

Pflegewissenschaft: Nur Begleitwissenschaft oder auch Grundlage des Berufes?

Martin Moers

Der vorliegende Diskussionsbeitrag enthält Anmerkungen und weiterführende Gedanken zum Bericht der „Arbeitsgruppe Wissenschaftstheorie“ des DV Pflegewissenschaft (Dornheim et al. 1999). Ziel des Beitrages ist es, die Diskussion um Stand, Ziele und Probleme der Entwicklung der Pflegewissenschaft voran zu bringen und zur notwendigen Standortbestimmung im Verhältnis von Pflegewissenschaft und Pflegepraxis beizutragen.

Schlagwörter: Handlungswissenschaft, Praxisdisziplin, Professionalisierung

Engl. Abstract – This discussion paper is an answer to the newly published paper of the workgroup „Theory of Science“ of the German Association of Nursing Science and Research. The aim of this paper is to bring progress into the debates on actual state, goals and problems of the development of nursing science and help to define the relationship between nursing science and practice.

Key words: action science – practice discipline – professionalization

Übersicht

- Die Ausgangslage: unübersichtlich
- Begriffliche Klärungen: Wohin des Wegs?
- Das Theorie-Praxis-Gefälle: abschüssig oder dynamisch?
- Standortbestimmungen: Vorschläge und offene Fragen

Der jüngst vorgelegte Arbeitsbericht der AG Wissenschaftstheorie „Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft“ (Dornheim et al. 1999) enthält eine Reihe wertvoller Gedanken, von denen zu hoffen ist, daß sie für den beginnenden Diskurs in der deutschen Pflegewissenschaft fruchtbar gemacht werden können. Die AutorInnen nehmen in erster Linie begriffliche Klärungen im wissenschaftlichen Handlungsfeld vor. Durch die thematische Beschränkung auf das Feld der Wissenschaft entsteht in meinen Augen allerdings der Eindruck einer gewissen Richtungslosigkeit des Artikels, was das Verhältnis von Wissenschaft und beruflicher Praxis angeht, das bei einer Diskussion über den Charakter der Pflegewissenschaft stets mitgedacht werden muß. Führt die von Axmacher (1991, 125) konstatierte Eigenlogik von Wissenschaft gegenüber der Praxis zu einem nur lose verbundenen nebeneinander oder ist die Verknüpfung zum Beruf enger zu sehen – und wenn ja, wie? In diesem Beitrag sollen einige Anmerkungen gemacht und weiterführende Gedanken zur Diskussion gestellt werden, die

das Verhältnis von Wissenschaft und Beruf im Falle der Pflege betreffen.

Die Ausgangslage: unübersichtlich

Die Entwicklungen der letzten zehn Jahre in Deutschland waren rasant: Pflegestudiengänge wurden am laufenden Band gegründet, pflegewissenschaftliche Kongresse im Stadthallenformat allerorten durchgeführt, Promotionsprogramme aufgelegt, mit dem „Dr. curae“ nunmehr sogar ein eigener Titel eingeführt und der DV schickt sich an, von einem Förderverein zur regulären wissenschaftlichen Gesellschaft zu werden – Zeit also für eine Klärung der Frage, wie das Verhältnis und eine mögliche Aufgabenteilung zwischen Wissenschaft und Praxis aussehen soll. Außer Frage steht dabei die Notwendigkeit, diese Debatte sowohl innerhalb der entstehenden pflegewissenschaftlichen „community“ als auch zwischen der Wissenschaft und der Praxis des Berufes zu führen – nicht nur, weil die Praktiker die überwältigende Mehrheit derer stellen, die sich beruflich mit Pflege auseinandersetzen, sondern weil mit der Bestimmung des Verhältnisses von Pflegewissenschaft und -praxis zahlreiche Weichen für die Zukunft der Pflegeberufe gestellt werden. Und die entwickelt sich keineswegs im Gleichklang mit dem erfreulichen Aufbau der Pfl-

