

Michael Schulz, Sebastian Dorgerloh, Michael Löhr

## Implementierung einer wirksamen Pflegepraxis –

### Stabsstellen als notwendiger Übergang auf dem Weg zu einem zukunftsfähigen Profil von professioneller Pflege im Krankenhaus

Staff Positions in nursing management and their changing role in developing quality of care

*Market changes, labour shortages and the need for improved performance have provided an impetus for hospitals to reorganize care processes to improve efficiency. Over the last 10 years staff positions in nursing management became more and more important in case of quantity and quality of nursing. This article aims to do a critical appraisal of this new role on behalf of changing structures until today and regarding future needs. As a good working example a staff position for mental health nursing research is presented. However, introducing staff positions into the management the adaptation to permanent change is not solved organizationally, in principle. Therefore the staff positions are not more than a step in the right direction. Responsibility compared with the ability of critical thinking and organised peripheral responsibility is needed for further development. Regarding a differentiation of qualification profiles an academic education is discussed as a sine qua non assumption.*

#### Keywords

Staff position, Nursing Management, Quality of care, Hospital

*Als Antwort auf Leistungsverdichtung, einhergehend mit Stellenabbau und gestiegenen Anforderungen an Pflege in den Krankenhäusern einerseits und gestiegenen Begründungs- sowie Innovationsdruck andererseits, haben sich auch Pflegestrukturen in Krankenhäusern verändert. Stabsstellen im Pflegemanagement haben in den letzten 10 Jahren quantitativ und im Hinblick auf Qualität in den Häusern an Bedeutung gewonnen. Gegenstand dieses Artikels ist die kritische Würdigung der Funktion „Stabsstelle“ vor dem Hintergrund sich wandelnder Krankenhausstrukturen. Dabei wird als positives Beispiel auf die Einrichtung einer Stabsstelle für „psychiatrische Pflegeforschung“ näher eingegangen. Allerdings wird durch Stabsstellen das Problem einer notwendigen andauernden Veränderung nicht gelöst. Vor diesem Hintergrund sind Stabsstellen zwar ein Schritt in die richtige Richtung, können aber nur ein erster Schritt sein. Dezentrale Verantwortungsstrukturen, einhergehend mit der Fähigkeit einer kritischen Urteilsfindung auf den Stationen erscheinen als notwendiger nächster Schritt. Im Hinblick auf die Differenzierung von Qualifikationsprofilen wird die akademische Ausbildung für Pflegenden am Bett als notwendiger Veränderungsschritt diskutiert.*

eingereicht 14.12.2007  
akzeptiert 29.2.2008

**Schlüsselwörter**

Stabsstellen, Pflegemanagement, Pflegequalität, Krankenhaus

**1. Einleitung**

Das Krankenhaus befindet seit Jahren in einem tief greifenden Veränderungsprozess. Diese Entwicklung wird nun seit ca. 20 Jahren von der Akademisierung der Pflege, also der Einrichtung von zahlreichen Pflegestudiengängen, begleitet. Rufen wir uns noch einmal in Erinnerung, dass die Akademisierung von Pflege mit dem Ziel der Professionalisierung einst initiiert wurde: sie sollte der Optimierung der Pflege, vor allem aber auch der Gesundheit und des Wohlbefindens ihrer Adressaten dienen (vgl. Schaeffer 1998). Zahlreiche Entwicklungen, Veränderungsprozess und v.a. das Spannungsfeld zwischen Innovationsdruck bei gleichzeitiger Leistungsverdichtung sowie eine wachsende Anzahl von Absolventen von Pflegestudiengängen hatten u.a. zur Folge, dass neue Stellenprofile in Krankenhäusern entstanden sind, so auch die Stabstelle der Pflegedienstleitung / des Pflegemanagements.

