

# Zum Verhältnis von Medizin und Pflegekunde

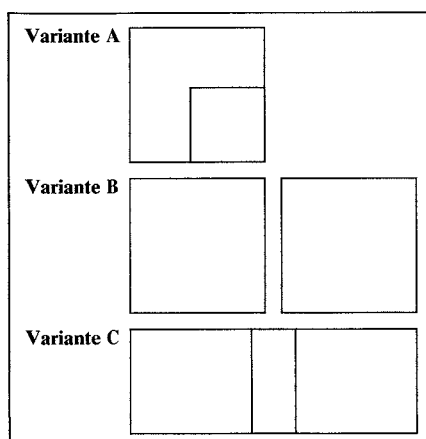
Jörg Alexander Meyer

**Durch die aktuelle Frage der Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege wird einmal mehr deutlich, wie ungeklärt das Verhältnis von Medizin und Pflegekunde ist. Im vorliegenden Beitrag werden die grundsätzlichen Alternativen der Ausgestaltung des Verhältnisses von Medizin und Pflegekunde aufgezeigt.**

Welche Probleme will die Pflegekunde anpacken, welche alleine, welche gegebenenfalls mit anderen Disziplinen, insbesondere der Medizin; welche Ziele sollen dabei mit welchen pflegespezifischen Maßnahmen/Therapien erreicht werden? Diese für die Pflegekunde zentralen Fragestellungen können im folgenden nur angerissen werden. Beabsichtigt ist in der Tat nur, die grundlegenden Alternativen der Ausgestaltung des Verhältnisses von Medizin und Pflegekunde zu verdeutlichen. Dabei werden die folgenden drei Varianten besprochen (vgl. Abb. 1):

1. Variante: beruflich ausgeübte Pflege begriffen als Teilmenge der Medizin
2. Variante: zwei Disziplinen mit je vollständig eigenständigem Tätigkeitsbereich
3. Variante (mehr oder weniger der Status Quo): Pflegekunde umfaßt sowohl einen eigenständigen Verantwortungsbereich als auch Assistenz bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie.

## Verhältnis Medizin und Pflegekunde — Drei Varianten —



### Variante A: Pflegekunde als Teilmenge der Medizin

Pflegekunde als Teilmenge der Medizin? Diese Variante scheint (spätestens seit der Einführung der Pflegeversicherung) offenbar von den sozialpolitischen Fakten überholt. Im SGB XI spielen Ärzte zwar bei der Zuerkennung der Pflegestufe noch eine gewisse Rolle, selbst diese *Gatekeeper-Position* müssen sie sich nun jedoch mit den Pflegefachkräften teilen. Bezogen auf den von der Pflegeversicherung finanzierten Gegenstandsbereich (der mit der sogenannten Grundpflege zumindest über weite Strecken zusammenfällt) sind Ärzte für das Ingangsetzen und natürlich erst recht für die Ausgestaltung des Pflegeprozeß vor Ort entbehrlich geworden.

All dies bedeutet freilich keineswegs, daß die Ärzteschaft generell davon abgerückt wäre, Pflegehandeln immer dann ihrer Regie unterzuordnen, wenn es das ärztliche Handeln bzw. ärztliche Zielsetzungen merklich tangiert. Und diese Position wird bekanntlich nach wie vor durch das fünfte Sozialgesetzbuch gedeckt, wird doch darin die Heilbehandlung auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung prinzipiell der Ärzteschaft überantwortet (§§ 15 Abs 1 und 28 Abs 1 SGB V). Dabei wird davon ausgegangen, daß sich der Arztvorbehalt im Prinzip auf *sämtliche* krankenschwangerischen Aktivitäten erstreckt, also nicht nur auf die sogenannte Behandlungspflege, sondern auch auf die sogenannte Grundpflege. Im Krankenhaus (und das ist ja immer noch der Raum, in dem die Mehrzahl der

Pflegefachkräfte beschäftigt ist) existiert nach der, von der Rechtsprechung tendenziell gestützten, Meinung der Ärzteschaft kein absolut arztfreies Interventionsfeld der Pflegekunde. Jedwede Intervention muß immer dann letztlich durch Ärzte kontrolliert werden, wenn sie direkten Einfluß auf den *am Ziel der medizinischen Kuration orientierten Behandlungserfolg* hat.[1] Der Bereich der (normalerweise den Pflegefachkräften überlassenen) sogenannten Grundpflege ist in dieser Sicht eine Restmenge mit unscharfen Grenzen, die bei Bedarf überschritten werden, d.h. bei Aussicht auf ärztliche Beeinflussbarkeit.

Der erwähnte Teilerfolg der Pflegekunde im Pflegeversicherungsrecht relativiert sich insofern dadurch, daß hier (anders als im Krankenversicherungsrecht) der Anspruch der Medizin auf alleinige Gesamtverantwortung für den Bereich der Kuration nicht wesentlich tangiert wird. Denn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI, also die Hilfebedürftigkeit in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Bewegung, wird ja gerade definiert durch das Kriterium der Dauerhaftigkeit, also durch die Erwartung, daß die Nur-Noch-Pflegebedürftigkeit voraussichtlich weder durch ärztliche Maßnahmen, noch durch die Bemühungen anderer Berufsgruppen grundsätzlich beseitigt werden kann.

### Variante B: Zwei Disziplinen

Bei der zweiten grundsätzlichen Alternative der Ausgestaltung des

Verhältnisses von Medizin und Pflegekunde umfaßt letztere nur die von ihr vollständig eigenständig verantworteten Aufgaben. Assistenz bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie wäre danach nicht mehr Teil des Berufsbildes, was einen radikalen Bruch mit der Krankenpflege der letzten 150 Jahre bedeuten würde.