gewissenschaft. Vielmehr überkreuzen sich mehrere Trends und diese beinhalten neben Chancen auch erhebliches Gefahrenpotential für die Pflegeberufe. Einerseits steigt der Bedarf an Pflegeleistungen und es gibt mit dem Pflegeversicherungsgesetz erstmals eine sozialrechtliche Anerkennung eigenständiger Pflegeleistung. Andererseits führen Ökonomisierung und die im Pflegeversicherungsgesetz festgelegte Deckelung zu scharfem Wettbewerb und schmalem Leistungsspektrum, wobei seitens der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen häufig versucht wird, durch Dequalifizierung des Personals die Wettbewerbsfolgen aufzufangen (vgl. Schaeffer 1998, 3). Ebenso entwickeln sich mit fortschreitender Technisierung neue Aufgaben, die jedoch mit der Tendenz einhergehen, neue und interessante Berufsprofile aus der Pflege auszugliedern. Über allem schwebt die Verunsicherung durch den begonnenen Abbau von personellen Ressourcen in den Krankenhäusern, der insbesondere den Pflegedienst als größte Einzelgruppe trifft. Um so dringlicher erscheint die Notwendigkeit, die begonnene pflegewissenschaftliche Entwicklung und ihre Auswirkungen auf die Pflegeberufe von ihrem Ziel und weniger von aktuellen Entwicklungen oder Widrigkeiten her zu diskutieren (vgl. Schaeffer 1998, 5f).

Mit einer solchen Diskussion muß nicht die Vorstellung verbunden sein,

Fernziele wie die Professionalisierung der Pflege kurzfristig realisieren zu können, jedoch kann eine solche Zielbestimmung zu Handlungssicherheit in den anstehenden Entscheidungen zur Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft beitragen. Fragen wie die nach dem Forschungsbedarf oder nach dem Profil weiterer Studiengänge stehen bereits heute auf der Tagesordnung. Eine Gesamtperspektive in die bislang kreativ und spontan, aber auch recht wildwüchsig verlaufende Entwicklung zu bringen, scheint auch deshalb dringlich, weil die anhaltende Gründungswelle von Pflegestudiengängen erste ernsthafte Fragen nach den beruflichen Aufgaben und Chancen der Hochschulabsolventen mit sich bringt, deren Zahl – bei geschätzt nunmehr circa 5000 Studienplätzen – sich bald in einer Größenordnung von 1000 Absolventen jährlich bewegen wird. Das führt zu der Frage, was für eine Art Hochschulabsolventen denn ausgebildet werden sollen: Wissenschaftler für Hochschulen und Forschungsinstitute, wissenschaftliche Praktiker in Lehr- und Leitungsfunktionen oder wissenschaftlich ausgebildete Pflegekräfte für die direkte Arbeit mit Patienten? Zum Einstieg in diese Diskussion seien einige Anmerkungen zum Charakter der Pflegewissenschaft vorangestellt.

Begriffliche Klärungen: Wohin des Wegs?

Dornheim et al. (1999, 73f) unterscheiden Praxiswissenschaft einerseits und Handlungswissenschaft andererseits. Der pflegewissenschaftliche Sachbezug hinter dieser Unterscheidung wird mir nicht recht deutlich. In meinem Verständnis sind praktische Wissenschaften all diejenigen, deren Existenz ohne das Handeln des Menschen nicht denkbar ist und die einem von Menschen gesetzten Zweck dienen. Um es mit einem aristotelischen Beispiel zu sagen: Die Sterne drehen sich auch ohne uns (Astronomie als theoretische Wissenschaft), die Währungen kursieren hingegen nicht alleine (Ökonomie als praktische Wissenschaft). Auch Vorbeugen und Behandeln von Krankheiten ist vom Handeln des Menschen abhängig,

während die Existenz der Krankheiten selbst im naturwissenschaftlich-theoretischen Erklärungsbereich liegt. Die Pflege des Menschen fällt ganz offensichtlich in den Bereich menschlichen Handelns, Pflegewissenschaft ist somit zweifelsohne eine praktische Wissenschaft.

