dass sie die existenziellen Aufgaben berufsethisch hochstehend und frei von Profitinteressen übernehmen (Wetterer 2002: 240). Als Gegenleistung für dieses Monopol und eine weitreichende Handlungsfreiheit verlangt die Gesellschaft von den Ärzten die Kontrolle der irrationalen Potenziale, die beispielsweise in „Krankheit, Tod, Behinderung (...) Dissozialität, Siechtum und Alter begründet liegen“ (Siebolds/Weidner 1998: 44) und es dem Individuum ermöglichen, sich seinen Verpflichtungen zu entziehen. Nur mit ärztlicher Erlaubnis darf man der Arbeit fernbleiben, und der Zugang zu solidarisch finan-

zierten Leistungen ist immer an eine ärztliche Definition geknüpft (Siegrist 1988). Wenn es die gesellschaftlich zugewiesene Aufgabe der Medizin ist, die „irrationalen Potenziale“ zu kontrollieren und sie dazu mit Handlungsmonopol, weitreichenden Kompetenzen und Selbstverwaltung ausgestattet wurde, dann liegt es auf der Hand, dass kaum Interesse daran besteht, diese Machtverhältnisse zu verändern und das ärztliche Recht der Definitionsmacht und der wirtschaftlich-gesellschaftlichen Kontrolle aufzugeben.

Völlig unberücksichtigt lässt diese funktionalistische Perspektive, dass Destruktionsprozesse, deren Verhinderung eigentlich Aufgabe der Professionen ist, durch diese in die Gesellschaft möglicherweise erst hereingetragen werden. Das Krankheitsspektrum als auch die Leistungsfähigkeit der Medizin hat sich in den vergangenen Jahrzehnten erheblich gewandelt. An die Stelle von akuten, mit naturwissenschaftlich begründeten medizinischen Maßnahmen beherrschbaren Krankheiten treten chronische Erkrankungen, die psychosoziale Kompetenzen erfordern. Krankheiten, die vor wenigen Jahren noch tödlich waren, sind heute behandelbar, was allerdings häufig auf Kosten der Lebensqualität geht oder mit bleibenden Behinderungen verbunden sein kann. Die Medizin kann Krankheit, Tod und Schmerz nur bis zu einem gewissen Grad kontrollieren. Sie kann diese Zustände nicht vollständig beherrschen, und sie kann sie, wenn sie ausschließlich am biomedizinischen Paradigma ausgerichtet ist, sogar auslösen oder forcieren. Der Zwiespalt zwischen Patientenautonomie und Fürsorgepflicht in der Diskussionen über lebensverlängernde Maßnahmen ist hier ebenso anzusiedeln wie die Diskussion über aktive Sterbehilfe oder Patientenverfügungen, die deshalb aufkommt, weil sich hier eine tiefgreifende Verunsicherung in der Gesellschaft ausbreitet. Sie ist ein bedenkliches Indiz für das Gefühl der Machtlosigkeit gegenüber einem Gesundheitswesen, in dem sich das Diktat der Ökonomie und das der medizinischen Machbarkeit ver selbstständigen. So verlieren viele Menschen das Vertrauen, dass ihnen in Krisensituationen wirklich in ihrem Sinne geholfen wird.

Damit ist ein Wertediskurs überfällig, der auf der Basis hierarchischer paternalistischer Professionstheorien nicht gedeihen kann. Pflege und Medizin werden beide durch die Dominanz der Ökonomie in ihren Handlungsmöglichkeiten erheblich eingeschränkt. Wenn das Postulat der Gemeinwohlorientierung ernst gemeint ist, können sie es sich nicht leisten, professionspolitische Grabenkämpfe um Partialinteressen auszutragen und um den Anspruch auf Macht zu konkurrieren. Vielmehr sind gemeinsam Lösungen zu suchen, um dem Gemeinwohl trotz ökonomischer Restriktionen zu dienen (Cassier-Woidasky 2007).