Krohwinkel (zitiert nach Sowinski 1995: 46, Hervorhebung durch den Verf.) schreibt: „Was ... traditionell als Behandlungspflege bezeichnet wird, ist nicht Pflege, sondern Mitarbeit bei medizinischer Therapie, bei der die Pflege lediglich eine Durchführungsverantwortung hat.“ Damit fordert Krohwinkel zwar keineswegs so konsequent wie einige us-amerikanische Pflegewissenschaftlerinnen (z.B. Orlando 1987), daß Pflegefachkräfte ausschließlich von ihnen vollständig verantwortbare Aufgaben zurückziehen sollte. Eine dahingehende Tendenz ist immerhin unüberlesbar. Eine Tendenz, die, wie wohl bekannt, auch bereits in der Pflegepraxis (konfliktträchtig) gelebt wird – etwa wenn Pflegefachkräfte das Ansinnen von Ärzten, i.v. Injektionen vorzunehmen, mit dem Hinweis ablehnen, sie müßten erst ihre *eigenen* Aufgaben erledigen, ehe sie assistieren könnten.

Dafür, in Variante B das logische Endziel aller Professionalisierungsbestrebungen der Pflegekunde zu sehen, spricht in jedem Fall die Wahrscheinlichkeit, daß die Pflegekunde solange nicht als vollwertige Profession (mit eigenständiger Praxis und eigenständiger Wissenschaft) gelten wird, wie ihre Angehörigen in Teilbereichen einer anderen Profession assistieren.

Die Pflegekunde kann theoretisch zwei Strategien verfolgen, wenn sie nicht mehr für die Assistenz bei ärztlicher Diagnostik und Therapie zur Verfügung stehen will. Sie könnte sich auf solche Felder beschränken, die ihr nicht von der Medizin streitig gemacht werden (*Variante B1*). Oder sie könnte in den gemeinsamen Interventionsfeldern mit der Medizin bzw. der Ärzteschaft in Konkurrenz treten (*Variante B2*).

Unproblematisch ist sicher keine der beiden Alternativen. Bei der *Strategie des kampfflosen Rückzugs (B1)*

stellt sich das Problem, daß die Handlungsfelder von Ärzten/Ärztinnen und Pflegefachkräften gegenwärtig so viele Berührungspunkte haben, daß sich letztere aus den gemeinsamen (aber derzeit arztverantworteten) Feldern nur zurückziehen könnten, wenn sie bereit wären, einen Großteil von dem aufzugeben, was den Pflegeberuf und sein Handlungsfeld heute kennzeichnet. Denn Konflikte mit der Ärzteschaft scheinen bei Lage der Dinge ja nur auf zwei Wegen vermeidbar. Erstens wenn die Pflegekunde bereit wäre, die mit der Medizin bzw. der Ärzteschaft geteilte Zielsetzung preiszugeben, individuelle Gesundheit wiederherzustellen oder zu fördern, d.h. sich gleichsam zu sozialpädagogisieren. Zweitens, wenn sie zwar die individuelle Gesundheitsorientierung beibehielte, dieses Ziel aber in einer Weise umzusetzen versuchte, die für die Schulmedizin keine Gefahr mehr darstellte; angesprochen ist hier natürlich das durch Martha Rogers sogenannter „Wissenschaft vom unitären Menschen“ (Fawcett 1984) eingeleitete Abdriften größerer Teile der Disziplin in die New-Age-Esoterik (vgl. u.a. Barrett 1990, Newman 1983, 1986, Ammende 1996).

Flüchten oder standhalten? Bei Variante B2 würde die Pflegeprofession mit der Medizin bzw. der Ärzteschaft in bestimmten gemeinsamen Interventionsfeldern in Konkurrenz treten. Orlando (1997: 269) schreibt über die Situation in den USA: „Früher sagten Pflegekräfte: ‚Ich werde mich bemühen, den Arzt bei seiner Arbeit zu unterstützen.‘ Heute ist zuweilen zu hören: ‚Ich kann die Arbeit eines Arztes tun, nicht nur besser, sondern auch billiger.‘ ... Damals war es Pflegekräften verboten, eine Diagnose zu stellen. Jetzt bezeichnen Pflegediagnostiker Zustände wie Dekubitalulzera unabhängig als ‚Veränderung der Hautintegrität‘; Herzinsuffizienz ist ‚Veränderung der kardialen Auswurfleistung‘; unterschiedliche Lähmungszustände werden als ‚herabgesetzte Beweglichkeit‘ bezeichnet, und der als Insomnia bezeichnete Zustand wird ‚Schlafstörung‘ genannt. Damals war es für eine Pflegekraft gesetzwidrig, Medizin zu praktizieren. Jetzt ist es in vielen Bundesstaaten der USA einigen lizenzierten Pflegekräften erlaubt, ein wenig Medizin zu prakti-

zieren ... sie infundieren intravenös, auskultieren, reanimieren und tun auch sonst alles, was sonst nur Ärzte tun.“

Um kein Mißverständnis aufkommen zu lassen: Orlando befürwortet die hier von ihr beschriebene Entwicklung keineswegs. Denn was hier betrieben werde, sei erstens keine Pflege und zweitens nur mit Genehmigung ärztlicher Verbände möglich. „In die Fußstapfen des Arztes zu treten oder wie eine Konkurrenzinstanz des Arztes zu fungieren, hält die Pflege auf einen abhängigen Weg und verhindert die Entwicklung einer eigenständigen und unabhängigen Autorität, die autonome Dienstleistungsprodukte erbringt.“ (Orlando 1997: 278).