Grundlage der folgenden Ausführungen sind Erfahrungen dreier Stelleninhaber solcher Stabsstellenfunktionen, die, obwohl mit sehr unterschiedlichen Aufgaben betraut, ähnliche Erfahrungen machen bzw. gemacht haben. Den Autoren geht es darum, aus ihren langjährigen Erfahrungen auf verallgemeinerbare Entwicklungen hinzuweisen und damit einen Beitrag zum Theorie-Praxis-Transfer im Sinne der unseres Erachtens dringend notwendigen Ausgestaltung der professionellen pflegerischen Berufsprofile zu leisten.

Darüber hinaus geht es um eine Positionierung für eine patientenorientierte Sichtweise, wohl unter Einbeziehung der unbestreitbar schwierigen ökonomischen Rahmenbedingungen. Denn, so unsere Einschätzung, es drohen wesentliche Aspekte des Managementauftrages im Bereich der Krankenhauspflege in Vergessenheit zu geraten. Aber, auch davon sind wir überzeugt, gibt es im Management immer Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten. Diese wahrnehmen zu können, erfordert aber in erster Linie Mut und Diskursfähigkeit.

Auf einen gleichzeitig zu beobachtenden Veränderungsprozess – die Ausbildung von Matrixorganisationsstrukturen – soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden, da es sich in unserem Verständnis von Stabsstellen nicht um ein konkurrierendes Organisationsmodell handelt. Verwiesen sei deshalb u.a. auf den Aufsatz von Adler und Neubauer (2002).

**2. Rahmenbedingungen für Management**

In unruhigen Zeiten wird die Anpassungsfähigkeit („updateability“) von Gesellschaften, Organisationen, aber auch von Einzelpersonen zu einer wichtigen Ressource, um zukunftsfähige Profile zu entwickeln. Anpassungsfähigkeit in der Pflege erfordert allerdings mehr Flexibilität, als sie von traditionell hierarchisch organisierten Pflegestruk-

turen vorgehalten wird. Das Pflegemanagement hat in vielen Häusern auf diese Herausforderung reagiert. Die Einrichtung von Stabsstellen dürfte hier im Wesentlichen durch gestiegenen Begründungs- und Innovationsdruck motiviert gewesen sein. Aber was passiert durch die Einführung von Stabsstellen?

Mit Stabsstellen wird das Prinzip der ausschließlichen Einbindung aller Stellen in die Linie gebrochen. Stabsstellen existieren außerhalb der Einheit von Auftragserteilung und Auftragsausführung. Die Stabsstelle hat keine fachlichen Weisungsbefugnisse außerhalb der Stabsabteilung. Nach Adler und Neubauer (2002) handelt es sich quasi um das Eingeständnis der Einlinien-Organisation, dass es Bedarf nach Funktionen und Problemlösungen gibt, die eine einzelne Leitungsstelle in ihrer Kapazität zur Formulierung von Entscheidungsalternativen überfordert. Das Konzept der Stabsstelle wird immer wieder auch kritisch diskutiert. So existieren neben der formal nicht vorhandenen Weisungsbefugnis bzw. Ergebnisorientierung häufig implizit bisweilen weit reichende Kompetenzen, so dass hier in der Literatur von „unechten“ Stabsstellen die Rede ist (Hill et al 1989), die einzelne funktionale Kompetenzen und begrenzte Weisungsbefugnisse aufweisen. Diese Situation lässt sich aber besser unter dem Begriff der Matrixorganisation fassen, welche eine Trennung zwischen disziplinarischen und fachlichen Kompetenzen vorsieht.

Das Krankenhaus heutiger Prägung ist charakterisiert als spezialisierte Organisation und fördert Autonomien (Spezialisten), steigert aber gleichzeitig die gegenseitige Abhängigkeit, was einen gesteigerten Kommunikations- und Koordinationsbedarf zur Folge hat. Der hohe, ständig wachsende Organisationsgrad ist eines der hervorstechendsten Merkmale entwickelter Industriegesellschaften. Die Tendenz zur fortschreitenden Spezialisierung und damit auch zur Selektivität der Organisation ist ungebrochen. Das Krankenhaussystem ist dafür ein besonders eindrucksvolles Beispiel. Der Austausch zwischen und die Koordination von selbständigen Systemen werden zu einer immer wichtigeren und anspruchsvollen Aufgabe von (Pflege-)Management, und die Schaffung von Stabsstellen ist als Reaktion auf diese Entwicklung zu werten (vgl. Grossmann/Scala 2002).