5. *Perspektiven der Patientenorientierung auf der Basis eines neuen professionstheoretischen Ansatzes*

Das erfordert auch professionssoziologisch einen Perspektivenwechsel, von den Professionsattributen weg zum Gegenstand der Arbeit hin. Es bedeutet, denjenigen in den Mittelpunkt zu stellen, um dessen willen die Beteiligten ihre berufliche Existenzberechtigung haben: den Patienten mit seinem durch die Krankheit ausgelösten Pflegebedarf.

Für diesen Perspektivenwechsel stehen drei Theorieansätze zur Verfügung. Der interaktionistische Ansatz geht auf die Chicagoer Schule (Mead 1973) zurück und betrachtet die Entwicklung professioneller Identität in der Interaktion mit anderen. Danach gestaltet jeder Mensch seine Identität aktiv mit, beeinflusst damit andere und prägt als Handelnder sein Umfeld. Somit sind Menschen den Bedingungen nicht ausgeliefert, sondern haben Wahlmöglichkeiten und treffen auf dieser Basis ihre Wahlen (Hildenbrand 2000). Professionelle Identität erklärt die Haltung und das Handeln der Pflegekraft. Sie beschreibt das Bewusstsein über die eigene Kompetenz bzw. das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sowie die für Pflegende wesentlichen Überzeugungen, die ihr Denken, die Interaktionen und ihr Handeln in der Praxis leiten (Fagermoen 1997). Dieser emanzipatorische Ansatz steht im scharfen Kontrast zur historisch begründeten Festschreibung der Pflege als dienender Hilfsberuf. Er erklärt auch, dass die Pflege diese Zuschreibung mitgestaltet und damit die vielfach beklagte Situation der Subordination mitzuverantworten hat. Der interaktionistische Zugang setzt einen Kontrapunkt zur defizitorientierten „Semi-Profession“ wie auch zu den merkmalorientierten Professionstheorien, wonach „Professionen als stabiles und institutionalisiertes Ergebnis von Machtkämpfen um Monopolisierung von Status und Privilegien auf dem Wege (...) des Ausschlusses anderer Berufsgruppen“ (Helsper et al. 2000: 9f.) gelten und eine Entwicklung der Pflege aus dem Subordinationsverhältnis zur Medizin heraus überhaupt nicht denkbar wäre (Cassier-Woidasky 2007). In dieser Theorietradition stehen die Arbeiten, die sich mit der Identitätsentwicklung in Gesundheitsprofessionen befasst haben (z. B. Bucher/Strauss 1961; Bucher/Stelling 1977).

Auf die inhaltliche Legitimation der professionellen Arbeit bezieht sich Andrew Abbott, der der Frage nachgeht, was das Besondere an einer Arbeit ist, für deren Durchführung eine Profession legitimiert ist. Für ihn bestand der wesentliche Mangel an den klassischen Professions-theorien darin, dass hier mehr erklärt wird, wie Professionen organisiert sind, als das, was sie tun. Stattdessen sei vielmehr zu fragen, wer was

wem und wie tut und wozu. So müsse die eigentliche Arbeit mit der dafür notwendigen Expertise im Mittelpunkt stehen und von dort aus erklären, warum Professionen die Zuständigkeit („jurisdiction“) für bestimmte Probleme beanspruchen wollen (Abbott 1988). Auf der Basis von Diagnose, Schlussfolgerung und Behandlung als professionseigene Tätigkeit können bisher unsichtbar und nebenbei geleistete eigenverantwortliche Aufgabenbereiche in der Pflege festgelegt werden, die inhaltlich durch Forschung zu legitimieren sind. Verbunden damit ist der Anspruch auf Alleinzuständigkeit mit Rechten und Pflichten gegenüber der Gesellschaft (Rabe-Kleberg 1999).

Zwischen diesen beiden Ansätzen schließlich steht das professionelle Handeln als therapeutisches Arbeitsbündnis (Oevermann 1999) in Ungewissheitsstrukturen (Rabe-Kleberg 1999). Identitätsentwicklung und inhaltliche Arbeit werden strukturell verbunden: Mit individuellem Fallverstehen einerseits, wofür eine entsprechende professionelle Identität erforderlich ist, ohne die ein therapeutisches Arbeitsbündnis überhaupt nicht entstehen kann, und Fachwissen andererseits, wofür eine Definition eines inhaltlichen Kompetenzprofils notwendig ist, denn sonst kann ein therapeutisches Arbeitsbündnis nicht erfüllt werden (Bucher/Stelling 1977).