In der Tat wird man kaum bestreiten können, daß die auch hierzulande in den 60er und 70er Jahren eingezogene Medizin- und Technikbetonung für die Pflegekunde eine Sackgasse darstellte (vgl. Schröck 1991: 188; Wedel-Parlow 1993). Klar scheint, daß die Übernahme arztverantworteter Einrichtungen nur unter der Bedingung positiv für die Professionalisierungsbestrebungen der Pflegekunde wirken, wenn diese Behandlung tatsächlich Teil eines von Anfang bis Ende von Pflegefachkräften kontrollierten Problemlösungsprozess sind (vgl. Michalke in diesem Heft).[2] Wo die besagte Bedingung nicht durchgehend erfüllt ist, bleibt die Pflegekunde immer nur der Juniorpartner der Medizin – vielleicht aus Kostengründen von der Gesundheitspolitik geduldet und sogar gefördert, aber eben in aller Augen nur das Surrogat, die zweitbeste Antwort.

Bei welchen mit der Medizin geteilten Problemen könnten Pflegefachkräfte nun ein zumindest gleichrangiges- oder sogar primäres Diagnose-, Planungs-, Therapie und Evaluationsrecht erstreiten? Ausscheiden müssen bei dieser Fragestellung Pflegediagnosen der NANDA-Konferenz wie „Herzzeitvolumen, vermindert“ (vgl. Doenges/Moorhouse 1994, 82 ff), handelt es sich doch hier im Grunde um Diagnosen von Krankheiten (im Beispiel: Herzinsuffizienz), bei denen die Pflegekunde keine ursächliche Therapie anbieten könnte.[3] Mit semantischen Kniffs, das heißt der

Rede von „Störungen“ statt von „Krankheiten“, ist das Problem fehlender Ursachentherapie sicherlich nicht beseitigt.

Nicht von vorneherein aussichtslos scheint dagegen ein primäres Diagnose-, Planungs-, Therapie- und Evaluationsrecht bei allen Handlungen, die sich um den *allgemein anerkannten* Kernbereich der Pflege gruppieren, d.h. um Fragen der Körperreinigung und der gestörten Nahrungsaufnahme. Warum sollte es denn auch nicht möglich sein, daß Pflegefachkräfte, die ja weitgehend anerkannte Experten für die Nahrungsaufnahme sind, eines Tages in eigener Verantwortung und ohne vorhergehende Konsultation eines Arztes eine Magensonde legen, wenn sie merken, daß orale Formen der Nahrungs- und oder Flüssigkeitszufuhr unzureichend geblieben sind? Warum sollten sie nicht in eigener Verantwortung ein intermittierendes Katheterisierungsschema einführen, wenn sie merken, daß die Probleme im Zusammenhang mit einer Inkontinenz durch andere Maßnahmen (Toilettentraining bis hin zur Verwendung eines Urinars) nicht behoben werden konnten?

### Variante C: Profession und Semi-Profession mit einer gemeinsamen arztdominierten Schnittmenge

Die dritte Variante bedarf eigentlich keiner besonderen Erläuterungen, beschreibt sie doch mehr oder minder das heute in Deutschland vorfindbare Verhältnis von Medizin und Pflegekunde. Einerseits existiert ein autonom verantworteter Sektor (unbestritten zumindest im Geltungsbereich des Pflege-Versicherungsgesetzes). Andererseits wird in der Pflegekunde im allgemeinen nicht bestritten, daß zur Berufstätigkeit von Pflegefachkräften neben den selbstverantworteten Aufgaben auch die assistierende Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie gehört. Auch hier lassen sich grob wieder zwei Richtungen unterscheiden.

(C1) Nach wie vor erhofft sich eine beachtliche Fraktion der Berufsange-

hörigen eher von (ihren) medizinorientierten *technischen Fähigkeiten* eine Statusverbesserung als vom Beschreiten eines potentiell unabhängigen Weges. In der berufspolitischen Debatte dominiert allerdings klar die Linie, die arztorientierten Handlungsfelder wenn schon nicht abzuschütteln, dann doch wenigstens an den Rand des beruflichen Handelns zu rücken. Seinen begrifflichen Niederschlag findet die Variante C2 in der bereits zitierten Position von Krohwinkel und der darauf basierenden Terminologie des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (Sowinski 1995). Während die „Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie“ in den Begriffen „Behandlungspflege“ oder „spezieller Pflege“ in jedem Fall als Pflege gilt (wenn nicht gar als höherwertige Pflege, wird hier doch etwas Spezielles, Besonderes geleistet), firmiert dieser Bereich beim KDA nur noch als „indirekte Pflege“.

### Schlußgedanken

Soweit die tonangebenden Gruppen in der Pflegekunde weiterhin am Ziel der vollständigen Professionalisierung festhalten, wird man in den beiden zuletzt vorgestellten Varianten (C1, C2) keine Endzustände, sondern nur Zwischentappen zu einer der beiden im letzten Abschnitt behandelten Varianten (B1, B2) sehen können. Allerdings ist die Realisierung der einen, wie der anderen Utopie fraglich. Die aktuelle Diskussion um die Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege macht deutlich, wie leicht der berufsemanzipative Kurs ins Gestrüpp finanzieller Konfliktlinien und Interessen gerät.

