

Zur aktuellen Diskussion über die Professionalisierung der Pflegeberufe in Nord-Amerika

von Gerd Laga

Abstract

This article reviews recent North-American literature on the status of the nursing profession in the USA. Although the educational system is found to have a relatively high standard, particularly on the academic level, a solid theory of nursing is still lacking and a code of ethics is still being discussed. The prestige of the profession has a bimodal distribution: Whereas nursing has the image of a full and legitimate academic discipline, "bed-side" nurses remain in a subservient position with low prestige and low salaries. It is concluded that nursing can only become a full profession when these problems are resolved, and this calls for increased political participation, especially by the nursing organizations.

Zusammenfassung

In diesem Artikel wird versucht, den Entwicklungsstand der Pflegeprofession in den USA anhand neuerer amerikanischer Zeitschriftenliteratur aufzuzeigen. Dabei ergibt sich, daß die Ausbildungsinstitutionen, hauptsächlich in Form von Studiengängen an Universitäten, gut ausgebaut sind. Der Pflegewissenschaft fehlt jedoch noch eine solide Grundlegung. Ebenso ist die Diskussion über eine verbindliche Pflegeethik noch nicht abgeschlossen. Das Prestige ist zweigeteilt. Auf der einen Seite genießen die akademisch ausgebildeten Pflegekräfte volle akademische Anerkennung, andererseits sind Ansehen und Einkommen der Pflegenden an der „Bettkante“ gering. Nur durch die Beseitigung dieser Defizite und durch eine stärkere politische Beteiligung, insbesondere durch die Berufsverbände, wird die volle Professionalisierung der Pflegeberufe möglich.

1. Einleitung

Die Absicht dieses Artikels ist es, einen Überblick über die Professionalisierungsdiskussion im Bereich der Pflegeberufe zu geben, wie sie sich in der neueren amerikanischen Zeitschriftenliteratur darstellt.¹ In den meisten Arbeiten, die die Grundlage für diese Ausführungen bilden, werden die Termini „profession“ und „professionalization“ zwar oft wörtlich verwandt, dienen dann aber eher deskriptiven Zwecken, d.h. sie werden meist in keinen theoretischen Zusammenhang gestellt. Eine allgemein akzeptierte Theorie der Professionalisierung scheint es bis heute nicht zu geben, obwohl Ansätze dazu bereits in den 50er Jahren gemacht wurden (vgl. Goode 1957). Es ist kein Zufall, daß diese Debatte seither vorwiegend in den USA geführt wurde, denn Professionalisierung scheint ein „typisch angelsächsisches Phänomen zu sein“ (Daheim 1982: 377). Ein Grund dafür ist, daß es sich bei

den USA im Gegensatz etwa zur BRD um eine „bürgerliche Gesellschaft mit wenig Staat“ handelt (Daheim 1982: 377). Die sich hieraus ergebenden unterschiedlichen Bedingungen für die Entstehung und Entwicklung von Professionen generell, aber auch speziell für die Pflegeprofession, die sich u.a. in erheblichen Unterschieden in den Ausbildungssystemen dokumentieren, sind der Grund dafür, daß ein Vergleich mit der BRD in diesem Beitrag nicht durchgeführt wird.

Man kann die Frage stellen, ob es sich bei bestimmten Tätigkeitsbereichen um Professionen handelt oder nicht. Etzioni hat dies für die Pflegeberufe dahingehend beantwortet, daß er sie den „semiprofessions“ zuordnet (vgl. dazu Hesse 1972: 45). Aus einer anderen Sicht kann man Pflegeberufe neben anderen, wie Bibliothekare, Pharmazeuten usw., auch als sogenannte „Grenzfälle“ betrachten (Wilenski 1972: 199). Eine dritte Möglichkeit besteht darin, die Pflegeberufe den Professionen zuzurechnen (Corwin 1972: 91).

Für die theoretische Analyse, also z.B. für die Feststellung des Autonomiegrades der Pflegeberufe oder auch ihre Abhängigkeit von anderen Professionen (wie z.B. den Medizinern), bringt eine derartige punktuelle Zuordnung aber weniger als die Betrachtung der Professionalisierung als Prozeß. Einen entsprechenden Vorschlag hat Hartmann (1972) gemacht. Er konzipiert zwei Dimensionen, nämlich „Wissen“ und „soziale Orientierung“, die als Kontinuum zu betrachten sind und auf denen für jeden Tätigkeitsbereich etwa auf der Grundlage empirischer Untersuchungen nicht nur der Grad der Professionalisierung, sondern auch die jeweilige Entwicklungsrichtung (Professionalisierung oder Deprofessionalisierung) festgestellt werden kann (Hartmann 1972: 43).

Vorstellungen wie die von Hartmann waren die Leitgedanken bei der Bearbeitung der amerikanischen Zeitschriftenaufsätze. Aussagen im Rahmen dieser theoretischen Konzepte zu formulieren, war allerdings schon deshalb nicht möglich, weil in der Literatur so gut wie keine allgemeinen professionalisierungstheoretischen Überlegungen angestellt werden und auch der Begriff „profession“ recht unterschiedlich definiert wird. „The term ‘profession’ is an ambiguous one and there is little agreement on what it actually means“ (Porter 1992: 729).

Dennoch scheint es einen gewissen Grundkonsens darüber zu geben, was in der Regel mit der Herausbildung von Professionen verbunden ist. Indikatoren für Professionalisierungsprozesse sind z.B. die Qualifizierung bzw. Akademisierung der Ausbildung und damit eng verbunden die Entstehung eines Wissens, das durch Verwissenschaftlichung einen exklusiven Charakter bekommt. Die soziale Orientierung der Professionsmitglieder richtet sich zunehmend auf die Gesamtgesellschaft. Ein Beispiel dafür ist, daß sich die Mitglieder der Berufsgruppe der Pflegenden öffentlich für nationale Ziele wie Gesundheitsfürsorge und Prävention einsetzen. Außerdem steigt durch die Akademisierung das Prestige, und es entwickelt sich eine spezifische Berufsethik. Begleitet wird dieser Prozeß durch die Gründung von Berufsverbänden zum Zwecke der Durchsetzung von Interessen der Profession, wie z.B. der Regelung des Zugangs durch die Kontrolle des Ausbildungs- und

Prüfungssystem und zur Durchsetzung von übergeordneten Zielen wie der Gesundheitsreform.

Anhand dieser Kriterien soll nun versucht werden, den Grad der Professionalisierung der Pflegeberufe in Nord-Amerika zu skizzieren. Besondere Bedeutung gewinnt diese Thematik dadurch, daß die Professionalisierungsdiskussion sich keinesfalls auf die relativ kleine Gruppe voll ausgebildeter Akademiker bezieht, sondern auf die gesamte Breite der Pflegeberufe auf allen hierarchischen Ebenen.