In der Trias dieser Theorieansätze wird der Blick auf den Patienten als „Arbeitsgegenstand“ gerichtet. Die Notwendigkeit von Autonomie, Wissenschaft und Macht ist also über die besonderen Eigenschaften der Arbeit und nicht über mehr oder weniger willkürliche Merkmalszuschreibungen abzuleiten. Macht ist zwar immer ein Mittel, um Ansprüche und Monopole zu sichern. Während aber den klassischen Professionstheorien ein paternalistisches Machtverständnis zugrunde liegt, geht Macht in den neuen Professionstheorien vom Ideal des Empowerments aus. Kernelemente der Beziehungsgestaltung sind transparente symmetrische Interaktionsmodi (Schaeffer 2001: 51). An diesem Machtverständnis, das auch die ärztliche Definitionsmacht in Frage stellt, entzündeten sich Konflikte, wenn professionelle Pflege sich in den „professional war“ (Abbott) begibt, um ihren Anspruch auf Zuständigkeit durchzusetzen. Der Kontrast zwischen klassischen und interaktionistischen Professionstheorien offenbart einen Perspektivenwandel, der die Dimension eines Paradigmenwechsels hat.

Pflege hat auf dem Weg zur Profession bereits ein gutes Stück Weg zurückgelegt. Die Beispiele neuer Arbeitsteilungen beleuchten aber auch das Spannungsverhältnis zwischen professionellem Anspruch und gesellschaftlicher Realität, in dem Pflege sich heute befindet. Dass die Pflege in den letzten zwanzig Jahren soviel erreicht hat, kann als Beleg

dafür gewertet werden, dass Professionstheorien ohne einen Blick auf die Frage, wozu das Ganze betrieben wird, Professionsentwicklung tatsächlich nicht ausreichend erklären können. Wenn aber gerade patientenorientierte Versorgung als ein zentrales Ziel professionellen Handelns unter dem ökonomischen Druck in Vergessenheit gerät, zeigt das sehr deutlich, dass eine Verengung auf Akademisierung nicht ausreicht und eine sich lediglich an den Merkmalen abarbeitende Professionalisierungsdiskussion nicht weiterführt.

Denn hier liegt der Haken: Die in den klassischen Professionstheorien mitschwingenden Ideale der klassischen Geschlechterrollen- und Arbeitsverteilung werden durch die Professionssoziologie wissenschaftlich legitimiert. In der unreflektierten Reproduktion und Wertzuschreibung dieser gesellschaftlichen Leitbilder in der Krankenhaushierarchie und -organisation dürfte die Erklärung dafür liegen, warum patientenorientierte Versorgungsgestaltung schon vom Ansatz her nicht gelingen kann. In der Management-Literatur wird unterstellt, Organisationen als kommunikative Gebilde seien in der Lage, „gemeinsame Denk-, Fühl- und Handlungsgewohnheiten auszubilden“, doch für Akutkrankenhäuser trifft das kaum zu, weil jede Berufsgruppe anderen Prioritäten und Kulturen verpflichtet ist (Badura/Feuerstein 1996: 269). Pflegekräfte haben die Wertzuschreibungen ebenso verinnerlicht und bevorzugt die höherwertig erscheinende technikintensive somatisch orientierte gegenüber der interaktionsintensiven Sicht, worin „eine strukturelle Ursache für die aktuellen Identitätsprobleme und Belastungen in der Pflegearbeit“ liegt (Badura/Feuerstein 1996: 49). Maßnahmen zur patientenorientierten Versorgungsgestaltung dürften erst dann einigermaßen nachhaltig umsetzbar sein, wenn diese Zusammenhänge zwischen professionsinhärenten Leitbildern, Organisationszielen und professionssoziologisch sanktionierten Wertzuschreibungen der der Krankenhaushierarchie innewohnenden tradierten gesellschaftlichen Denk- und Handlungsmuster bewusst gemacht und bearbeitet werden (Cassier-Woidasky 2007).