Die Tatsache, daß der derzeit von der Pflegekunde autonom verantwortete Sektor mit den Systemgrenzen der Pflegeversicherung weitgehend zusammenfällt, führt zu eigentümlichen Frontverläufen. Denn entgegen den allgemeinen berufspolitischen Bestrebungen, den eigenständigen Bereich stärker zu profilieren und womöglich auszuweiten, haben ambulante Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI und die dort beschäftigten Pflegefachkräfte ein vitales Interesse daran, daß von Kostenträgerseite bisherige Leistungen der Behand-

lungspflege nicht in den von ihnen verantworteten Bereich verschoben werden. Denn bei derartigen Verschiebeaktionen müßten mehr Leistungen aus den im Einzelfall und insgesamt unverändert groß bleibenden Budgets der Pflegeversicherung finanziert werden. Eine in der ambulanten Pflege tätige Krankenschwester hat mir jedenfalls am Rande der Tagung gesagt, daß ihr das Hemd näher als die Hose sei (sprich: die gesondert vergütete Behandlungspflege näher als die Chance, einmal vollständig arztunabhängig zu arbeiten). Das (Fern-) Ziel disziplinärer Eigenständigkeit wird sicherlich für diejenigen entzaubert, die auf dem Weg dorthin konkrete Nachteile erfahren.

Dr. Jörg Alexander Meyer,  
Dipl. Politologe und Krankenpfleger,  
Redaktion „Pflege und Gesellschaft“,  
BMA-Modellprojekt „Pflegeversicherung  
und Pflegemarkt“ der Stadt  
Münster

### Anmerkungen

- [1] Wenn Müller (1998) den Geltungsanspruch der Medizin als „Behauptungspolemik“ abtut, hat sie zwar insoweit recht, daß es auch anders sein *könnte*. Müllers Replik auf die These, daß es keinen arztfreien Raum in der Pflege gäbe, ließe sich dahingehend umkehren, daß es auch keinen pflegefreien Raum in der Medizin gäbe, mißachtet allerdings die Machtverhältnisse, namentlich daß der Anspruch der Medizin weitgehend von Sozialrecht und Rechtsprechung gedeckt ist.
- [2] Bei aller berechtigten Kritik an der Verrichtungsorientierung und der professionalisierungsbedingten Notwendigkeit, den gesamten Pflegeproblemlösungsprozeß zu kontrollieren, kann man sich freilich nicht um die Frage herumogeln, welche Behandlungsmaßnahmen/Therapien denn von Pflegefachkräften durchgeführt werden sollen und können. Pflegediagnostik, -planung und -evaluation sind ja im allgemeinen kein Selbstzweck (Ausnahmen, die nur die Regel bestätigen, sind Pflegegutachten wie die des MDK), sondern dienen dem Zweck, eine Intervention entweder zu planen oder deren Wirksamkeit im Nachhinein zu beurteilen.
- [3] Dem steht nicht wirklich entgegen, daß auch die Medizindiagnostik weit fortgeschrittener ist als die Möglichkeiten der medizinischen Therapie sind. Denn kann die Medizin hoffen, irgendwann Krebs etc. ursächlich zu therapieren, ist dies der Pflegekunde im Beispiel schon deshalb nicht möglich, weil es eine wirksame Therapie bei Herzinsuffizienz/„Heizzeitvolumen vermindert“ längst gibt – nur ist die eben medizinisch.

## Literatur

**Ammende, Michael (1996):** Der Paradigmenwechsel der Pflege (1. Teil) Theorie von Martha Rogers. Pflege, 9. Jg., Nr. 1, S. 5 – 11; (2. Teil) Elizabeth Baretts „Theorie of Power“. Pflege, 9. Jg., Nr. 1, S. 98 – 104

**Barrett, Elizabeth (1990):** Visions of Roger's science-based nursing. National League for nursing, New York.

**Doenges, Marilyn und Mary F. Moorhouse (1994, Originalausgabe 1993):** Nurse's Pocket Guide – nursing Diagnosis with interventions. F.A. Davis, Philadelphia. Hier: Deutsche Übersetzung („Pflegediagnosen und Maßnahmen.“) Huber, Bern etc. 2/1994

**Fawcett, Jacqueline (1/1984, 3/1995):** Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. F.A. Davis, Philadelphia. Hier: Deutsche Übersetzung („Pflegetheorie im Überblick“) bei Verlag Hans Huber, Bern etc. 1996

**Michalke, Cornelia (1998):** Perspektiven der

Verankerung eines reformulierten Pflegebegriffs im Sozialversicherungssystem. In: PflGe, 3. Jg., Nr. 2 (vorliegende Ausgabe!)

**Müller, Elke (1998):** Grundpflege und Behandlungspflege. Historische Wurzeln eines Reformbedürftigen Pflegebegriffs. In: Pflege & Gesellschaft, 3. Jg., Nr. 2 (vorliegende Ausgabe!)

**Newman, Margeret A. (1983):** Newman's Health Theory. In: I.W. Clements und F.B. Roberts (eds), Family Health – A theoretical Approach to Nursing Care. Wiley, New York, S. 162 – 175. Hier: Deutsche Übersetzung („Eine Theorie der Gesundheit“) in Doris Schäffer, Martin Moers, Hilde Steppe und Afaf Meleis (Hg.), Pflege-theorien – Beispiele aus den USA – Huber, Bern etc., S. 251 – 266

**Newman, Margeret A. (1986, 2/1994):** Health as Expanding Consciousness. St. Louis: C.V. Mosby. 2. Aufl. bei National League for Nursing.