Ein von der praktischen Wissenschaft unterschiedener Begriff der Handlungswissenschaft führt zu einer Perspektive, die sich mit denjenigen Erscheinungsformen menschlichen Handelns auseinandersetzt, die den unterschiedlichen Feldern menschlichen Handelns gemeinsam sind. Die Ökonomie beispielsweise interessiert sich für die Gesetzmäßigkeiten von volkswirtschaftlichen Entwicklungen, die Soziologie für Regeln des gesellschaftlichen Zusammenlebens, während Handlungswissenschaft oder -theorie sich mit Regeln und Merkmalen des menschlichen Handelns als solchem beschäftigt, also Eigenschaften von Handeln wie Intentionalität, Rationalität usw. in unterschiedlichen Handlungsfeldern untersucht. Unter dem Gesichtspunkt disziplinärer Zuordnung finden sich Handlungstheorien häufig in der Philosophie, der Soziologie oder der Sozialpsychologie. Für die Pflegewissenschaft sind Handlungstheorien durchaus interessant, aber nicht als disziplinleitende Theorien, sondern zur Erkenntnis des allgemeinen Kontextes pflegerischen Handelns, da Handlungstheorien nicht das *proprium*, das Eigentliche und Spezifische pflegerischen Handelns treffen, das im Bereich der Erhaltung, Förderung oder Wiederherstellung von Alltagskompetenz, die durch Gesundheitseinbußen gefährdet oder beschädigt ist, liegt. So sinnvoll es ist, allgemeine Merkmale des Handelns zu berücksichtigen, wie etwa die unzureichende Erklärungskraft eines rein rationalen Handlungsmodells (Dornheim et al. 1999, 74), so wenig reicht eine solche Perspektive hin, um Pflegehandeln theoretisch zu untermauern. Dazu bedarf es pflegespezifischer Theorien. Einer als Option diskutierten Einordnung der Pflege als Handlungswissenschaft bei Dornheim et al. (a.a.O.) vermag ich also nicht zu folgen. Eine solche Einordnung hätte auch Folgen für die Theoriebildung in der Pflege, denn die Verwendung von Handlungstheorien als disziplinlei-

tende Theorien in der Pflegewissenschaft wäre eine Wiederholung der amerikanischen Entwicklung, Theorien aus anderen Disziplinen zu übernehmen und zu Pflegetheorien großer Reichweite mit allgemeingültigen Erklärungsansätzen zu machen. Eine solche Entwicklung muß aus heutiger Sicht zumindest als überholt, wenn nicht als unproduktiv eingeschätzt werden, da sie zu unüberbrückbaren Passungsproblemen zwischen Pflegepraxis und Theorien geführt hat (vgl. Moers et al. 1997).

Anders verhält es sich mit der begrifflichen Unterscheidung von pragmatischer und theoretischer Praxiswissenschaft (Dornheim et al. 1999, 78), die auf den ersten Blick gewöhnungsbedürftig erscheint, jedoch eine wichtige Überlegung zur Sache enthält. Bei Wissenschaften, deren Ergebnisse für berufliches Handeln genutzt werden sollen (die pragmatische Seite der Sache), entwickelt sich ein Verhältnis zur Praxis, das freilich unterschiedlich verstanden werden kann: entweder wird eine Wissenschaft zum Instrument des Berufes, dann ist sie Auftragswissenschaft, oder sie wird zur Kontrollinstanz der Praxis, als die sie dann für die Durchsetzung von Standards zu sorgen hätte. Andererseits muß sich eine Wissenschaft in jedem Fall den wissenschaftsimmanenten Gesetzmäßigkeiten stellen, und das heißt in erster Linie, daß sie sich als unabhängige Instanz zur Wahrheitsfindung etablieren muß (die theoretische Seite der Sache). Im folgenden wird diskutiert, wie sich dieses Spannungsgefüge von kontrollierender oder assistierender beruflicher Grundlage und kritischer Begleitwissenschaft im Fall der Pflegewissenschaft verhält.

Das Theorie-Praxis-Gefälle: abschüssig oder dynamisch?

Wie ist das aktuelle Verhältnis von Pflegewissenschaft und -praxis einzuschätzen? Axmachers bereits zitierte These der jeweiligen Eigenlogik der Aufgabenstellung und -bearbeitung von Wissenschaft und Praxis ist von der Sache her sicher zutreffend. Und auch der AG „Wissenschaftstheorie“ ist zuzustimmen, wenn sie konstatiert: „Der Theorie-Praxis-Graben ist nicht

einfach einzuebnen“ (Dornheim et al. 1999, 73). In der Pflegepraxis herrscht in der Tat Erfahrungswissen vor, während pflegewissenschaftliches Wissen, das in Hochschulen und den wenigen Forschungseinrichtungen allmählich produziert wird, in der Praxis noch wenig verbreitet ist. Man kann vielleicht dadurch Bewegung in die scheinbaren Fronten bringen, daß man der Betrachtung des Theorie-Praxis-Verhältnisses die Folie des professionellen Handlungsmusters zugrunde legt und dabei weniger auf methodologische Fragen eingeht, wie dies die AG Wissenschaftstheorie getan hat, sondern dem handlungslogischen Teil vermehrte Aufmerksamkeit schenkt.