Klassische und interaktionistische Ansätze könnten sich ergänzen. Vom Grundgedanken her sind Professionen dazu da, Menschen in den wesentlichen Aspekten ihres Lebens mit Expertenrat und –tat zu unterstützen (Stichweh 1999), also auch die nachweisbaren psychosozialen Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit ernstzunehmen. Die Medizin mit dem funktionalistischen Blick auf den Körper kann nur einen kleinen Bereich abdecken. Die interaktionistischen Professionstheorien erlauben es, alte Rollenzuschreibungen zu überwinden und Zuständigkeiten neu zu verteilen. Eine Profession, die Menschen in Krisensituationen ernstnimmt, müsste in einer Handlungstheorie beide Aspekte im professionellen Han-

deln integrieren: den biologischen und den psychosozialen, den technikintensiven und den interaktionsintensiven, den rationalen und den irrationalen, den der Distanz und den der Nähe. Die Integration der Denkansätze weist einen Weg zur kooperativen Bearbeitung von Patientenproblemen, deren wissenschaftliche Fundierung jede Profession in eigener Zuständigkeit und gegenseitiger Akzeptanz leistet. Ein derart gewandeltes Professionsverständnis ist mit den derzeitigen Strukturen im Gesundheitswesen nicht vereinbar, sondern erfordert grundlegende Änderungen. Hier liegt die größte Herausforderung der Professionsentwicklung, weil sie von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung ist, wo Partikularinteressen vor dem Gemeinwohl stehen und mit allen Mitteln verteidigt werden. Eine Neuorientierung erfordert also nicht nur soziologische bzw. pflegewissenschaftliche Theoriebildung, sie kommt auch an der Machtdiskussion und der Reflexion der den Theorien impliziten gesellschaftlichen Ideale und Wertvorstellungen nicht vorbei.

6. Ausblick

In keinem der vier beschriebenen Arbeitsfelder steht der Patient wirklich im Mittelpunkt, vielmehr bestimmen professionstheoretisch sanktionierte ökonomische und machtpolitische Interessen das Bild. Trotz aller Beharrungstendenzen jedoch sind in Modellversuchen und im Alltag erfolgversprechende patientenorientierte Kooperationen zu beobachten, denn auch die Ärzte sind zunehmend an kompetenten informierten Pflegekräften interessiert, weil das Entlastung für alle Beteiligten bringt (Dahlgaard/Stratmeyer 2005). Das geht mit einer kooperativen wertschätzenden Haltung bei den Ärzten einher, erfordert ein hohes Maß an Handlungskompetenz, Selbstwirksamkeitserwartung und professionellem Selbstbewusstsein bei den Pflegenden und ist bisher von Freiwilligkeit geprägt (Cassier-Woidasky 2007). Akademisierung nutzt eher indirekt, indem evidenzbasiertes Wissen für die Praxis zur Verfügung gestellt wird. Diese Art von Kooperation knüpft an die interaktionistischen Professionstheorien an. Das zwischen den Professionen ausgehandelte Arrangement von Kompetenzen in der Kooperation befindet sich jedoch meist in einem fragilen, sehr vom Engagement der Beteiligten abhängigen Gleichgewicht und muss zur Gewährleistung von Handlungssicherheit rechtlich abgesichert werden, um nicht bei jedem Wechsel eines Positionsinhabers unter hohem Interaktionsaufwand neu verhandelt werden zu müssen (vgl. Dahlgaard/Stratmeyer 2005). Was in Einzelfällen bereits gut läuft, wäre auf eine breitere Basis zu stellen, um mit den eingangs erwähnten vom Sachverständigenrat geforderten

neuen Kooperationskonzepten patientenorientierte Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