**Orlando, Ida J. (1997, Originalausgabe 1987):** Nursing in the 21st. Century: alternative paths. Journal of Advanced Nursing. Hier: Deut-

sche Übersetzung („Pflege im 21. Jahrhundert“) in Doris Schäffer, Martin Moers, Hilde Steppe und Afaf Meleis (Hg.), Pflege-theorien – Beispiele aus den USA – Huber, Bern etc., S. 267 – 280

**Sowinski, Christine (1995):** Pflege-theoretische Überlegungen zur Strukturierung der Pflegepraxis. In: Dies. et al., Theoriegeleitetes Arbeiten in Ausbildung und Praxis – Ein Baustein zur Qualitätssicherung in der Altenpflege. (Reihe Forum, Bd. 24) Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln, S. 36 - 51

**Schröck, Ruth (1991):** Entwicklung und Perspektiven der Pflegeforschung. In: Monika Krohwinkel, dies. und Sabine Bartholomeyczik, Denkschrift zur Lage der Pflegeforschung in der Bundesrepublik Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Agnes Karll Institut für Pflegeforschung, Eschborn. S. 13 – 35

**Wedel-Parlow, Ursula (1993):** Behandlung und Pflege im Krankenhaus – Ein prekäres Verhältnis. In: Sozialer Fortschritt, 42. Jg., Nr 4 – 5, S. 100 – 105

## Diskussion

### Workshop 1 zu den Inhalten eines reformulierten Pflegebegriffs, seinen Perspektiven im Sozialversicherungssystem und zu den Konsequenzen eines reformulierten Pflegebegriffs für die Qualifikationsanforderungen in der Pflege

Da die Zahl der FachtagungsbesucherInnen am Nachmittag schon etwas abgebröckelt war, wurden die beiden geplanten Workshops (a) „Zu den Inhalten eines reformulierten Pflegebegriffs und seinen Perspektiven im Sozialversicherungssystem“ und b) „Konsequenzen eines reformulierten Pflegebegriffs für die Qualifikationsanforderungen in der Pflege“ zusammengelegt. Die Moderation teilten sich Cornelia Michalke und Ethel Narbei.

Die lebhafteste Diskussion der rund 20 TeilnehmerInnen knüpfte an den von Michalke vorgestellten Thesen an und verlief entlang der drei Hauptlinien: Klärung von Begriffen und Bedeutung von Sprache, Autonomie und Verantwortung von Pflegenden und Anforderungen an die Ausbildung.

Zu Beginn galt es, den Begriff ‚Pflegekunde‘ zu klären. Woher stammt diese Bezeichnung? Welche

Berufsgruppen werden hier zusammengefaßt? Können auch Krankenpflegehelferinnen und -helfer als pflegekundig gelten? Michalke beantwortete die Fragen dahingehend, daß zwar auch in den Niederlanden der Begriff ‚Pflegekunde‘ benutzt würde, sie ihn aber nicht von dort übernommen habe. Unter Pflegekundigen subsumiert sie Krankenschwestern, -pfleger, Kinderkrankenschwestern, -pfleger und Altenpflegerinnen und -pfleger, nicht jedoch die einjährig ausgebildeten Krankenpflegehelferinnen und -helfer. Diesen weist sie einen Platz auf der Achse zwischen Laien und Pflegekundigen zu.

Die von Michalke vertretene Forderung, daß die Fachaufsicht den Pflegekundigen selbst obliegen müsse, führte zu einer Diskussion über die Entscheidungsautonomie und Verantwortungskompetenz von Pflegenden. Diese sind im ambulanten Bereich durch Verträge zwischen den Kassen und den Pflegediensten

eingeschränkt. Neben vertraglichen Vereinbarungen beeinflussen die Kassen durch finanzielle Vorgaben den Handlungsspielraum von Pflegedienstleistungen. Professionelle Leistungen werden häufig nur über einen befristeten Zeitraum vergütet. Ergänzend erwarten viele Kassen, daß auch komplexe und anspruchsvolle Aufgaben von Angehörigen übernommen werden, zum Beispiel die selbständige Betreuung von tracheotomierten und beatmeten Kindern. Da aber die mehrmals tägliche Versorgung eines Pflegebedürftigen durch einen Pflegedienst für die Familie ebenso eine nicht unerhebliche Belastung darstellen kann, erscheint es häufig durchaus sinnvoll, die Angehörigen zu befähigen, die Betreuung selbst zu übernehmen. Die Anleitung und die Einschätzung, inwieweit pflegewillige Laien in der Lage sind, die Versorgung zu gewährleisten, liegen dann im Aufgaben- und Verantwortungsbereich der Pflegekundigen. Zur Frage, unter welchen Bedingungen eine pflegeri-

sche Leistung durch Laien erbracht werden kann, herrschte Übereinstimmung, daß eine solche Entscheidung der Berücksichtigung zahlreicher Faktoren bedarf und keinesfalls anhand eines einzelnen Kriteriums entschieden werden kann. Zu beachten ist u.a. das Ausmaß des Pflegebedarfs, der Schwierigkeitsgrad aktueller und potentieller Probleme, die Erkrankung und die soziale Situation.

Im weiteren Verlauf der Diskussion rückte der Problemlösungsprozeß in den Mittelpunkt. Seine Bedeutung für professionelles pflegerisches Handeln wurde nicht in Frage gestellt. Beklagt wurden aber Schwierigkeiten im Umgang. Es wurde betont, daß eine wichtige Ursache dafür in der fehlenden Terminologie zu suchen sei. Wie kann etwas pflegespezifisch eingeschätzt, geplant und evaluiert werden, wenn Pflegende dabei zurückgreifen müssen auf das medizinische Fachvokabular oder die Alltagssprache? Wenn es gelänge, den Pflegeprozeß inhaltlich und sprachlich zu füllen, könnte er ein gutes Instrument sein, um die Bedeutung und Wirksamkeit pflegekundiger Bemühungen zu belegen.

Eine entwickelte Sprache gehört zu

den Voraussetzungen, die es ermöglichen, eigenständige Inhalte zu formulieren und Verantwortungsbereiche neu zu definieren. Bislang werden von zahlreichen AutorInnen die verschiedenen Verantwortungssparten folgendermaßen geordnet: (1) eigenständig (2) arztabhängig (3) interdisziplinär. Sinnvoller erscheint aber die Reihenfolge: (1) eigenständig (2) interdisziplinär (3) arztabhängig, denn die Möglichkeit zu interdisziplinärer Zusammenarbeit erfolgt aus der Eigenständigkeit.