2. Ausbildung

Für die Ausbildung in den Pflegeberufen gibt es grundsätzlich zwei verschiedene Wege, und zwar einen nicht-akademischen und einen akademischen. Einerseits besteht die Möglichkeit, nach dem Abschluß der High School eine Krankenpflegeschule oder ein College zu besuchen und den "Associate Degree in Nursing" (ADN) oder ein Diplom zu erwerben. Andererseits kann man an einer Universität „Pflege“ studieren und als ersten Grad den "Bachelor of Science in Nursing" (BSN) erwerben. Aufbauend darauf oder auch grundständig besteht die Möglichkeit, sich auf den "Master of Science in Nursing" (MSN) vorzubereiten. Die höchste Stufe der akademischen Ausbildung ist die Promotion in Pflegewissenschaft (doctorate).

Die gemeinsame Aufgabe dieser Ausbildungsgänge ist es, auf die Pflegerolle mit allen dazugehörigen Rollensegmenten wie Klinischer Praktiker, Berater, Lehrer, Forscher und Manager vorzubereiten. Nur geschieht dies mit unterschiedlicher Gewichtung und unterschiedlicher Intensität. Eine nach Ausbildungsebene differenzierte Beschreibung der Tätigkeitsfelder findet sich bei Koerner (1992: 336). Beispielhaft sollen hier die Unterschiede in der Gesundheitsfürsorge angeführt werden: Die ADN sollen die unmittelbare Reaktion des Patienten auf eine Behandlung überwachen und bewerten. Die Aufgaben der BSN sind die Überwachung und Bewertung der Reaktion des Patienten auf die Behandlung und deren trendhafte Entwicklung während des Krankenhausaufenthalts. Die MSN sollen schließlich in der Lage sein, das Versorgungssystem und die Patientenfürsorge auf theoretischem Hintergrund zu analysieren und eine ganzheitliche Pflege zu fördern (vgl. Koerner 1992).

Dieses Beispiel zeigt, daß mit steigendem akademischem Niveau die Aufgaben komplexer werden und mehr Unabhängigkeit verlangen. Eine entscheidende Rolle spielt dabei die Theorie. Es ist eine gängige Forderung in der Professionalisierungsdiskussion, die Theorie besonders wegen ihrer praxisleitenden Funktion überall in die Ausbildung einzubeziehen (Johnson Lutjens/Horan 1992: 276). Dabei kommt ihr aber auf den unterschiedlichen Ebenen jeweils eine andere, schrittweise größere Bedeutung zu: "The educational goals, simply stated, are appreciation of theory (ADN), use of theory (BSN), critical examination of theory (MSN), and development and testing of theory (doctorate)" (Johnson Lutjens/Horan 1992: 277).

Die zunehmende Professionalisierung bringt es mit sich, daß der Prozeß der beruflichen Sozialisation sich ständig verlängert und auch inhaltlichen Wandlungen unterlegen ist. Während in der Diplombildung Wert auf die Praxis gelegt wird, soll das Universitätsstudium die Fähigkeit zum kritischen Denken und selbständigen Urteilen vermitteln (Bell 1991: 6; Choudhry 1992: 265).

Die National League of Nursing (NLN) beschreibt die auf dem "master's level" zu fordernden Rollenkompetenzen wie folgt: "The main categories of competences identified by them were: practicing nursing from a conceptual framework, utilising research in the practice of nursing, refining practice through clinical research, having a high degree of interpersonal competence to influence clients and others, and improving nursing and health care through the advancement of the theory of nursing" (Choudhry 1992: 267).

Die Verwissenschaftlichung der Pflegeberufe² und die damit verbundene Forderung nach weiterer Ausdifferenzierung und Spezialisierung der Berufsrollen (Koerner 1992: 337) hat gleichzeitig zu der Forderung geführt, die ADN und Diplombildungsgänge ganz einzustellen (Clay 1992: 15).³ Für die Berufspraxis wird als Mindestqualifikation der BSN gefordert. Die Chance der praktischen Realisierung dieses Plans ist groß, da es sich hierbei auch um eine Forderung handelt, die die American Nurse's Association (ANA) schon seit 1978 vertritt (McVeigh/Nees/Schickler 1991: 30; Saarman et al. 1992: 26). Dies stieß bei Pflegepersonal mit einer Ausbildung unterhalb des akademischen Niveaus weitgehend auf Widerstand, weil dieses Angst um seine berufliche Zukunft hatte (McVeigh, Nees u. Schickler 1991: 30). Zunehmend mehr Schwestern und Pfleger schreiben sich deshalb für BSN-Programme ein, um diesen Universitätsabschluß nachzuholen, in der Hoffnung, so ihre Aufstiegschancen zu verbessern (Saarman et al. 1992: 26).⁴

Während an Krankenpflegeschulen Wert auf den klinischen und praktischen Aspekt der Berufsrolle gelegt wird, treten in der Universitätsausbildung andere Aspekte stärker in den Vordergrund. Das ist nicht nur eine stärkere Konzentration auf Theorie und Forschung, womit sich das folgende Kapitel befaßt, sondern auch eine Hinwendung zu den Bereichen, in denen eine zunehmend größere Zahl von Absolventen tätig wird, nämlich hauptsächlich Management und akademische Lehre.

Managementqualifikationen kann man nach dem Studium erwerben durch das Absolvieren eines speziellen Programms für "standard management training" (MBA-program), das auch für andere Professionen wie Ingenieure, Chemiker usw. angeboten wird (Minnick 1993: 22).

Beliebter sind in letzter Zeit alternative Programme, wie das "dual degree program", in dem es möglich ist, "...to earn master's degrees in nursing and business administration simultaneously" (Minnick 1993: 22).⁵ Absolventen derartiger Programme gehen dann in der Regel in Managementberufe und nicht zurück in die Pflege.

Im Zuge der Professionalisierung und damit der Verwissenschaftlichung des Wissens kommt der Lehre eine stärkere Bedeutung zu. Die Folge ist, daß man den

BSN für eine Lehrtätigkeit an der Universität nicht mehr für ausreichend hält, sondern als Mindestvoraussetzung dafür den MSN (Davis/Burnard 1992: 1396) oder besser noch die Promotion fordert (Davis et al. 1992: 159).

Das Problem dabei ist allerdings, daß in den Magisterstudiengängen zu wenig auf diese Lehrtätigkeit vorbereitet wird, weil der Schwerpunkt auf wissenschaftliche Ausbildungsinhalte und nicht auf pädagogische gelegt wird.⁶ Schwergewichtig wird hier also auf eine Tätigkeit in der Forschung vorbereitet.