Kennzeichnend für Professionen ist neben einer allgemeinen Wissensbasis unter anderem der gesellschaftliche Auftrag, einen zentralen Wert (bspw. Gesundheit, Recht oder Moral) sicherzustellen. Die Erfüllung dieses Auftrages stellt also die Praxis der Professionellen dar, die klassischerweise in Form individueller Problemlösung stattfindet. Ein Praktiker in diesem Sinne verbindet allgemeine Wissensbasis mit individuellem Fallverstehen, um seinem gesellschaftlichen Auftrag gerecht zu werden (vgl. auch Dornheim et al. 1999, 74). Es wäre also verkürzt, bei Professionen von einem Theorie-Praxis-Gefälle im Sinne einer wissenden Theorie und einer unwissenden bzw. unwissenschaftlichen Praxis zu sprechen. Im Gegenteil: Die Praktiker einer Profession verfügen über eine Dimension *mehr* als die Theoretiker, nämlich die hermeneutische Kompetenz des Fallverstehens. Das hat Folgen für die oben angesprochene pragmatische Seite des Verhältnisses von Wissenschaft und Praxis. Für professionelle Praktiker sind Forschungsergebnisse und Theoriebestände eine, jedoch nicht die einzige, Grundlage beruflichen Handelns. Ihre doppelte Expertise versetzt sie in die Lage, als Kenner der Problemlagen Forschungs- und Problemlösungsbedarf bei ihrer „scientific community“ anmelden zu können. Die Wissenschaft ihrerseits muß zu den Problemlagen Erkenntnisse gewinnen und als unabhängige Wahrheitsbeschaffungsinstanz Maßstäbe setzen. Die Praktiker wiederum können und müssen die Eignung von wissenschaftlichen Erkenntnissen für die Praxis beurteilen.

So bleibt das Spannungsgefüge im Verhältnis von Wissenschaft und Praxis als gegenseitige Kontrolle und Assistenz idealtypisch gesehen bestehen und kann zugleich für die Aufgaben der Praxis fruchtbar gemacht werden.

In diesem thematischen Sinne können Professionelle also den forschend tätigen Mitgliedern ihrer Disziplin Aufträge zur Problemlösung erteilen. Ein Beispiel aus Medizin und Public Health soll diesen Zusammenhang verdeutlichen. Als junge Männer vermehrt an einer bislang unbekanntem Form der Lungenentzündung sowie an einem seltenen Tumor erkrankten, der sonst bei Männern über 60 Jahren auftritt, stellten die Praktiker fest, daß etwas nicht stimmt. In diesem Fall – dem sogenannten erworbenen Immunschwächesyndrom Aids – waren dies klinisch tätige Ärzte in den USA in Verbindung mit den Gesundheitswissenschaftlern der „centers of disease control“, die die epidemiologischen Daten auswerteten. Damit erging faktisch ein Auftrag an die Forschung, Ursachen der unbekanntem Krankheit zu untersuchen und mögliche Heilmittel zu finden. Das wiederum konnten Forscher nur, weil sie bereits vorher unabhängig von der Praxis in Forschungseinrichtungen an der Vermehrung des Grundlagenwissens ihrer Disziplin gearbeitet hatten, das nicht unmittelbar praxisrelevant war. Die Forschung fand dann Lösungen und daraus ließ sich für die Praxis ein genereller Auftrag ableiten, sich dieses Wissens zu bedienen.