Im weiteren wurde die Forderung erhoben, daß Gutachten zur Erstellung der Pflegebedürftigkeit generell durch Pflegende, nicht aber durch ÄrztInnen zu erstellen seien. Jedoch wurde zu bedenken gegeben, daß berufsunabhängig die GutachterInnen an Vorgaben gebunden sind. Ein AOK-interner Vergleich zeigt, daß sich Pflegekundige und MedizinerInnen bei der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit zwar unterschiedlicher Kriterien bedienen, aber durchaus zu ähnlichen Ergebnissen kommen.

Problematisiert wurde die von Michalke eingenommene pflegezentrierte Perspektive, die, so die Kritik, die erkrankte Person nur wenig in

Entscheidungsprozesse einbezieht. Michalke verwies darauf, daß den Laien die Entscheidung obliegt, ob sie professionelle Hilfe annehmen wollen und daß es selbstverständlich notwendig sei, die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen miteinzubeziehen. Sie unterstrich aber auch, daß es Aufgabe von Pflegekundigen sei, Probleme mit Hilfe professionellen Wissens zu lösen. Eine ausschließliche Orientierung an den Gewohnheiten der PatientInnen ist schon deshalb recht problematisch, da Gewohnheiten auch destruktive Züge haben können.

Abschließend wurde die Frage erhoben, wie es gelingen kann, im Rahmen der Ausbildung den SchülerInnen die Bedeutung von und den Umgang mit dem Problemlösungsprozeß nahezubringen. Zur Zeit wird von den Auszubildenden häufig nur eine formale Qualifikation erreicht. Als Anregung berichtete eine Teilnehmerin von ihren Erfahrungen mit der Durchführung biographischer Interviews in der Ausbildung von AltenpflegerInnen, die eine Grundlage zur Erruierung von Pflegeproblemen darstellen könnten.

*Renate Stemmer*

**Workshop 2 zur Abgrenzung von „Grund- und Behandlungspflege“ aus sozialrechtlicher und ökonomischer Sicht**

Nachdem die Fachtagung (und auch der andere Workshop) sehr stark von der Suche nach einer neuen Rolle der Pflege geprägt war, dominierte in dieser Arbeitsgruppe ein stark an den ökonomischen Realitäten orientierter Diskurs. Versammelt war hier ein gutes Dutzend Personen, mehrheitlich Verantwortliche (Inhaber/innen oder Pflegedienstleitungen) ambulanter Pflegeeinrichtungen sowie ein Vertreter einer Kranken- bzw. Pflegekasse. Diese Konstellation macht erklärlich, daß hier weniger pflegetheoretische Fragestellungen diskutiert wurden, als vielmehr die auf den Nägeln brennenden aktuellen Fragen der Vergütung ambulanter Pflegeleistungen. Eingeleitet wurde die Diskussion durch Berichte über den aktuellen Sachstand der Vergütungsverhandlungen (der hier nicht referiert wird, weil er bei Drucklegung bereits wieder überholt sein dürfte).

Wann sind qualifizierte Pflegefachkräfte einzusetzen?		
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Situation einfach (Routinesituation)</li> <li>■ Tätigkeit einfach</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Situation einfach (Routinesituation)</li> <li>■ Tätigkeit komplex</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Situation komplex (permanente Pflegeevaluation erforderlich)</li> <li>■ Egal, ob Tätigkeit einfach oder komplex</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ z. B. Reinigungswaschung, Essen reichen ohne Schluckstörung, Medikamente verabreichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ z. B. Bobath-Lagerung, Nahrung reichen bei Schluckstörung, Katheterisieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ z.B. bei schwieriger Grunderkrankung oder akuter Zusatzerkrankung, eingeleiteter Rehabilitation; allgemein bei instabilen Zuständen, insbesondere natürlich bei Krisen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pflegehilfskräfte zulässig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tedenziell Pflegefachkräfte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Unbedingt</i> Pflegefachkräfte</li> </ul>

Berührungspunkte zur Diskussion im zweiten Workshop gab es in der Fragestellung, welche Qualifikation von einer erwerbsmäßigen Pflegekraft zu fordern sind. Der Unterzeichner vertritt die Position, daß die in einem konkreten Pflegeverhältnis benötigte Formalqualifikation der Pflegekraft weniger vom manuellen Schwierigkeitsgrad einer durchzuführenden pfle-

gerischen Therapie abhängt, als vielmehr von der Instabilität des Gesundheitszustandes bzw. der psycho-sozialen Situation.

Wie schon bei der Fachtagung der Sektion Pflege & Gesellschaft im letzten Jahr wurde deutlich, daß Fragen der Pflegebedarfs- und Pflegeleistungserfassung bislang erst zuwenig

von der Pflegewissenschaft bearbeitet wurden. Das gleiche gelte für die Frage, welche Aufgaben, wann und unter welchen Bedingungen von Pflegefachkräften an LaienhelferInnen delegiert werden könnten.

Dr. Jörg Alexander Meyer

## Anmerkung zu Heft 1/98

Ergänzung zum Artikel Reform der Pflegeausbildung von Sabine Brendel u. Gerd Dielmann. *PfleGe*, 3. Jg. (1998), Nr. 1, S. 7–19

*Im besagten Artikel ist eine Anmerkung (Fußnote) abhandelt gekommen und soll deshalb hier nachgereicht werden – zumal sie recht gut in den Kontext der auf der Fachtagung bzw. in diesem Heft beleuchteten Terminologiedebatte paßt:*

Wir haben uns bewußt für die Verwendung des Terminus „Pflegefachkraft“ entschieden, da er das Berufsfeld „Pflege“ ebenso umschreibt wie die berufliche Qualifikation und dabei – weil geschlechtsneutral – in der deutschen Sprache einfacher zu handhaben ist als die jeweiligen gesetzlich geschützten Berufsbezeichnungen.