Eine Besonderheit des Pflegestudiums besteht darin, daß dieses nicht ein rein schulischer Sozialisationsprozeß ist, sondern von den Mitgliedern des Lehrkörpers erwartet wird, daß sie „Sozialisationsagenten“ sind, also die Rolle teilweise vorleben und damit Identifikationsmöglichkeiten bieten. Das heißt, daß ein Teil der Lehrtätigkeit im klinischen Bereich stattfindet (Davis et al. 1992: 160). Deshalb wird auch immer wieder gefordert, daß der Kontakt zur Praxis nicht verloren geht, was bedeutet, daß das Lehrpersonal in regelmäßigen Abständen in der Praxis tätig zu sein hat.⁷ Dadurch wird es u.a. möglich, aus diesen Praxisbezügen heraus quasi auf induktivem Wege Theorien zu entwickeln und anwendungsbezogene Forschung zu betreiben, deren Ergebnisse wiederum für die Praxis relevant sind.

3. Wissen

Eines der Hauptkriterien für die Professionalisierung eines Berufes ist die Entwicklung eines spezialisierten Wissens. Daß Ansätze dazu im Pflegebereich erst relativ spät gemacht wurden, liegt nach Christman daran, daß man sich in der Krankenpflege seit Generationen an den Idealen der Florence Nightingale (gehorsam, fromm und konform) orientiert. Da diese Werte antiintellektuell und konservativ sind, behindern sie Innovation und Fortschritt. „Then as now, nurses themselves were a major barrier to progress“ (Christman 1991: 211). Diese traditionelle, eher antiwissenschaftliche Orientierung wurde vor allem durch die rapide Expansion der Krankenpflegeschulen (hospital schools of nursing) in den USA und England weitergetragen, worauf die Universitäten keinen Einfluß hatten (Christman 1991: 211).

An den Universitäten hingegen gibt es inzwischen gute Voraussetzungen für die Entwicklung wissenschaftlichen Wissens im Bereich der Pflege. Man arbeitet an der Entwicklung von Curricula, in denen insbesondere die psychologischen und sozialwissenschaftlichen Besonderheiten des Pflegeprozesses, also der Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten, berücksichtigt werden sollen. Es gibt wissenschaftliche Studiengänge, die Promotionsmöglichkeit und gezielte Forschungsförderung nach der Promotion (durch die meist dreijährigen „post-doctoral-programs“). An der Wissenschaftsförderung beteiligen sich auch die Kliniken.⁸ Viele von ihnen haben „Nursing Research Committees“ eingerichtet, deren Aufgabe es ist, den Kontakt zur Pflegeforschung herzustellen und diese zu unterstützen (Vessey/Gates Campos 1992: 247).

Trotz dieser guten Voraussetzungen ist aber in der hier herangezogenen Literatur eine „Theorie der Pflege“ bzw. eine Pflegewissenschaft erst in schwachen Kon-

turen zu erkennen. Aufgrund der Absicht allerdings, Pflegewissenschaft eher als Sozialwissenschaft denn als Naturwissenschaft konzipieren zu wollen, ist man bestrebt, sich von einem allzu großen Einfluß der Medizin und damit auch des „biomedizinischen Modells“ zu befreien. Die in der Pflegewissenschaft seit den 50er Jahren bis jetzt vorherrschende wissenschaftstheoretische Orientierung ist die am „Logischen Positivismus“ (logical positivism) (Nagle/Mitchell 1991: 24; Hayne 1992: 106). Das hat dazu geführt, daß hauptsächlich quantitative, standardisierte Erhebungsinstrumente eingesetzt wurden.⁹ Erst in den 70er Jahren, offensichtlich unter dem Einfluß von Thomas Kuhn (1970), geriet die dominante Stellung des logischen Positivismus unter Kritik (vgl. dazu Riegel et al. 1992: 116). Newman (1992) macht deshalb den Vorschlag, weitere Paradigmen, wie z.B. den Positivismus, die kritische Theorie und den Konstruktivismus auf ihre Brauchbarkeit für die Pflegewissenschaft hin zu überprüfen. Dies ist jedoch noch nicht geschehen, und deshalb steht eine allgemein akzeptierte wissenschaftstheoretische Grundlegung der Disziplin noch aus (vgl. auch Riegel et al. 1992: 11). Allerdings ist die Tendenz zu beobachten, daß sich die Orientierung von der biophysischen über die biopsychosoziale zur humanistischen Wissenschaft verlagert (vgl. Newman 1992: 11). Diesen Paradigmenwechsel belegt Newman durch einen Verweis auf eine entsprechende Untersuchung: „Evidence of a paradigmshift exists in nursing. Johnson’s bibliometric analysis of nursing literature since 1966 depicts a shift from a scientific medical model to a model based on holism“ (Newman 1992: 13). Das Ziel dieser Wissenschaftsrichtung ist eine humanistische und ganzheitliche Wissenschaft, ohne daß jedoch näher ausgeführt wird, was darunter genau zu verstehen ist (vgl. Hayne 1992: 107).

Diese Diskussion führt mit den 80er Jahren zu einer steigenden Akzeptanz interpretativer Forschungsrichtungen (z.B. „ethnoscience“) und der qualitativen Methoden. Das Ziel ist es, den Menschen als komplexes Wesen in Wechselwirkung mit der Umwelt zu erforschen (Nagle/Mitchell 1991: 19).

Als „Schlüsselkonstrukte“ für eine Pflegewissenschaft, die diesen Ansprüchen gerecht wird, werden übereinstimmend Person, Umwelt, Gesundheit und Pflege genannt (Hayne 1992: 104; Riegel et al. 1992: 117; Newman et al. 1991: 2). Dadurch wird der Gegenstand der Forschung zwar eingegrenzt, aber es gibt bisher noch keinen Versuch, die vier Konzepte miteinander zu verbinden. Diese sind bisher nur einzeln diskutiert und allenfalls paarweise miteinander verbunden worden. Letzteres gilt z.B. für die Konzepte Gesundheit und Pflege. „We submit that nursing is the study of caring in the human health experience“ (Newman et al. 1991: 3). Diese Autorinnen legen Wert darauf zu betonen, daß das Pflegewissen Fürsorge (caring) und Gesundheit im Sinne menschlicher Gesundheitserfahrung einschließt, und sagen: „This focus implies a social mandate and service identity“ (Newman et al. 1991: 53).

Dies verweist auf ein von mehreren Autoren immer wieder betontes Spezifikum der Pflegewissenschaft, nämlich, daß es hier nicht nur um Wissen geht, sondern

auch um die enge Verbindung zur Praxis. Das Ziel ist also: "a new vision of science, one that relates to practice" (Riegel et al. 1992: 116).