Diese Veränderung im Organigramm durch die Einbeziehung von Stabsstellen bot gleichzeitig eine Chance, aber auch den Auftrag zur Weiterentwicklung: Chance, weil durch neues Wissen, z.B. im Hinblick auf pflegewissenschaftliche Inhalte, Projektmanagement in die Kliniken kam. Es verbindet sich mit der Einführung von Stabsstellen, aber auch der Auftrag zur Weiterentwicklung von Organigrammen, da Stabsstellen qua Definition mittelfristig in die Linie überführt werden sollten und somit vorhandene Strukturen sinnvoll ergänzen. Will sagen: Stabsstellen müssen perspektivisch in die Linie überführt werden.

### 3. Was tun Stabsstellen?

Ein wichtiges Einsatzfeld für Stabsstellen sind häufig qualitätsmanagementassoziierte Bereiche, was sich mit der Kompetenzvermittlung während der Hochschulausbildung

in Deckung bringen lässt (Gensch 2004). So fällt häufig die Umsetzung von Standards sowie die Mitarbeit an übergeordneten Qualitätsprojekten, wie z.B. Zertifizierung, in deren Aufgabenbereich. Im Rahmen einer qualitativen Studie haben Adler und Neubauer (a.a.O.) Stabsstellen des Pflegemanagements im Qualitätsmanagement zu ihrer Verortung und ihrem Aufgabenfeld befragt. Die Forscher kommen zu dem Schluss, dass Stabsstellen zu „unechten“ Stabsstellen werden, je mehr Weisungsbefugnis sie haben. Folgt man den Ausführungen der Autoren, dann stellt das Qualitätsmanagement eine zentrale Ressource zur Bewältigung gravierender Anforderungen der Innovationsfähigkeit dar. *„Die Qualitätsbeauftragten sind in der Realität faktisch zuständig für die Konzipierung, Umsetzung, Kontrolle und Verbesserung der Prozesse und übernehmen hierfür auch bereitwillig die Verantwortung“* (Adler/Neubauer 2002).

Darüber hinaus sehen sich pflegerische Stabsstellen aber häufig noch weiteren Anforderungen gegenüber, wie z.B. der Entwicklung von Assessmentinstrumenten, dem Einsatz von Dekubitusmatratzen, Fragen zur professionellen Beziehungsgestaltung, der Durchführung von Pflegeforschungsprojekten, Anfragen zum Personalcontrolling und Einsatz in Fort- und Weiterbildungen. Besonders die vom DNQP vorgehaltenen Expertenstandards (vgl. [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)) wurden dankbar aufgenommen und gaben auf nationaler Ebene wichtige Entwicklungsinhalte vor. Allerdings weisen Meyer et al. (2006) zu Recht daraufhin, dass die Expertenstandards von vielen Häusern umgesetzt werden, der Nutzen in der Praxis allerdings noch fraglich erscheint. In diesem Zusammenhang weisen die Autoren darauf hin, dass im Rahmen der Einführung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe ca. 50% der Pflegenden eine Fortbildung zur Anwendung einer Risikoskala in Anspruch genommen haben, obwohl Reliabilität und Konstruktvalidität der Skala bisher nicht hinreichend nachgewiesen werden konnten für den Praxiseinsatz. Dies macht deutlich, wie schwer es sein kann, vor dem Hintergrund verfügbarer Informationen im Hinblick auf die Priorität von Projekten Allokationsentscheidungen treffen zu müssen. Dies erfordert neben Erfahrung v.a. kollegiale Vernetzung.