Demgegenüber haben zwar auch die in den letzten Jahren um sich greifenden Begriffe „Pflegerische“ und „Pflegerische“ den Vorzug, zumindest im Plural geschlechtsneutral gebraucht werden zu können, sie geben aber keinen Hinweis auf die Qualifikation. Dies gilt auch dann, wenn ihm das Attribut „beruflich“ vorangestellt wird, weil es (leider) eine zunehmende Zahl „beruflich Pflegerische“ gibt, die über keinerlei Qualifikation verfügt. Die gerundete Form erweckt zudem den Eindruck, als würde permanent und ausschließlich gepflegt. Der Beruf umfaßt aber noch zahlreiche weitere Tätigkeiten, z.B. denken,

organisieren, kommunizieren usw., um nur einige zu nennen. Auch wenn der gewählte Terminus stark an „Arbeitskraft“ erinnert, wird damit doch ausgedrückt, daß Pflege auch Arbeit ist, die körperliche, geistige und seelische Kraft erfordert. Es würde im übrigen niemand auf die Idee verfallen, die Berufstermini Arzt/Ärztin durch „Heilende“ zu ersetzen oder die Berufe des Lehrers und der Lehrereine der Gesamtheit der „Lernenden“ unterzuordnen. Selbst so allgemeine Bezeichnungen wie „Schüler/Schülerin“ oder „Student/Studentin“ bezeichnen den jeweiligen Status genauer als „Lernende“ oder „Studierende“.

## Leserbrief

Anmerkungen zu den Empfehlungen für die Auswahlkriterien bei der Besetzung von Professuren in der Pflegewissenschaft. Beitrag von Sabine Bartholomeyczik, in: *Pflege & Gesellschaft* 3. Jg. (1998), Nr 1, S. 1 – 2

Professor Dr. Sabine Bartholomeyczik schreibt, daß oben genannte Empfehlungen „noch einmal diskutiert und einstimmig verabschiedet wurden.“ Nun kann ich jedoch gerade der Begründung für eine „klare Prioritätensetzung“ nicht zustimmen.

In Absatz 3, Seite 2 heißt es zur Begründung einer „ersten Dimension“ zu Punkt 1 der Empfehlung (Überbewertung einer Pflegeausbildung im Zusammenhang mit pflegewissenschaftlicher Lehre), daß eine „Kolonialisierung durch andere Disziplinen keineswegs aus(zu)schließen (ist) ... da viele Pflegerische, die in akademische Berufe abgewandert sind, sich nie wieder mit Fragen

der Pflege befaßt haben.“ Dies mag als ein Argument gelten für die Hintansetzung einer pflegerischen Ausbildung, kann jedoch nicht schlüssig den Verzicht auf eine solche begründen. Es entsteht hier der Eindruck, daß andere Wissenschaftler, ohne pflegerische Ausbildung und ohne eine eigene Identifikation mit dem Pflegeberuf, solange sie sich – auch „in einem erweiterten Sinn“ – mit Fragen der Pflege befaßt haben, in jedem Fall geeigneter Kandidaten für Pflegeprofessuren sind. Dieser Eindruck wird verstärkt durch die benannte 2. Dimension.

Es besteht kein Zweifel, daß die pflegerische Ausbildung in Deutsch-

land reformbedürftig ist, dennoch kann m.E. eine *berufliche Identifikation* mit der Pflege nicht durch ausschließlich wissenschaftliches Interesse ersetzt werden. Es reicht in einer Empfehlung des DV nicht aus, „die Pflegeausbildung ... als ... ein wichtiges Kriterium“ zu bezeichnen und dann dem Satz nach der Forderung des Nachweises zur Fähigkeit zu wissenschaftlichem Arbeiten hinzuzufügen, daß es „dann nur von Nutzen sein (kann) wenn ... der Abschluß einer Pflegeausbildung, bzw. berufliche Erfahrung in der Pflege“ nachgewiesen wird.

Ich stimme hier den Ausführungen von Hanneke van Maanen im selben

Heft (1998: 4) zu „*Wie ein Mediziner aktuelle medizinische Kenntnisse braucht, .... so braucht die Pflegendel Pflegewissenschaftlerin aktuelle Pflegekenntnisse*“. Damit lehne ich die Begründung für die Empfehlungen in dieser Form ab. Der Empfehlung als solcher stimme ich zu mit den entsprechenden Einschränkungen hinsichtlich der Gültigkeitsdauer. In der vorliegenden Begründung jedoch erhält die Empfehlung einen neuen Tenor, durch den der Pflege selbst eine nachrangige Bedeutung zugewiesen wird.

Es sollte deutlich werden, daß der Zugang zu einer Pflegeprofessur allein über die Pflegewissenschaft zu erreichen ist. Pflegewissenschaft jedoch ohne die berufliche Einbindung von Pflegepraxis in den wissenschaftlichen Werdegang von Pflegeprofessorinnen erscheint mir als Widerspruch in sich selbst.

Allerdings – und dies ist ein Zugeständnis, mit dem ich mich auch der Empfehlung nähern kann müssen wohl zur Zeit auch *Ausnahmen* in qualifikatorischer Sicht zuzulassen sein: Wenn sich auf dem Hintergrund einer pflegerischen Ausbildung und beruflichen Identifikation zur Zeit bisher nicht genügend Personen als Pflegewissenschaftlerinnen qualifizieren konnten, dann – und nur dann –, mag es zulässig sein, Wissenschaftler aus anderen Bereichen in die nähere Auswahl für die Stellenbesetzung in

Erwägung zu ziehen, vorausgesetzt, daß pflegerische Erfahrung nachgewiesen werden.