Keinesfalls ist es das Ziel, Pflege zur „Medizin light“ zu entwickeln. Professionelle Pflege will nicht „kleiner Arzt“ werden, sondern vertritt ihren eigenen therapeutischen Wert und benötigt klare Kompetenzen für eine gesellschaftlich relevante Aufgabe, die von der somatisch orientierten Medizin nicht wahrgenommen wird. Deshalb können neue Assistenzberufe oder die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten nicht zur Professionsentwicklung beitragen, weil diese Arbeit immer unter ärztlicher Kontrolle bleibt und darüber hinaus mit neuen Berufsbildern unter derzeitigen Bedingungen sehr wahrscheinlich weitere Hierarchieebenen zu Lasten der Pflege eingezogen werden. Nur mit einer sehr optimistischen Grundhaltung und einer sehr starken Pflegeleitung wäre vorstellbar, dass hier auch Entwicklungspotenzial für Freiräume liegt, die eine patientenorientierte Pflege ermöglichen. Es wäre naiv zu glauben, dass die bisherigen Inhaber der Definitionsmacht über Gesundheit und Krankheit mit zunehmender pflegewissenschaftlicher Basis freiwillig Rechte und Ansprüche abtreten könnten. Allerdings muss Macht von der Pflege auch gewollt und nicht wie bisher als was Unanständiges betrachtet werden. Wie die dargelegten Konfliktfelder zeigen, besteht hier noch erheblicher Entwicklungsbedarf.

So ist die Pflegeakademisierung eine zwar notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für professionelle Pflege und patientenorientierte Versorgungsgestaltung und kann nur Ausgangspunkt für weitere Auseinandersetzungen mit dem Ziel der Autonomie professionellen Pflegehandelns sein.

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Anne-Kathrin Cassier-Woidasky
cassier-woidasky@web.de

Literatur

- Abbott, A. (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor.* Chicago London: The University of Chicago Press.
- Badura, B. (1994): *Public Health: Aufgabenstellung, Paradigmen, Entwicklungsbedarf.* In: Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (Hg.), *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen.* Berlin: edition sigma, 55-71.
- Badura, B.; Feuerstein, G. (1996): *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung.* Weinheim, München: Juventa.

- Baierlein, J.; Ungar-Hermann, M.; Da-Cruz, P.; Schommer, R.; Oberender, P. (2008): Sachlichkeit statt Emotion. Die Aufgaben zwischen Ärzten und Pflegenden müssen neu justiert werden. *f & w führen und wirtschaften im Krankenhaus* 25: 401-404.
- Bauer, S. F.; Ennker, J. (2005): Assistenten mit Diplom - Studium für Ambitionierte. Studiengang "Bachelor of Science in Physician Assistance". *Nahdran. Kundenmagazin der Aesculap AG*, 26-27.
- Berentzen, J. (2005): Erfahrung ist gefragt - Aufstieg durch Spezialisierung. Weiterbildung "Chirurgie-Assistent". *Nahdran. Kundenmagazin der Aesculap AG*, 29-31.
- Blum, K.; Offermanns, M.; Perner, P. (2008): Krankenhaus Barometer. Neuordnung pflegerischer und ärztlicher Aufgaben gehört zusammen. *Die Schwester Der Pfleger* 47: 1140-1145.
- Bohle, T. (2001): Die Bedeutung der Rechtsform des Krankenhauses sowie der Chefarztverträge für Struktur und Organisation der Krankenhausleitung. In: Eichhorn, S.; Schmidt-Rettig, B. (Hg.), *Krankenhausmanagement. Zukünftige Struktur und Organisation der Krankenhausleitung*. Stuttgart, New York: Schattauer, 153-170.
- Bruksch, M.M.; Schurr, M.O.; Bauer, S.F.; Goepfert, A. (2006): Bachelor of Science in Physician Assistance. Präsentation. www.ihci.com - BSc_PhysAss_060109_v3a.pdf (Zugriff am 7.5.2009).
- Bucher, R.; Stelling, J. G. (1977): *Becoming Professional*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Bucher, R.; Strauss, A. (1961): Professions in Process. *American Journal of Sociology* 66: 325-334.
- Cassier-Woidasky, A.-K. (2005): Macht - (k)ein Thema für die Pflege? *Die Schwester Der Pfleger* 44: 798-802.
- Cassier-Woidasky, A.-K. (2007): *Pflegequalität durch Professionsentwicklung*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Clade, H. (2008): Medizinische Assistenzberufe. *Der Physician Assistant - ein neues Berufsbild im Krankenhaus*. *Hessisches Ärzteblatt*: 26-28.
- Combe, A.; Helsper, W. (1999): Einleitung: Pädagogische Professionalität: Historische Hypothesen und aktuelle Entwicklungstendenzen. In: Combe, A.; Helsper, W. (Hg.), *Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 9-48.
- Dahlgaard, K.; Stratmeyer, P. (2005): *Patientenorientiertes Management der Versorgungsprozesse im Krankenhaus*. *Pflege & Gesellschaft* 10, 142-150.
- DBFK (2009): Stellungnahme zum Änderungsantrag (BT-Drucksache 16(14)0527: Artikel 12a) zum Entwurf des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (BT-Drucksache 16/12256). <http://www.dbfk.de/download/download/stenaAenderungarzneiVorschriften2009.pdf> (Zugriff am 01.05.2009).
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2005): *Vaskuläre Erkrankungen. Ischämischer Schlaganfall: Akuttherapie. Was gibt es Neues?* Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Deutsches Krankenhausinstitut (2008): *Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes*. http://www.dki.de/PDF/Neuordnung-Aerztlicher-Dienst_Langfassung.pdf (Zugriff am 5.5.2009).
- Elias, N. (1970): *Was ist Soziologie?* München: Juventa.
- Etzioni, A. (1969): *The Semi-Professions and their Organizations: Teachers, Nurses, Social Workers*. New York: The Free Press.
- Fagermoen, M. S. (1997): Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 25, 434-441.