Gleichzeitig bietet das breite Einsatzfeld der Stabsstelle große Einflussmöglichkeiten auf die inhaltliche Ausgestaltung von Pflege im Krankenhaus. Die Einführung einer Stabsstelle bedient ein gestiegenes Bedürfnis nach fachlicher Weiterentwicklung der Pflege in den Institutionen. Wenngleich ein Schwerpunkt auf fachlicher Weiterentwicklung dem Qualifikations- und Kompetenzprofil durchaus entspricht, droht aus Sicht der Autoren dann Gefahr, wenn das Pflegemanagement sich aufgrund einer vorhandenen Stabsstelle aus inhaltlichen Überlegungen zurückzieht, den fachlichen Diskurs quasi an die Stabsstelle delegiert. Dies weist auf grundsätzlich gewandelte Anforderungen an das Pflegemanagement hin. Demnach waren Krankenhäuser in früheren Zeiten streng bürokratisch organisiert und das Wissen nahm entsprechend der Hierarchiestufe (vertikal) zu. Heutzutage benötigt man hingegen horizontale Kommunikationsstrukturen und dezentrale Verantwortungsstrukturen. Das zunehmende Interesse an Primary Nursing und Case Management ist als Element einer horizontalen Organisation von Wissen und Verantwortung zu werten, wenngleich aus Sicht des Ma-

agements zu oft die Frage nach Rationierungsmöglichkeiten als wesentliche Motivation für die Einführung dezentraler Organisationsstrukturen zu beklagen ist.

Wenngleich (ökonomisch motivierte) Fragen der Reorganisation häufig auch den Alltag von Management aber auch von Stabsstellen und Projekten bestimmen, müssen Stabsstellen gemeinsam mit Management eine bedarfsgerechte Pflege entwickeln. Dies lenkt den Fokus auf die pflegerischen Interventionen, die in einen theoretischen Kontext zu stellen sind. Vor dem Hintergrund einer Alterung der Patientengruppe und der zunehmenden Bedeutung chronischer Erkrankungen tritt Heilung („cure“) zunehmend in den Hintergrund und Pflege („care“) eher in den Vordergrund. Wenngleich z.B. der Expertenstandard Entlassmanagement genau dieser Entwicklung Rechnung trägt, ist doch festzustellen, dass weiterhin wichtige Themenfelder wie z.B. Beratung, Edukation, Prävention oder Einbeziehung von Angehörigen nur langsam Eingang in die Interventionspalette der Pflegenden findet.

Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, die Zusammenarbeit zwischen Pflegemanagement und Stabsstelle mit einer Klärung dahingehend zu unterlegen, was Gegenstand der zu lösenden Aufgabe ist. Für die Arbeit im Krankenhaus ist an dieser Stelle ein Diskurs zu der Frage „Was ist Pflege?“ unerlässlich. In diesem Zusammenhang darf bei allen Vorzügen, die mit der Schaffung von Stabsstellen einhergehen, nicht in Vergessenheit geraten, dass die Qualität der Pflege letztendlich vom Pflegemanagement zu verantworten ist.

#### 4. Exkurs: Was ist Pflege?

Die Beantwortung dieser Frage ist von zentraler Bedeutung für das Pflegemanagement, nicht nur hinsichtlich der Stellen- und Aufgabenbeschreibung von Stabsstellen, sondern auch für den aus unserer Sicht dringend notwendigen berufsgruppeninternen Diskurs zum Gegenstand der Pflege und somit zur interdisziplinären Positionierung der Berufsgruppe Pflege. Auffallend ist, dass diese Frage sehr betriebspezifisch bzw. individuell beantwortet ist. Diese Beobachtung beruht auch auf der Tatsache, dass auf Verbandsebene diese Frage sehr unterschiedlich interpretiert und beantwortet wird. An dieser Stelle fehlt zur Orientierung für das Management der in anderen Ländern erfolgte Diskurs zur Positionierung zu dieser Frage (vgl. Spichiger 2006).

Was professionelle Pflege in der jeweiligen Einrichtung ist, setzt u.a. die Beantwortung folgender Fragen innerhalb des Managements voraus:

- An wen richtet sich die professionelle Pflege?
- Wie ist die Lebensspanne der gepflegten Menschen?
- In welchem Kontinuum findet Pflege statt?