Bisher ist also die Entwicklung der Pflegewissenschaft noch nicht sehr weit gediehen. Diese Disziplin hinkt hinter anderen her (Riegel et al. 1992: 115) und ist noch mehr als andere vom theoretischen Pluralismus gekennzeichnet (Hayne 1992: 104).

Riegel und ihre Mitautorinnen unterscheiden Disziplinen nach dem in ihnen vorherrschenden Typ des Wissens. Die beiden Extrempunkte der Skala bilden dabei die Kunstlehre auf der einen und die Wissenschaft auf der anderen Seite. Die derzeitige Situation der Pflegedisziplin beschreiben sie anhand dieser Kriterien folgendermaßen: "The nursing discipline remains predominantly artful, practice knowledge, but the proportion of the discipline which is scientific knowledge is steadily increasing" (Riegel et al. 1992: 118).

4. Wertorientierung

Im Zuge der Professionalisierung und damit der Verlängerung der Ausbildung verändert sich auch die Wertorientierung und die Intensität des Bekenntnisses zu beruflichen Werten (vgl. Saarman et al. 1992: 27 ff.).

Die Wertorientierung richtet sich nicht mehr ausschließlich auf den Patienten und sein Wohlergehen, sondern erstreckt sich zunehmend auf seine Umgebung, insbesondere seine Familie (Hoehn Anderson/Short Tomlinson 1992: 62). "Care of individual clients has been the tradition focus of health care and therefore nursing education. Recently the family as a unit of care has received more attention" (Hanson/Heims 1992: 303).

Darüberhinausgehende Forderungen sind die nach politischer Orientierung und Beteiligung auf allen politischen Ebenen, wobei betont wird, daß dies die Bindung an eine Pflegeethik nicht beeinträchtigt (Chalish/Smith 1992: 242). Auch die großen Berufsverbände fordern, daß die Sozialisationsprozesse so gestaltet werden müssen, daß die Professionsmitglieder auch auf kommunaler und gesamtgesellschaftlicher Ebene handlungsfähig sind (Hegyvary 1992: 3).

Saarman und ihre Mitautorinnen stellen die Hypothese auf, daß Dauer und Qualität der Ausbildung (des Studiums) die Internalisation von Werten fördern. Die Universitätsdozenten wirken dabei als Sozialisationsagenten. Sie leben die Rolle vor und demonstrieren dabei die Verpflichtung auf berufliche Werte. Das Ergebnis sei der Aufbau einer beruflichen Identität bei den Studenten.

Das Studium soll bewirken, daß das Pflegepersonal nicht mehr die Befehle anderer befolgen muß, sondern befähigt wird, unabhängige Pflegeentscheidungen zu treffen. Dabei ist vor allem die Befähigung zum kritischen Denken wichtig, aber: "The acquisition of values consistent with the profession is also essential" (Saarman et al. 1992: 28). Eine Bestätigung ihrer Annahmen finden die Autorinnen in den Ergebnissen ihrer empirischen Studie¹⁰, in der sie keine Unterschiede in der Wertorientierung zwischen Pflegepersonal und Hochschullehrern feststellen. Au-

ßerdem verweisen sie auf andere Studien, die zeigen, daß die Werte der Studenten den Werten der Dozenten ähnlich sind (Saarman et al. 1992: 29). Daraus wird geschlossen, daß die Universität als Agentur beruflicher Sozialisation im oben beschriebenen Sinne funktioniert.

Die Konsequenz einer derartigen Intensivierung der Sozialisationsprozesse für die Pflegeprofession ist die Herausbildung einer unabhängigen Ethik. "Nursing ethics has become a separate entity because nurses have begun to recognize that their concerns are different than those of physicians" (Turner/Rufo 1992: 272). Diese Ethik ist gekennzeichnet durch Verantwortlichkeit. Ihre wichtigsten Prinzipien sind: "autonomy, beneficence, nonmaleficence, justice, confidentiality, veracity and fidelity" (Turner/Rufo 1992: 272)¹¹.

Über die Bedeutsamkeit dieser Prinzipien besteht weitgehend Einigkeit, nicht jedoch über ihre inhaltliche Auslegung bzw. praktische Umsetzung. Die Problematik kann an dieser Stelle nicht ausführlich behandelt, sondern nur anhand einiger Beispiele kurz angesprochen werden. So ist z.B. zu erwägen, inwieweit autonomes Handeln der Pflegeperson das Selbstbestimmungsrecht des Patienten beschneidet.

Wie muß man eingreifen, wenn der Patient ohne ausreichendes Fachwissen Entscheidungen fällt? Bedeutet Gerechtigkeit (justice), dem Patienten - auch ohne Rücksicht auf andere - zu seinem Recht zu verhelfen? Wie muß man mit Informationen über den Patienten umgehen, um das Vertrauen nicht zu verletzen? Eine Diskussion dieser und ähnlicher zentraler Fragen der Pflegeethik findet sich bei Turner und Rufo (1992: 272 ff.), allerdings ohne daß diese Vorschläge für die inhaltliche Festlegung der ethischen Prinzipien machen.

Ein weiteres Problem liegt darin, daß zwar allgemein angenommen wird, daß Pflegepersonen ethische Probleme als solche erkennen und entsprechend handeln, dies aber nicht unbedingt so ist. "The most difficult step for nurses might be to sort out their own values and needs, or to step back and identify the emotional aspects of the situation" (Turner/Rufo 1992: 276). Ethische Entscheidungen treffen (ethical decision making)¹² ist nichts, was man ohne weiteres kann, sondern es muß gelernt werden. Außerdem sollten ethische Entscheidungen im Team diskutiert werden. Turner und Rufo (1992: 276) schlagen deshalb die Einrichtung von interdisziplinären Diskussionsgruppen über Ethik in jedem Hospital vor.