Dieser Auftrag ist nicht als unmittelbare Norm oder Vorschrift zu verstehen, denn die wissenschaftlichen Erkenntnisse bleiben auf der Ebene der Wahrheitsfindung. Nicht die Theorie selbst ist normativ, sondern erst der gesellschaftliche verordnete oder konsenterte Umgang mit wissenschaftlichen Erkenntnissen kann normsetzend sein. Daß der Aids-Erreger ein Retrovirus ist, ist lediglich wahr. Die Verbreitung von Aids durch präventive Maßnahmen (Kondomgebrauch etc.) zu stoppen, ist eine gesellschaftliche Entscheidung, die in manchen Ländern als Norm gesetzt wird, in anderen Ländern, beispielsweise solchen, die dem katholischen Enthaltensdogma folgen, nicht. Aids-präventives Handeln sieht international folglich unter-

schiedlich aus und reicht vom Nichtstun über die Integration der betroffenen Gruppen in Präventionsmaßnahmen bis zu deren Isolation. Die theoretische Wissensgrundlage zu Aids und Präventionsstrategien hingegen ist international gleich. Die Frage, ob eine wissenschaftlich begründete Maßnahme wünschenswert ist oder nicht, macht die wissenschaftliche Grundlage dieser Maßnahme nicht in höherem Maße wahr oder falsch.

Auf die Aufgaben von Wissenschaft angewendet bedeutet dies zunächst, daß Normung und Kontrolle nicht unmittelbare Aufgabe der Wissenschaft gegenüber der Praxis oder umgekehrt sind, sondern primär eine gesellschaftliche Handlungsebene der Zielbestimmung betreffen. Bei den praktischen Wissenschaften verknüpfen sich jedoch anders als bei den theoretischen diese beiden Ebenen. Deutlich wird dies bei den Professionen als Sonderform von Berufen, die von der Gesellschaft mit der Wahrung eines zentralen Wertes beauftragt sind und in der Ausübung dieser gesellschaftlich erwünschten Tätigkeit ihrerseits von der Gesellschaft kontrolliert werden. Professionen stehen vor der Aufgabe, als Synthese von Wissenschaft und Praxis eine dreifache Spannung auszuhalten und unterschiedliche Handlungslogiken zu integrieren: die Praktiker müssen zwischen allgemeiner Wissensbasis und individuellem Fallverstehen vermitteln, die Wissenschaftler (sprich: Forscher) zwischen unabhängiger Wahrheitsfindung und Problemlösungsaufträgen eine Balance herstellen und insgesamt muß die Erfüllung des gesellschaftlichen Auftrages sichergestellt werden. Die Handlungslogik jedes einzelnen Bereiches muß jedoch erhalten bleiben, da sonst der notwendige Begründungszusammenhang zum Zirkelschluß wird: Würde die Praxis die Wissenschaft kontrollieren, dann entstünden nur praxiskonforme „Wahrheiten“. Setzen Theorien die Normen, dann würden andere als die theoretisch vorgegebenen Sachverhalte nicht zur Kenntnis genommen. Und nur je eigenständige Wissenschaft und Praxis kann zur Begründung und gegebenenfalls Veränderung von Werten und Normen beitragen.

Nebenbei bemerkt eröffnete erst der von Donaldson & Crawley (1978)

in ihrem bahnbrechenden Artikel „The Discipline of Nursing“ gemachte Rückgriff auf das Modell professionellen Handelns die Überwindung der sterilen Debatte um die eine richtige allumfassende Pflegetheorie. Weil Professionelle dem individuellen Fall gerecht werden müssen, können sie nicht auf Durchsetzung eines einzigen theoretischen Ansatzes verpflichtet werden, sondern müssen fallangemessen unterschiedliche allgemeine Wissensbestände herbeiziehen. Diese Offenheit kennzeichnet das Verhältnis der Professionellen zu ihrer Wissenschaft insgesamt: Die Wissensbestände müssen wahr sein, über ihre Verwendung wird in einem gesonderten Schritt entschieden. Das ermöglicht Wissenschaft und Praxis, genügend Distanz zueinander zu halten.