Die hier zu beantwortenden Fragen basieren auf dem Phasenmodell von Hirschfeld (2005) und fokussiert u.a. auf das Kontinuum, in dem Pflege stattfindet und somit auch auf die Arbeitsfelder und -aufgaben und Interventionen der Berufsgruppe Pflege. Das heißt, welche Aspekte professioneller Pflege/Interventionen werden z.B. im Kon-

tinuum Gesundheit gefördert/bewahrt/ausgeübt, indem Pflegende z.B. informieren/beraten/schulen etc.? Allein an dieser Frage wird deutlich, wie dringend notwendig es im Pflegemanagement ist, den Diskurs zum Gegenstand von Pflege zu führen, um einerseits die im SV-Gutachten 2007 benannte Kooperation und Verantwortung – u.a. der Berufsgruppe Pflege – als Voraussetzung für eine zielorientierte, effiziente und effektive Gesundheitsversorgung mit Inhalt zu füllen und andererseits den dafür benötigten Qualifikationsskill, Aufgaben- und Verantwortungsbereich und die damit verbundenen organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen zu schaffen. Je nachdem wie diese Frage innerhalb des Pflegemanagements wahrgenommen und beantwortet wird – „...Pflegeentwicklung ist Chefsache“ (vgl. Huber 2004) – gelingt oder misslingt es, Strukturen, adäquate Stellen- bzw. Aufgabenbeschreibung unterschiedlicher Qualifikationsniveaus u.v.m. innerhalb der jeweiligen Institution zu entwickeln und somit auch die Voraussetzungen für eine wirksame Pflegepraxis zu schaffen. Daher sollte aus unserer Sicht die Aufgaben- und somit Stellenbeschreibung von pflegerischen Stabsstellen aus der Beantwortung der eingangs gestellten Frage resultieren. Ob diese Aufgabenstellungen dann sinnvoller Weise außerhalb der Linienstruktur angesiedelt sind, bedarf im Einzelfall der genaueren Betrachtung.

## 5. Theorie-Praxis Transfer als wesentliche Aufgabe von Stabsstellen

Pflegerische Stabsstellen begreifen sich häufig als „Change Agents“ und Protagonisten für innovative Projekte. In der Regel noch gut vernetzt mit der Hochschule sowie den damaligen Kommilitonen stellen sie eine wichtige Schnittmenge zwischen Hochschulen und Praxiseinrichtungen dar. Aufgrund eines zunehmenden Begründungsdrucks ist Pflege darüber hinaus wesentlich stärker als bisher auf die Einbindung externer Evidenz im Rahmen des institutionsinternen sowie -externen Diskurs einzubinden. Grundsätzlich erleben wir aber einen gewandelten Umgang im Hinblick auf den Umgang mit Wissen. Dabei bleibt Pflegewissenschaft eine Praxisdisziplin und Stabsstellen sind an prominenter Stelle gefordert, Theorie und Praxis sinnhaft zu vernetzen.

Mehr als je zuvor ist Wissen und Wissenschaft in allen Bereichen unserer Gesellschaft Grundlage und Richtschnur menschlichen Handelns. Im Gesundheitswesen erleben wir, dass immer mehr Handlungskomplexe ohne eine wissenschaftliche Legitimation nicht mehr auskommen. Im medizinischen Diskurs hat die Wissenschaft als Quelle der Legitimation von Argumenten fast ein Monopol (vgl. Stehr 1994: 11). Wissenschaftliche Erkenntnis als Form des organisierten Wissens stellt dabei aber nur eine Säule des Wissens dar. Auf der anderen Seite haben wir es in der Praxis überwiegend mit anderen Formen des Wissens zu tun, z.B. der Erfahrung, der Intuition oder auch tradierten Wissensinhalten (Benner 1996). Kirkevold (2002: 28) benennt als Komponenten persönlicher Kompetenz Intuition, ethisches Wissen, praktisches Wissen, theoretisches Wissen, Erfahrung und Reflexion.