- Goode, W. J. (1960): Encroachment, Charlatanism, and the Emerging Profession: Psychology, Medicine, and Sociology. *American Sociological Review* 25: 902-914.
- Grether, T. (2009a): COA - ein neuer Beruf mit weit reichenden Chancen. "Das Interesse an der COA-Ausbildung ist sehr groß". Interview mit Walburga Sprenger, Asklepios Kliniken GmbH. *Die Schwester Der Pfleger* 48: 464-466.
- Grether, T. (2009b): Mangel schafft neue Berufe im Operationssaal. *Die Gesundheitswirtschaft*. www.bibliomed.de (Zugriff am 30.9.2009).
- Gürkan, I. (1999): Profit-Center im Krankenhaus am Beispiel des Universitätsklinikums Frankfurt/Main. In: Braun, G.E. (Hg.), *Handbuch Krankenhausmanagement. Bausteine für eine moderne Krankenhausführung*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 525-551.
- Helsper, W., Krüger, H.-H., Rabe-Kleberg, U. (2000): Professionstheorie, Professions- und Biographieforschung - Einführung in den Themenschwerpunkt. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung* 1: 5-19.
- Hildenbrand, B. (2000): Anselm Strauss. In: Flick, U.; Kardorff, E. v.; Steinke, I. (Hg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt, 32-42.
- Isfort, M.; Weidner, F. (2007): *Pflegethermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). Online verfügbar unter www.dip.de.
- Jonas, H. (1984): *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008): *Gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vom 10. Januar 2008*. www.bundesaerztekammer.de/downloads/Pflege_Weiterentwicklungsgesetz.pdf (Zugriff am 9.4.2009).
- Krause, T.; Anders, J., Heinemann, A.; Cordes, O.; Wilke, L.; Kranz, S.; Kühl, M. (2003): *Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung. Ergebnisse einer Fall-Kontroll-Studie mit 200 Patienten und Befragung aller an der Pflege Beteiligten*. download von www.bmfsfj.de (Zugriff am 10.8.2003: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).
- Küpper, G. (1996): *Weibliche Berufskarrieren in der stationären Krankenpflege: Pflegedienstleiterinnen als Führungskräfte zwischen Tradition und institutioneller Modernisierung*. Bielefeld: Kleine Verlag.
- Maier, I.; Dielmann, G.; Böhme, H.; Wagner, F.; Peter, A.; Francois-Kettner, H. (2005): *Pro und Contra - Delegation ärztlicher Tätigkeiten*. *Die Schwester Der Pfleger*, 44: 258-263.
- Mead, G. H. (1973): *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mühlbauer, B.H. (2003): *DRGs und Pflege – zur Dialektik von Organisationsstruktur und Organisationsprozess im Wandel*. In: *Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegepersonen e.V. (BALK); Geißner, U.; Mühlbauer, B.H. (Hg.), Management und Pflege im DRG-Zeitalter. Führungswandel und Wandel durch Führung*. Köln: Luchterhand, 152-184.
- Müller, T. (2005): *Wer schneidet, der haftet! Haftungsrechtliche Aspekte der OP-Assistenz*. *Nahdran. Kundenmagazin der Aesculap AG*, 10-13.