Standortbestimmungen: Vorschläge und offene Fragen

Was bedeuten diese Überlegungen für die Pflegewissenschaft? Zunächst einmal verdeutlicht es den Typ von Theoriebildung, der für die Pflegewissenschaft angemessen erscheint. Falls Theorien im Gewand von Normen auftreten, wie das bei vielen der klassischen us-amerikanischen Pflegetheorien der Fall ist, die idealtypisch Pflege beschreiben, tragen sie wenig zur Erklärung von Phänomenen bei und stellen bestenfalls einen gesellschaftlich erwünschten Soll-Zustand dar. Theorien selbst beschreiben, erklären und prognostizieren hingegen Phänomene, also einen Ist-Zustand, und sind wahr oder falsch, nicht im moralischen Sinne gut oder schlecht. Ob das aus ihnen folgende Handeln erwünscht ist und für notwendig erachtet wird, ist eine ethische oder gesellschaftliche, keine fachlich-theoretische Erwägung. Für Professionelle als Mitglieder einer Praxiswissenschaft kommt hinzu, daß sie ihr Handeln im jeweils individuellen Fall nicht nur von der Fachlichkeit, sondern auch von der Zielbestimmung her begründen müssen. Insofern darf die verbreitete Rede von präskriptiven – also vorschreibenden – Theorien (als Beispiel vgl. Evers 1997, 5) nicht so verstanden werden, daß die Theorien selbst – also die wahren Sätze über Sachverhalte – die Vorschrift zum Handeln darstellen, sondern daß Theo-

rien, die in Praxisdisziplinen zur Begründung des Handelns herangezogen werden, im Kontext einer gesellschaftlichen Zielbestimmung zu sehen sind. Pflegehandeln soll Alltagskompetenz, Wohlbefinden und Lebensqualität erhöhen. Dieses „soll“ entspringt einer gesellschaftlichen Norm. Ob ein bestimmtes pflegerisches Handlungskonzept dieser Anforderung genügt, ist wiederum durch Forschung zu klären. Benötigt werden also keine normativen, sondern situationspezifische und induktiv auf der Grundlage von Forschung entwickelte Theorien, die zur Lösung von Praxisproblemen beitragen. Die Verantwortung liegt nicht bei der Theorie – sei sie noch so präskriptiv – sondern bei der begründeten Einzelfallentscheidung des Professionellen im Kontext gesellschaftlicher Wertentscheidungen. In diesen Zusammenhang ist auch die aktuelle Diskussion um evidenzbasierte Pflege bzw. Medizin einzuordnen, die insbesondere im Zuge von Qualitätssicherungsbemühungen entstanden ist (vgl. Raspe 1999). Die empirisch begründete Evidenz löst nicht die Entscheidung des Professionellen ab, vielmehr ist er gehalten, empirische Evidenz bei seiner Entscheidungsfindung und -begründung einzubeziehen. Das konstitutive Spannungsverhältnis zwischen Theorie, Praxis und gesellschaftlichem Wert bleibt erhalten.

Um das oben entwickelte Handlungsmodell für die Praxis der Pflegeberufe fruchtbar machen zu können, wird die Frage der Professionalisierung der Pflege drängend. Die Pflegeberufe stellen zur Zeit hierzulande eine Profession „in statu nascendi“ dar, die Ausprägung der professionellen Merkmale steht in den Anfängen, von allgemeiner Wissensbasis der Praktiker kann kaum die Rede sein. Die Frage, wie die Professionalisierungschancen der Pflege insgesamt einzuschätzen sind, soll hier nicht weiter diskutiert werden (vgl. dazu Schaeffer 1994 & 1998). Wenn eine professionelle Struktur der Pflegeberufe das Ziel der begonnenen Verwissenschaftlichung ist, und ich sehe dazu – auch aufgrund der internationalen Erfahrungen – keine sinnvolle Alternative, dann harren einige Fragen dringend der Klärung:

– Pflegewissenschaft kann nicht lediglich kritische Begleitwissen-

schaft des Berufes sein, wie Axmacher dies beschreibt, sondern muß eine der Grundlagen beruflichen Handelns werden. Das heißt, daß die Praktiker der Pflege auf breiter Basis wissenschaftlich qualifiziert werden müssen. Um dieses Unternehmen nicht in eine ferne Zukunft zu verschieben, muß bereits jetzt damit begonnen werden, die Pflegepraxis auf breiter Basis auf ein höheres Niveau zu heben. Dazu können Pflegeexperten als „change agents“, als Motoren des Wandels beitragen. Auch wenn Axmacher (1991, 134f) dieses Modell als „sozialtechnologisch“ kritisiert, sehe ich dazu keine Alternative, denn ein freier Dialog zwischen Pflegewissenschaft und -praxis – so wünschenswert er ist – wird nicht zur Veränderung pflegerischen Handelns im Sinne einer systematischen und konzeptgeleiteten Praxis führen. Ebenso gibt es zu einer breiten Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung an Fachhochschulen und Universitäten keine Alternative, da die Produktion entsprechender Wissensbestände nicht auf Qualifikationsarbeiten beschränkt bleiben kann.