Durch die Akademisierung der Pflege gilt auch für Stabsstellen, dass der Graben zwischen dem „organisierten“ Wissen auf der einen und dem „tradierten“ Wissen auf der anderen Seite, die sogenannte Theorie-Praxis-Kluft eher zu- als abnimmt. Diese Entwicklung ist zu begreifen als ein notwendiger Bestandteil eines Prozesses, der langfristig zu einem sinnvollen Transfer wissenschaftlicher Erkenntnis in die Praxis führt (Schaeffer 2002). Theorie und Praxis müssen das Miteinander erst lernen und verstehen, welche strukturellen und prozessualen Vorgehensweisen positive bzw. negative Effekte auf die Zusammenarbeit mit sich bringen. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass Theorie und Praxis unterschiedlichen Logiken folgen. Während Praxis auf Problemlösung ausgerichtet ist, verfolgt Wissenschaft einen Ansatz, der bestehende Lösungen hinterfragt und relativiert (Axmacher 1991). Ob sich die beiden Welten verbinden lassen, wird dabei kontrovers diskutiert.

Stehr (a.a.O.) führt zu diesem Thema aus, dass wissenschaftliche Erkenntnis, die mittels Laborsituationen gewonnen wird, wie es in Experimenten häufig der Fall ist, unter weitgehender Suspendierung des Handlungsdrucks oder Handlungszwangs hergestellt wird. Eines der bedeutendsten Merkmale alltäglicher Handlungsräume, also der Pflegepraxis, ist dagegen gerade ein solcher Handlungsdruck, wie z.B. der Druck, sich für bestimmte Handlungsalternativen entscheiden zu müssen oder im Nachhinein einen abgelaufenen Handlungsablauf erklären zu müssen. Bordieu (1987: 165) geht sogar davon aus, dass eine theoretische Erfassung der Praxis notwendigerweise mit einer Verfälschung der „Wahrheit“ der Praxis einhergehen muss. Ihm zufolge ist das Eigentümliche der Praxis, dass sie eine theoretische Betrachtung gar nicht erst zulässt, denn die Wahrheit der Praxis besteht in ihrer Blindheit gegenüber der eigenen Wahrheit. Vielleicht ist hier ein Erklärungsansatz dafür gegeben, dass es der Pflege so schwer fällt, pflegetheoretische Grundlagen effektiv in die Praxis zu implementieren und so nutzbar zu machen.

In Bezug auf pflegewissenschaftliche Aktivitäten lässt sich sagen, dass wissenschaftliche „Rationalität“, wenn sie außerhalb der Wissenschaft, aber in den traditionellen Habitus der Rationalität eingebunden auftritt, etwa als Wissen des Experten bei der Entwicklung von Pflegecurricula oder der Entwicklung praktikabler Konzepte, sehr leicht zu Enttäuschungen führen kann, da sie die in der Öffentlichkeit an sie gestellten (oft von Wissenschaft produzierten) Erwartungen hinsichtlich Zuverlässigkeit oder Konsensus ihrer Vertreter nicht immer erfüllt. So dauert es in der Regel immer länger als alle Beteiligten sich das wünschen oder vorstellen, bevor fundierte Expertisen geschrieben oder Forschungsergebnisse zu häufig sehr spezifischen Fragestellungen vorliegen. Entscheidungen müssen aber häufig getroffen werden, bevor Ergebnisse vorliegen. Im Bezug auf das Evidenz-based Nursing Konzept (Behrens/Langer 2006) ist die Gefahr gegeben, dass das Konzept zu große Erwartungen weckt, da in zu vielen Bereichen des pflegerischen Alltags (wie im übrigen auch für weite Teile der Medizin) die wissenschaftliche Datenlage eher bescheiden ist.