- Nahdran (2005): DOSSIER: Generation "Arztassistent". Chirurgie light oder Effizienzschub? Neue Aus- und Weiterbildungskonzepte in der Chirurgie. Nahdran. Kundenmagazin der Aesculap AG, 21-31.
- Oevermann, U. (1999): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. In: Combe, A.; Helsper, W. (Hg.), Pädagogische Professionalität. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 70-182.
- Panfil, E.-M. (2004): Bewegungsbezogene Selbstpflege von Menschen mit einem Ulcus cruris venosum. In: Panfil, E.-M. (Hg.), Fokus: Klinische Pflegeforschung. Beispiele quantitativer Studien. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, 39-51.
- Pflege aktuell (2004): Vorstand ohne Pflegedirektoren? Pflege aktuell 58: 402-404.
- Rabe-Kleberg, U. (1999): Professionalität und Geschlechterverhältnis. Oder: Was ist "semi" an traditionellen Frauenberufen? In: Combe, A.; Helsper, W. (Hg.), Pädagogische Professionalität. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 276-302.
- Rohde, J. J. (1974): Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Rother, J.; Panfil, E.-M. (2005): Wundversorgung ist mehr als Verband anlegen. Pflege aktuell 59, 215-220.
- Sachverständigenrat (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007 – Kurzfassung: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. <http://svr-gesundheit.de> (Zugriff am 14.4.2009).
- Schaeffer, D. (1994): Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In D. Schaeffer, M. Moers & R. Rosenbrock (Hg.), Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: edition sigma, 103-126.
- Schaeffer, D. (2001): Patientenorientierung und -beteiligung in der pflegerischen Versorgung. In: Reibnitz, C. v.; Schnabel, P.E.; Hurrelmann, K. (Hg.), Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim, München: Juventa, 49-59.
- Schöniger, U. (1998): Pflege zwischen Macht-Haben und Ohnmächtig-Sein. Die Ambivalenz der Pflegenden im Umgang mit Macht. PEP 26, 4-10.
- Schramm, S. (2007): „Doktor Schwester. Krankenpfleger übernehmen neuerdings ärztliche Aufgaben. Sie geben Spritzen, nehmen Blut ab und operieren. Künftig sollen sie auch Rezepte schreiben.“ DIE ZEIT, Nr. 35 v. 23.8.2007.
- Siebolds, M.; Weidner, F. (1998): Interprofessionalität und Qualität. Dr. med. Mabase 115: 44-49.
- Siegrist, J. (1988): Medizinische Soziologie. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Simon, M. (2009): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe, Ursachen, Perspektiven. Pflege & Gesellschaft 14, 101-123.
- Stichweh, R. (1999): Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. In: Combe, A.; Helsper, W. (Hg.), Pädagogische Professionalität. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 49-69.
- Tewes, R. (2009): Führungskompetenz ist lernbar. Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen. Heidelberg: Springer.
- Trümmer, A. (2004): Dekubitus und dessen Versorgung bei Menschen in ambulanter Pflege und Pflegeheimen einer ländlichen Region der Bundesrepublik Deutschland. In: Panfil, E.-M. (Hg.), Fokus: Klinische Pflegeforschung. Beispiele quantitativer Studien. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, 26-38.

- Ulrich, B. (2006): Physician Assistant - ein neues Berufsbild neben dem Chirurgen. *Die Schwester Der Pfleger* 45, 704-706.
- Vogd, W. (2004): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Eine qualitativ-rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen ("frames") und Rahmungsprozessen. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Forschung.
- Weber, M. (1972): *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie*. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).
- Wetterer, A. (2002): Arbeitsteilung und Geschlechterkonstruktion: "Gender at Work" in theoretischer und historischer Perspektive. Konstanz: UVK-Verlagsgesellschaft.