Der derzeitige Stand der Diskussion zeigt aber, daß die Ausformulierung einer verbindlichen Pflegeethik keineswegs abgeschlossen ist. Insbesondere ist eine Abgrenzung gegenüber ethischen Auffassungen anderer Professionen nötig. Sicherlich gibt es Überschneidungen, insbesondere mit der Medizin-Ethik, denn diese war bis in die jüngste Zeit auch für den Pflegebereich verbindlich. Im Zuge der Professionalisierung jedoch ergeben sich neue Perspektiven, die in einer spezifischen Pflegeethik zu berücksichtigen sind. "A model for teaching nursing ethics must address the social role of nursing as a profession and the nurse-client relationship" (Cameron/Schaffer 1992: 377). Daß hieran weitergearbeitet wird, ist allerdings von zentraler Bedeutung für die Profession.¹³

5. Status

Ein wichtiges Kriterium für den professionellen Status und damit das Prestige eines Berufes ist das Wissensniveau seiner Mitglieder (Christman 1991: 210). Pflege hat inzwischen den Status einer akademischen Disziplin.¹⁴ "Nursing has matured and is being judged by its academic peers as a full and legitimate academic discipline" (Davis et al. 1992: 159). Dieses Ansehen beschränkt sich allerdings auf den wissenschaftlichen Bereich. Einer der Gründe dafür ist darin zu sehen, daß die Absolventen der Universitäten mit Abschlüssen wie dem Magister oder dem Doktor in der Regel nicht in die Pflege zurückgehen¹⁵, sondern z.B. in der Forschung, dem Krankenhausmanagement oder als Dozenten in der Ausbildung tätig sind. Diese Akademiker treten wenig an die Öffentlichkeit und bestimmen damit auch nicht das Ansehen des Berufes. Dieses wird im wesentlichen von der großen Mehrheit derer bestimmt, die die Pflege an der „Bettkante“ leisten und durch ihren Publikumskontakt das Bild des Berufes in der Öffentlichkeit bestimmen (Clark 1992: 60). Diese Gruppe ist in der Regel unterhalb des akademischen Niveaus ausgebildet und hat einen entsprechend geringeren Wissensstand. "The real world of care is populated by those nurses with the weakest preparation" (Christman 1991: 209).

Das Prestige des Pflegeberufes ist deshalb relativ niedrig, weil er noch immer als „typischer Frauenberuf“¹⁶ gilt und dementsprechend schlecht bezahlt wird (Hawkins 1992: 310). Dies führt, wie empirische Untersuchungen gezeigt haben, zur Unzufriedenheit mit dem Beruf und in der letzten Konsequenz zur Aufgabe desselben (vgl. dazu Seymour/Buscherhof 1992; Dolan et al. 1992; Cavanagh 1992).

Insbesondere feministisch orientierte Autorinnen fordern deshalb eine Abkehr von der traditionellen Frauenrolle (Koerner 1992: 335; Condon 1992: 19; Schreiber 1993: 29). Dazu gehörten vor allem die Beseitigung der Unterordnung unter Ärzte¹⁷ und das Streben nach gleichberechtigter Akzeptanz im Team (Dahl 1992: 121). Ebenso wird unter dem Motto „gleicher Lohn für gleiche Arbeit“ eine Anhebung der Bezahlung gefordert (Schreiber 1993: 29).

Eine empirische Bestätigung für die große Bedeutung finanzieller Belohnungen haben Blegen et al. (1992: 57) durch eine Befragung erbracht.¹⁸

Die wichtigsten Forderungen zur Verbesserung des Status sind aber die nach Öffentlichkeitsarbeit¹⁹ und stärkerer politischer Beteiligung. Die Voraussetzung dafür auf der subjektiven Ebene ist die Ausbildung eines starken positiven Selbstkonzeptes als Bestandteil einer beruflichen Identität (Cohen 1992: 113; Arthur 1992: 712; Porter/Porter 1991: 212). Erreicht werden kann dies durch eine Intensivierung der Ausbildung, wie z.B. Berücksichtigung politischer Themen im Universitätscurriculum (Murphy 1992: 161).

Chalich u. Smith, zwei Autorinnen mit eigener politischer Erfahrung²⁰, entwickeln zur Förderung des Selbstkonzeptes ein vierstufiges Trainingsprogramm, das Einübung von politischen Aktivitäten vom Schreiben von Leserbriefen bis zur Beteiligung am Wahlkampf vorsieht (Chalich/Smith 1992: 244).

Bemühungen allein auf der individuellen Ebene, wie Verlängerung und Intensivierung des Sozialisationsprozesses, genügen nicht zur Imageverbesserung und Anhebung des professionellen Status. Nötig ist ebenfalls die Mitgliedschaft in Berufsverbänden, Komitees und Interessengruppen (Murphy 1992: 161).

Berufsverbände haben für die Entwicklung von Professionen eine nicht zu unterschätzende Bedeutung. Sie regeln den Zugang zur Profession, haben Einfluß auf die Ausbildungsinhalte und kontrollieren die Öffentlichkeitsbeziehungen.

Die Pflegeprofession hat ihr System von Berufsverbänden in Nord-Amerika gut ausgebaut. Die beiden bedeutendsten, nämlich die ANA und die NLN, wurden schon vor 100 Jahren gegründet.²¹ Allein in der ANA sind 10% der zwei Millionen registrierten Pflegekräfte der USA Mitglied. Andere Organisationen sind ähnlich groß. Insgesamt gibt es davon 41 (Hawkins 1992: 311).²² Trotz der Verteilung auf mehrere Organisationen und unabhängig davon, ob dieser Organisationsgrad im Vergleich zu anderen Professionen als hoch oder niedrig einzuschätzen ist, ist dies immerhin eine Basis für die Interessenvertretung der Profession auch im überregionalen politischen Rahmen. Aus diesen Organisationen heraus werden Forderungen an die Öffentlichkeit und die politischen Instanzen gerichtet, die die Zukunft der Profession betreffen. Die "Pew Health Professions Commission" etwa, ein Gremium, das sich aus Praktikern, Wissenschaftlern, Politikern und Managern zusammensetzt, hat solche Forderungen ausgearbeitet. "The Commission has identified and agreed on nine characteristics needed to build a new system. The future system will be more orientated to health, emphasizing disease prevention, and health promotion. It will focus on individual responsibility for health related behaviors. The system will be population-based with more attention paid to risk factors in the physical and social environment at the community-level" (Tornyay 1992: 296).

Forderungen wie diese finden auch ihren Niederschlag in so wichtigen Papieren wie der "Nursing's Agenda for Health Care Reform", die von der ANA herausgegeben wurde und in der die Positionen des Verbandes zur bevorstehenden Gesundheitsreform in den USA enthalten sind. Auch hier wird auf die Notwendigkeit einer flächendeckenden kostengünstigen Versorgung²³ hingewiesen, wobei Schwerpunkte auf Gesundheitsvorsorge, Eigenverantwortlichkeit des Patienten, Veränderungen von Lebensstilen usw. gelegt werden.²⁴ "America's nurses have long supported our nation's efforts to create a health care system that assures access, quality, and services at affordable cost" (ANA 1991: 1). Da die Agenda nicht nur von der ANA, sondern von 28 weiteren Organisationen unterzeichnet wurde, können die in ihr vertretenen Positionen als repräsentativ für die Profession angesehen werden.

6. Diskussion

Die Krankenpflegeberufe in Nord-Amerika sind auf ihrem Wege zur Profession zwar schon ein erhebliches Stück vorangekommen, dieser Prozeß war und ist aber

von einigen Schwierigkeiten begleitet, auf die insbesondere Porter (1992) hingewiesen hat.