Es sollte in einer Begründung zu Empfehlungen für die Besetzung von Pflegeprofessuren weiterhin klarer differenziert werden, welche Bedeutung eine Pflegeausbildung – ohne berufliche Identifikation hat (schließt *Kolonialisierung* nicht aus). Doch deutet die Aufzählung „... *Abschluß einer Pflegeausbildung bzw. berufliche Erfahrung in der Pflege (als) von Nutzen (...)*“ für eine Kandidatin darauf hin, daß in der Begründung „*berufliche Erfahrung in der Pflege*“ auch möglich gedacht wird ohne Ausbildung. Auch hier müßte eine präzisere Ausformulierung vorgenommen werden.

Den weiteren Ausführungen (Konsequenzen der Übergangssituation) kann ich zustimmen, allerdings scheint mir ein Satz in den Schlußbemerkungen substanzialer Begründung und Erläuterungen zu bedürfen. Hier heißt es „*Da weder Pflege noch Pflegewissenschaft inhaltlich eindeutig abgrenzend definiert sind (und auch nicht werden sollten) ...*“ Ich meine hinsichtlich der Pflege und der Pflegewissenschaft sind bereits weitreichende und auch im deutschen Sprachraum erfolgreiche, Versuche unternommen, diese gegenüber anderen Disziplinen abzugrenzen. Soweit diese Versuche keine allgemeine Zustimmung erfahren, darf jedoch nicht davon abgesehen

werden, Pflege eindeutiger von anderen Disziplinen abzugrenzen. Pflege(wissenschaft) ist eine eigene Disziplin! Und dies nicht nur, weil es lautstark behauptet wird, sondern eindeutig aus beobachtbarer Beschreibung heraus dessen, was Pflegewissenschaftlerinnen tun und was sie (bei aller Kritik) bewirken.

Wenn wir diese Grundannahme nicht halten können oder halten wollen, dann kann es auch keine Pflegewissenschaftlerinnen geben; dann braucht es auch keine Professuren für Pflegewissenschaft.

Auch wenn wir keine universelle Definition für die Pflege(wissenschaft) finden können, auch wenn eine Anzahl unterschiedlicher Definitionsansätze nebeneinander stehen – vielleicht auch gegeneinander, sogar einander ausschließend –, dürfen wir nicht die definitorische Arbeit unterlassen. Es gibt ja wohl keine wissenschaftliche Disziplin, bei der sich alle entsprechenden Wissenschaftler einig wären hinsichtlich dessen, was ihre jeweilige Disziplin ist, anstrebt, aussagen kann. Aber gerade im Bereich der Wissenschaften ist Dissens Salz.

*Dr. habil. Marianne Arndt  
Lecturer, University of Stirling  
Dept of Nursing and Midwifery  
Western Isles Campus*

*Wachtelpfad 35,  
34414 Warburg/Westf.  
Tel.: 05641/16 30.*

#### Buchrezensionen

**Arne Schäffler, Nicole Menche, Ulrike Bazlen, Tilman Kommerell (Hrsg.) (1997): Pflege heute – Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe. Gustav Fischer, Ulm, Stuttgart, Jena, Lübeck. (96,- DM)**

„Pflege heute“, Ende 1997 erschienen, ist mit 1424 Seiten – neben Juchlis Lehrbuch «Pflege» – das zur Zeit umfangreichste Pflegelehrbuch auf dem deutschen Markt. Es richtet sich an Auszubildende der Pflegeberufe, soll aber auch als Nachschlagewerk von ausgebildetem Pflegepersonal genutzt werden können. Neben der Hervorhebung des Umfangs wird vor allem seine „*vorbildliche didaktische Ausstattung*“ betont.

#### Struktur und Layout

Das Buch besteht aus fünf Hauptteilen zu den Bereichen „Grundlagen der Pflege“, „Grunderkrankungen des Menschen“, „Pflege in besonderen Lebensabschnitten und Lebenssituationen“, „Pflege bei Störungen der Körperfunktionen“ „Pflege in besonderen Bereichen“. Jeder dieser Hauptteile ist in weitere Kapitel gegliedert, denen jeweils eine Inhaltsübersicht vorangestellt ist. Im Anhang befinden sich Laborwerte und ein Sachregister. Viele Fotos, z.B. von Instrumenten oder zum Ablauf pflegerischer Handlungen, erleichtern das Verständnis. Ein Farb-leitsystems soll helfen, den „*jeweilige(n) Informationsschwerpunkt des nachfolgenden Textes auf einen Blick [zu] erkennen.*“ (S. VI) Es besteht aus insgesamt sieben

verschiedenen Farben, die jeweils eine eigene Bedeutung haben und wiederum mit acht unterschiedlichen Symbolen kombiniert sind. Vier der Farben stehen jeweils für die vier Informationsschwerpunkte Pflege, Medizin, Pharmakotherapie und Bezugswissenschaften. Drei weitere Farben verteilen sich auf Textkästen mit Definitionen, Warnhinweise und Hinweise für Verhalten in Notfallsituationen. Genaue Angaben zu diesem Leitsystem – zur Bedeutung der Farben sowie der verwendeten Symbole – findet man auf den Klappeninnenseiten und in der zweiseitigen „*Bedienungsanleitung*“ (S. VI) des Buches.

Gerade diese Mischung aus Markierungen, Farben, Symbolen, Abbildungen und