– Darüber hinaus ist eine breite Offensive für eine höhere Qualifizierung in den Pflegeausbildungen unerlässlich. Wie diese längst überfällige Reform aussehen soll, ist hingegen eine komplexe Frage (vgl. Moers 1999). Beispielhaft genannte Faktoren in diesem Feld sind die in Gang befindliche Reform der Lehrerausbildung durch Lehrerstudiengänge, die allerdings auf ein eher herkömmliches Ausbildungsmodell der beruflichen Bildung abzielen. In größerer Nähe zum professionellen Modell steht die mancherorts begonnene Hochschulerstausbildung, die wiederum Schwierigkeiten der Praxisausbildung sowie fehlende Anerkennung durch die Berufsgesetze der Pflege zu überwinden hat. Zur Zeit völlig offen ist die Frage des Verhältnisses von zukünftigen professionellen Fachkräften, die wissenschaftlich ausgebildet werden, zu den bisherigen Fachkräften und zu Hilfskräften. Die aktuell breite Wirkungskraft entfaltende Ökonomisierung des Gesundheitswesens bringt diese Frage unter Kostengesichtspunkten vehement auf die Tagesordnung, kann je-

doch auch zu einer weitgehenden Dequalifizierung der Pflegepraxis führen, ohne daß das professionelle Element gestärkt würde. Auch die festzustellende Tendenz einer weiteren Ausgliederung von interessanten und qualifizierten Tätigkeiten und Spezialgebieten aus dem Profil der Pflegeberufe, wie beispielsweise dem Case Management oder der Pflegeinformatik, erhöht die Professionalisierungschancen nicht.

- Denkt man das Professionsmodell zu Ende, dann ergeben sich auch Konsequenzen für die Qualifikation der Ausbilder. Hochschullehre steht im Fall der Professionen vor der Aufgabe, nicht nur die wissenschaftliche Seite ihres Faches zu bearbeiten, sondern auch die Ausbildung für die Praxis des Berufes sicherzustellen. Dazu müssen die Hochschullehrer auch Experten und Spezialisten in der Praxis sein und das ist beim jetzigen Modell der Etablierung von Pflegewissenschaft nicht der Fall. In der Medizin wird der Lehrstuhl für ein klinisches Fach an den qualifiziertesten Kliniker, der sowohl in der Behandlung von Patienten als auch in der wissenschaftlichen Bearbeitung seine Expertise unter Beweis gestellt hat, vergeben. Dieses Modell wäre auch für die Pflegewissenschaft anzustreben, will sie der von Axmacher konstatierten Versozialwissenschaftlichkeit entgegen. Allerdings sind die us-amerikanischen Erfahrungen mit sogenannten „double appointments“ von Pflegewissenschaftlern – also je einem Arbeitsplatz an der Hochschule und einem in der klinischen Praxis – wegen der damit verbundenen Überforderung wenig ermutigend, während eine ähnlich gute Ausstattung wie die der medizinischen Lehrstühle zumindest kurzfristig illusorisch scheint. In jedem Fall muß sich die in Gründung befindliche „scientific community“ der Pflegewissenschaft mit der Frage nach Art und Umfang der Praxiseinbindung auseinandersetzen. Das bislang häufig verwendete Kriterium einer eventuell vor langer Zeit absolvierten Grundausbildung in einem Pflegeberuf, die ja gerade als inadäquat kritisiert wird, reicht dazu sicher nicht aus.