Der Ausbau der Ausbildungsgänge ist so weit fortgeschritten, daß inzwischen alle Universitätsgrade erwerbbar sind und Pflege als akademische Disziplin voll anerkannt ist. Bei der Entwicklung der Pflegewissenschaft hingegen ist sowohl die exakte Festlegung der Gegenstandsbereiche, auf die sich diese bezieht, als auch die Formulierung einer eigenständigen methodologischen Grundlage noch in der Diskussion.

Die Ausarbeitung einer verbindlichen Pflegeethik ist zudem noch unvollkommen. Porter (1992: 721) bemerkt dazu: "Moreover, other impressive-sounding elements, that are claimed to be exclusive to professions, such as a code of ethics, can be reduced to an obligation to the client, which is found in almost all occupations".

Professionalisierung bedeutet auch Ausbau des Managements und der bürokratischen Verwaltung. Hierin sieht Andersen die Quelle eines Wertekonfliktes. Der Zwang, sich zu entscheiden, ob man für die Interessen des Patienten oder der Bürokratie arbeiten will, kann als so belastend empfunden werden, daß er zur Kündigung führen kann (Andersen 1991: 14). Professionalisierung von Management führt nicht automatisch zur Statuserhöhung des Pflegeberufs. Ansehen und Macht wachsen hier mit der Distanz zur „Bettkante“. Die Folge ist, daß "nurses" und "nurse-managers" nichts weiter gemeinsam haben als die Bezeichnung eines Berufes (Porter 1992: 721). Solange das Management mehr Einfluß gewinnt, bestimmt es auch, was in der praktischen Pflege zu geschehen hat.²⁵ Dies und auch die Tatsache, daß der Pflegeberuf trotz einiger professioneller Attribute in untergeordneter Position zur Medizin bleibt, verhindert das, was eine Profession entscheidend kennzeichnet, nämlich Autonomie (decision making) der Pflegenden. Je höher das akademische Niveau, desto weniger gehört Pflege zum Aufgabenbereich der betreffenden Personen (vgl. dazu Davis/Burnard 1992: 1398). Fast könnte man sagen, daß die Professionalisierung der Pflegeberufe hauptsächlich um den Preis der Aufgabe des ursprünglichen Arbeitsbereichs, nämlich der Pflege an der „Bettkante“, erreicht werden kann. Porter empfiehlt sogar angesichts dieses Dilemmas, darüber nachzudenken, ob es sinnvoll sei, die Idee von der Professionalisierung überhaupt weiter zu verfolgen oder eher andere Organisationsformen des Berufes zu präferieren.²⁶ Will man diesen Vorschlägen aber nicht folgen, so müßten zumindest die hier angesprochenen Probleme gelöst werden, bevor die volle Professionalisierung der Pflegeberufe möglich ist.

Anmerkungen

- 1 Dieser Beitrag entstand während eines Forschungsaufenthaltes des Autors an der San Diego State University, Kalifornien, zu Beginn des Jahres 1993. Während dieser Zeit wurden die letzten Jahrgänge von mehr als 40 Zeitschriften zum Themenbereich „Pflege“ durchgesehen. Dabei ergab sich, daß 56 Artikel aus insgesamt 16 Zeitschriften für das Thema relevant waren und deshalb diesen Ausführungen zugrunde gelegt wurden.

- Berücksichtigt wurden nicht nur Artikel von Autoren aus den USA und Canada, sondern auch aus anderen Ländern, wie z.B. England, Australien und Neuseeland. Der Grund dafür ist, daß diese Artikel in Nord-Amerika veröffentlicht worden sind und deshalb die Diskussion dort beeinflussen.
- 2 Hier wird pauschal von Pflegeberufen gesprochen, weil es in Nord-Amerika spezielle Ausbildungsgänge, z.B. in Altenpflege, nicht gibt und die Gerontologie auch in der allgemeinen Pflegeausbildung kaum eine Rolle spielt (Ryden /Johnson 1992: 347). Eine Spezialausbildung in pädiatrischer Pflege wird allerdings zur Zeit an der San Diego State University vorbereitet (Walker/Lautz 1992: 20).
 - 3 Von einer Informantin aus Australien habe ich erfahren, daß diese Schulen dort schon vor einigen Jahren geschlossen wurden.
 - 4 Die Universität Kalifornien in San Francisco bietet für das Nachholen akademischer Abschlüsse neben der Berufstätigkeit spezielle Kurse an. In zwei Jahren kann man den BSN erwerben und darauf aufbauend in einem weiteren Jahr den MSN (McVeigh et al. 1991: 30).
 - 5 Allein im Schuljahr 1991-92 gab es mindestens 30 "schools", die ein solches "dual degree-program" angefangen oder geplant haben (Minnick 1993: 22).
 - 6 Nur 32% der "... master's programs in nursing offer teaching options" (Davis et al. 1992: 160). Eine bessere Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit fordert auch Princeton (1992).
 - 7 „Since nursing education is a part of the greater academic world, it must develop ways to customize the criteria used for academic advancement so that they reflect the need of nursing faculty not only to be good teachers and researchers, but also to maintain expertise in nursing practice - without which nursing ceases to exist“ (Wright 1993: 20). Wright (1993: 18) weist allerdings auch darauf hin, daß die sowohl wissenschaftliche als auch praktische Orientierung eine Quelle von Rollenkonflikten sein kann.
 - 8 Nokes und Dolan (1992: 119) stellen aufgrund einer schriftlichen Befragung fest, daß die Pflegeforschung allmählich Zugang zu den Kliniken bekommt.
 - 9 Die Ergebnisse dieser Forschungen werden in der Regel in Form kürzerer Artikel (durchschnittlich 6-8 Seiten) für die zum Teil bis zu 10 Autoren (publish or perish?) verantwortlich zeichnen. Ein Beispiel für die zahlreichen Veröffentlichungen solcher empirischer Daten ist der Artikel von Boughn (1992). Er enthält eine präzise Darstellung des Samples, der Instrumente und der Vorgehensweise. Sie hat 219 Studenten anhand eines Fragebogens befragt, in den sie auch standardisierte Instrumente, wie die "Kartines Autonomy Scale" und "Short Bem Sex-Role Inventory (BSRI)", integriert hat. Berichte über Studien mit qualitativen Methoden finden sich hingegen selten in den Fachzeitschriften.
 - 10 Sie haben insgesamt 128 Dozenten, Pflegekräfte und Studenten einer standardisierten Befragung unterzogen. Für die Erhebung der Werte wurde dabei die "Gordon's scale" verwandt. Das in diesem Zusammenhang relevante Ergebnis wird wie folgt formuliert: "The most striking finding of this study was not the differences among groups but the similarity in values among the ADN and BSN nurses and faculty" (Saarman et al. 1992: 32).
 - 11 Diese Begriffe werden hier unübersetzt zitiert, um eine Sinnmodifikation in Ermangelung passender deutscher Begriffe zu vermeiden.
 - 12 Sims, Boland und O'Neill weisen darauf hin, daß "decision making" schwer zu erforschen ist, weil kaum jemand angeben kann, welcher exakte Prozeß zu Entscheidungen führt, Information allein genügt dafür offenbar nicht. "Values, experience and emotions are at least as central to decision making as information, and we need to find better ways to assess and intervene in these areas (Sims et al. 1992: 195).
 - 13 Wie hoch Wertorientierung und ethisches Handeln eingeschätzt wird, zeigt eine empirische Untersuchung von Gevedon. Sie hat Dekane von Pflegefakultäten nach ihrer Einschätzung von Führungseigenschaften gefragt und kommt zu folgendem Ergebnis: "Mean scores indicated that values was reported as the most important transformative leadership theme, followed by themes of vision, people, motivation and influence. The most important leadership attribute reported was a commitment to a higher code of ethical behavior" (Gevedon 1992: 221).