- Als letzten Punkt möchte ich anführen, daß das Profil der Pflege als Profession hierzulande weitgehend offen ist. Klassische Professionen arbeiten mit dem Modell der Störung, nach deren Behebung der Fall idealtypisch gesehen abgeschlossen ist. Breite Strömungen in der us-amerikanischen Pflegewissenschaft folgen dieser Vorstellung, wenn beispielsweise die Behebung von Selbstfürsorgedefiziten im Zentrum steht, wie dies bei Orem (1997) der Fall ist, oder wenn in neueren Ansätzen die Aufgabe der Pflege als zeitlich begrenzte Hilfe im Kontext von gesundheits- und krankheitsbezogenen Transitionen gesehen wird (vgl. Schuhmacher/Meleis 1994). Neuere europäische Ansätze weisen in eine andere Richtung, wenn beispielsweise Grypdonck (1996, 1999) die Rolle der Pflege von Menschen mit chronischer Krankheit als „companionship“ beschreibt und als Aufgabe definiert, dem Leben mit und trotz der Krankheit und nicht der Krankheit höchste Priorität zu geben. Hier klingen eher Vorstellungen von Begleitung an. Auswirkungen einer solchen Konzeption von Pflege auf das Modell professionellen Handelns sind aber erst noch zu diskutieren, bedenkt man, daß die Zunahme chronischer Krankheiten bei alternder Bevölkerung den stärksten Trend gesundheitlicher Problemlagen darstellt – ein Umstand, der nicht nur für die Pflege, sondern für alle Gesundheitsberufe bzw. -professionen zunehmend problembestimmend wird.

Prof. Dr. Martin Moers

Fachhochschule Osnabrück,
FB Wirtschaft
Postfach 1940, 49009 Osnabrück

Literatur

Axmacher, D. (1991): Pflegewissenschaft – Heimatverlust der Krankenpflege? In: Rabe-Kleeberg, U./Krüger, H./Karsten, M./Bals, T. (Hrsg.): Pro Person: Dienstleistungsberufe in der Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung. Bielefeld: Böller KT, S. 120-137

Donaldson, S./Crawley, S. (1978): The Discipline of Nursing. In: Nursing Outlook, 26, 2, S. 113-120

Dornheim, J./van Maanen, H./J./Meyer, J./Remmers, H./Schöniger, U./Schwerdt, R./Wittneben, K. (1999): Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft. In: Pflege & Gesellschaft, 4. Jg., Nr. 4, S. 73-79

Evers, G. (1997): Theorien und Prinzipien der Pflegekunde. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby

Grypdonck, M. (1996): Het leven boven de ziekte uittillen. De opdracht van der verpleegkundige voor chronisch zieken. Oratie. Leiden: SMD

Grypdonck, M. (1999): To lift live above illness: the role of the nurse in the care of chronically ill. Vortrag gehalten auf dem 2. Internationalen Pflegetheoriekongress am 22.-25. September 1999 in Nürnberg

Moers, M. (1999): Überlegungen zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. In: Die Schwester/Der Pfleger, 38. Jg., Nr. 7, S. 545-549

Moers, M./Schaeffer, D./Steppe, H. (1997): Pflegetheorien aus den USA – Relevanz für die deutsche Situation. In: Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H./Meleis, M. (Hrsg.): Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Bern, Göttingen usw.: Huber, S. 281-295

Orem, D. (1997): Eine Theorie der Pflegepraxis. In: Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H./Meleis, M. (Hrsg.): Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Bern, Göttingen usw.: Huber, S. 85-97

Raspe, H. (1999): Evidenz-basiert Medizin: Grundlagen, Probleme und Aufgaben. In: Arbeitsgruppe „Betriebswirtschaft in Einrichtungen des Gesundheitswesens (BIG)“ (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Spannungsfeld zwischen Qualität und Kosten – mit einer Evidenz-basierten Medizin (EBM) und Leitlinien zu einer verbesserten Patientenversorgung? Osnabrück: Fachhochschule, S. 49-70

Schaeffer, D. (1994): Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hrsg.): Public Health und Pflege – Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: Edition sigma, S. 103-126

Schaeffer, D. (1998): Pflegewissenschaft in Deutschland. Zum Entwicklungsstand einer neuen wissenschaftlichen Disziplin. P 98-101 der Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, IPW, Bielefeld

Schuhmacher, K./Meleis, A. (1994): Transitions: A Central Concept in Nursing. In: Image, Journal of Nursing Scholarship, Summer, 26 (2), S. 119-127