- 14 Davis und Burnard bezweifeln allerdings, daß ein Magister oder Doktor in Pflegewissenschaft das gleiche Ansehen genießt wie in anderen Disziplinen, z.B. den Naturwissenschaften (Davis/Burnard 1992: 1396).
- 15 Diejenigen aus dieser Gruppe, die in die Pflege zurückgehen, arbeiten meist in Spezialgebieten (z.B. Intensivpflege) und beeinflussen das öffentliche Ansehen nicht: "The comparatively few who are in direct care as a regular endeavor have a local effect rather than a general professional impact" (Christman 1991: 210).
- 16 Der Anteil der Männer in den Pflegeberufen beträgt lediglich 7-8% (Perkins et al. 1993: 34). Dies ist zu wenig für eine Änderung des Images des Berufs, zumal diese wenigen Männer sich obendrein den Verhaltensmustern der Frauen anpassen (Christman 1991: 212).
- 17 An der Universität von South Dakota hat man in einem Projekt versucht, Hierarchien, insbesondere auch innerhalb des Pflegepersonals, mit unterschiedlicher Ausbildung abzubauen (Larson 1992). Wenn dies tatsächlich gelungen ist, ist es sicherlich eine Ausnahme.
- 18 Das Forschungsteam hat von 341 nach dem Random-Prinzip ausgewählten Pflegekräften eine Rangliste von 38 Möglichkeiten der Anerkennung durch die Pflegedienstleitung ("head nurse recognition behaviors") erstellen lassen. "The most meaningful in order of importance were monetary rewards..." (Blegen et al. 1992: 57).
- 19 Dahl (1992: 122) möchte hierfür sogar professionelle Marketing-Firmen einschalten.
- 20 Theresa Chalich hat für die Pennsylvania General Assembly kandidiert, und Lorraine Smith war ihre Wahlkampfmanagerin.
- 21 Die Universitätsausbildung in Pflege begann schon 1899 an der Columbia University, und die erste Fachzeitschrift mit nationaler Verbreitung erschien bereits 1888 (Hawkins 1992: 309).
- 22 Cohen (1992: 114) bemerkt, daß sich die Ärzte und auch die Krankenhausverwaltung gegen diese Entwicklung wehren und die Pflegeorganisationen bekämpfen.
- 23 Zur Zeit sind 60 Millionen Amerikaner entweder unversichert oder unterversichert (ANA 1991: 2).
- 24 "Some of the agenda's central themes and emphases are: community-based system; primary health care with case-management; health promotion at all levels of health and illness; efficient, consumer-friendly services; consumer decisions and responsibility; effective care for special populations; blend of public and private sectors; and cost containment or reduction" (Hegyvary 1992: 3). Zur Agenda und der Health Care Reform vgl. auch Lindemann (1992).
- 25 "The pattern seems set for an ever ever smaller élite within nursing gaining ever more status, while the bulk of nurses remain in a subservient position" (Porter 1992: 724).
- 26 "It is concluded, that nurses should abandon the ideology of professionalisation and concentrate on the more pertinent issue of maximizing the efficacy of the occupation" (Porter 1992: 720).

Literatur

- American Nurses Association (ANA), 1991: Nursing's Agenda for Health Care Reform. Kansas City (unveröffentl. Manuskript).
- Andersen, S.L., 1991: Do Student Preceptorships Affect Moral Reasoning? *Nurse Educator* (May/June).
- Arthur, D., 1992: Measuring the Professional Self-Concept of Nurses, a Critical Review. *Journal of Advanced Nursing* 6: 712-718.
- Bell, E.A., 1991: Debate: A Strategy for Teaching Critical Thinking. *Nurse Educator* (March/April).
- Blegen, M. A., et al., 1992: Recognizing Staff Nurse Job Performance and Achievements. *Research in Nursing and Health* (Febr.).

- Boughn, S., 1992: Nursing Students Rank High in Autonomy at the Exit Level. *Journal of Nursing Education* 31(2): 58-64.
- Cameron, M.E./Schaffer, M.A., 1992: Tell me the Right Answer: A Model for Teaching Nursing Ethics. *Journal of Nursing Education* 31(8): 377-380.
- Cavanagh, S., 1992: Job Satisfaction of Nursing Staff Working in Hospitals. *Journal of Advanced Nursing* 17: 704-711.
- Chalich, T./Smith, L., 1992: Nursing at the Grassroots. *Nursing Health Care* 13(5): 242-244.
- Choudry, U.K., 1992: New Nurse Faculty: Care Competencies for Role Development. *Journal of Nursing Education* 31(6, June).
- Christman, L., 1991: Perspectives on Role Socialization of Nurses. *Nursing Outlook* 39(5): 209-212.
- Clark, J., 1992: Nursing: An Intellectual Activity. *International Nursing Review* (March/April).
- Clay, T., 1992: Education and Empowerment. *International Nursing Review*, (Jan./Febr.).
- Cohen, L.B., 1992: Power and Change in Health Care: Challenge for Nursing. *Journal of Nursing Education* (March): 113-115.
- Condon, E.H., 1992: Nursing and the Caring Metapher: Gender and Political Influences on Ethics of Care. *Nursing Outlook* (Jan./Febr.).
- Corwin, R.G., 1972: Krankenschwestern im Rollenkonflikt. S. 90-105 in: T. Luckmann/W.M. Sprondel (Hrsg.), *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer und Witsch.
- Daheim, J., 1982: Zu einer Zwischenbilanz der soziologischen Berufsforschung. S. 372-384 in: G. Schmidt/H.J. Braczyk/J. v. d. Knesebeck (Hrsg.), *Materialien zur Industriesoziologie*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 24. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Dahl, M., 1992: Nurses: An Image Change Still Needed. *International Nursing Review* (July/Aug.).
- Davis, B.D./Burnard, P., 1992: Academic Levels in Nursing. *Journal of Advanced Nursing* 17: 1395-1400.
- Davis, D.C./Dearman, C./Schwab, C./Kitchens, E., 1992: Competencies of Novice Nurse Educators. *Journal of Nurse Education* (May): 159-163.
- Dolan, S.L./Van Ameringen, M.R./Corbin, S./Arsenault, A., 1992: Lacks of Professional Latitude and Role Problems as Correlates of Propensity to quit among Nursing Staff. *Journal of Advanced Nursing* (Dec.).
- Gevedon, S.L., 1992: Leadership Behaviors of Deans of Top-Ranked Schools of Nursing. *Journal of Nursing Education* (May).
- Goode, W., 1957: Community within the Community: The Professions. *American Sociological Review* 22: 194-200.
- Hanson, S.M.H./Heims, M., 1992: Family Nursing Curricula in U.S. Schools of Nursing. *Journal of Nursing Education* (Sept.).
- Hartmann, H., 1972: Arbeit, Beruf, Profession. S. 36-52 in: T. Luckmann/W.M. Sprondel (Hrsg.), *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer und Witsch.

- Hawkins, J., 1992: Empowering the New Graduate: A Renewed Professionalism of Nursing. *Journal of Professional Nursing* (Sept./Oct.).
- Hayne, Y., 1992: The Current Status and Future Significance of Nursing as a Discipline. *Journal of Advanced Nursing* 17 (Jan.):104-107.
- Hegyvary, S. T., 1992: Nursing Education for Health Care Reform. *Journal of Professional Nursing* 8(1): 3.
- Hesse, H.A., 1972: *Berufe im Wandel. Ein Beitrag zur Soziologie des Berufs, der Berufspolitik und des Berufsrechts.* Stuttgart: Enke.
- Hoehn Anderson, K./Short Tomlinson, P., 1992: The Family Health System as an Emerging Paradigmatic View for Nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship* (Spring).
- Johnson Lutjens, L./Horan, M.L., 1992: Nursing Theory in Nursing Education: An Educational Imperative. *Journal of Professional Nursing* 8(5): 276-281.
- Koerner, J.E., 1992: Differentiated Practice: The Evolution of Professional Nursing. *Journal of Professional Nursing* 8(6): 335-341.
- Kuhn, T.S., 1970: *The Structure of Scientific Revolutions.* Chicago: University of Chicago Press.
- Larson, J., 1992: The Healing Web. *Nursing Health Care* 13(5): 247-249.
- Lindemann, C.A., 1992: Nursing Education: The Need for a New Paradigm. *Journal of Nursing Education* 31(7): 293-295.
- McVeigh, D./Nees, D./Schickler, B., 1991: Career Mobility for all RN's. *Nursing Outlook* (Jan./Febr.).
- Minnick, A., 1993: MSN in Nursing Administration and the Dual Degree. *Nursing Health Care* (Jan.).
- Murphy, N.J., 1992: Nursing Leadership in Health Policy Decision Making. *Nursing Outlook* (July/Aug.).
- Nagle, L.M./Mitchell, G.J., 1991: Theoretic Diversity: Evolving Paradigmatic Issues in Research and Practice. *Advances in Nursing Science* 14(1): 17-25.
- Newman, M., 1992: Prevailing Paradigms in Nursing. *Nursing Outlook* 40(1): 10-32.
- Newman, M.A./Sime, A.M./Corcoran Perry, S.A., 1991: Focus of the Discipline of Nursing. *Advances in Nursing Science* 14(1): 1-6.
- Nokes, K.M./Dolan, M.S., 1992: Experiences of Nurse-Researchers in Gaining Access to Subjects for Clinical Nursing Research. *Journal of Professional Nursing*.
- Perkins, J.L./Bennett, D.N./Dorman, R.A., 1993: Why Men Choose Nursing. *Nursing Health Care* 14(1): 34-37.
- Porter, R.T./Porter, M.J., 1991: Career Development: Our Professional Responsibility. *Journal of Professional Nursing* (July/Aug.).
- Porter, S., 1992: The Poverty of Professionalisation: a Critical Analysis of Strategies for the Occupational Advancement of Nursing. *Journal of Advanced Nursing* 17 (Nov.): 720-726.
- Princeton, J.C., 1992: The Teacher Crisis in Nursing Education - Revisited. *Nurse Educator* 17(5): 34-37.

- Riegel, B./Omery, A./Cavillo, E./Gaber Elsayed, N./Lee, P./Shaler, P./Siegal, B.E., 1992: Moving Beyond: A Generative Philosophy of Science. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 24(2): 115-120.
- Ryden, M.B./Johnson J.A., 1992: We Need to Know More: Nurse Educator's Interest and Expertise in Gerontology. *Journal of Nursing Education* (Oct.).
- Saarman, L./Freitas, L./Rapps, J./Riegel, B., 1992: The Relationship of Education to Critical Thinking. Ability and Values among Nurses: Socialisation into Professional Nursing. *Journal of Professional Nursing* 8(1): 26-34.
- Schreiber, R., 1993: Pay Equity and North American Nurses. *Nursing Health Care* (Jan.).
- Seymour, E./Buscherhof, J.R., 1992: Sources and Consequences of Satisfaction in Nursing: Finding from a National Sample. *International Journal of Nursing Studies*.
- Sims, S.L./Boland, D./O'Neill, C.A., 1992: Decision Making in the Home Health Care. *Western Journal of Nursing Research*.
- Tornay, R. de, 1992: Reconsidering Nursing Education: The Report of the Pew Health Professions Commission. *Journal of Nursing Education* 31(7): 296-301.
- Turner, S.L./Rufo, K., 1992: An Overview of Nursing Ethics for Nurse Educators. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 23(6): 272-277.
- Vessey, J.A./Gates Campos, R., 1992: The Role of Nursing Research Committees. *Nursing Research* (July/Aug.).
- Walker, C./Lautz, J.M., 1992: Nursing Education and Service. Collaborate on Graduate Curriculum Development. *Nurse Educator*(Jan./Febr.).
- Wilensky, H.L., 1972: Jeder Beruf eine Profession? S. 198-215 in: T. Luckmann/W.M. Sprondel (Hrsg.), *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer und Witsch.
- Wright, D.J., 1993: Faculty Practice: Criterion for Academic Advancement. *Nursing Health Care* (Jan.).