Nach Gray (2001) lassen sich drei Ebenen einer evidenzbasierten Vorgehensweise unterscheiden, auf denen Forschung im Krankenhaus und somit auch Pflegeforschung aktiv sein muss:

- Wissenschaftliche Erkenntnisse herstellen
- Wissenschaftliche Ergebnisse verfügbar machen
- Wissenschaftliche Erkenntnisse in der Praxis anwenden

Evidence-based Nursing stellt als „missing-link“ (Thiel 2001) ein wichtiges Instrument für Stabsstellen dar, um ihre Arbeitsfelder konzeptionell zu strukturieren. Damit Evidence-based Nursing als Problemlösungsansatz in der Praxis funktionieren kann, braucht es horizontale Strukturen, um mit entsprechenden Kommunikationsstrukturen die Themen auf Stationsebene herunter zu brechen. Diskursfähigkeit und Kompetenzen in wissenschaftlichem Arbeiten braucht es demnach nicht nur bei Stabsstellen, sondern auch im Management und in auf den Stationen.

## 6. Beispiel einer Institutionalisierung: Stabsstelle für Psychiatrische Pflegeforschung an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel

Im Folgenden soll als Beispiel für eine klinische Institutionalisierung von Pflegewissenschaft auf ein Profil einer Stabsstelle eingegangen werden, welches in seiner Entwicklung von den klaren Vorstellungen der Institutionsleitung profitiert hat.

Nachdem an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel eine „Abteilung für Forschung, Qualitätssicherung und Dokumentation“ geschaffen wurde, entschied das Pflegemanagement im Jahr 2000, dass eine Stabsstelle zur Bearbeitung des Arbeitsfeldes „psychiatrische Pflegeforschung“ geschaffen werden sollte. Die psychiatrische Pflegeforschung sollte, auch aus berufspolitischen Gründen, nicht dem Leiter der Forschungsabteilung, also letztendlich dem Chefarzt, zugeordnet werden. Da die Stelle aus dem Pflegebudget finanziert wird, ist sie der Pflegedienstleitung unterstellt. Vor dem Hintergrund, dass psychiatrische Pflegeforschung in Deutschland bis heute in der akademischen Pflegewelt kaum existiert, galt es zunächst, im Rahmen von Aufbauarbeit das Feld zu erschließen. Hilfreich für diese Entwicklung war an dieser Stelle das klare Bekenntnis zur Forschung, verbunden mit einer festen Verankerung in der klinischen Arbeit („Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin“ (Kirkevold 2002).

Betrachtet man rückschauend, wie sich das Aufgabenprofil dieser Stelle in den vergangenen Jahren entwickelt hat, so fällt auf, dass auch hier zunächst die Frage nach dem (bedarfsgerechten bzw. zukunftsfähigen) Inhalt psychiatrischer Pflege stand. Als Ergebnis erschienen Aufsätze zur Rekonzeptionalisierung und Neuorientierung psychiatrischer Pflege (Schulz 2003, 2005), in welchen v.a. die Bedeutung von Chronizität sowie von Wissenschaft für die psychiatrische Pflege beleuchtet wurden („Wissenschaftliche Erkenntnisse herstellen“).

Darüber hinaus galt es mit Projekten wie Primary Nursing bzw. Bezugspflege, wissenschaftliche Erkenntnisse in der Praxis anzuwenden (Schulz, Krause 2003) und pflegerische Interventionen auf Wirksamkeitsbelege hin zu untersuchen. In Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst konnten so im Rahmen einer Übersichtsarbeit (Kunz et al 2004) und einer randomisiert-kontrollierten Studie (Kunz et al 2007) Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Akupunktur im Rahmen des körperlichen Entzuges bei alkoholkranken Menschen gesammelt werden. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Projekte mit Mitarbeitern aus dem ärztlichen Dienst häufig gute Ergebnisse abwerfen, was auf das gemeinsame Verständnis im Hinblick auf die Bearbeitung wissenschaftliche Fragestellungen zurückzuführen ist. Ein solcher Ansatz ist in der Pflege bisweilen trotz vorhandener Literatur (s.o.) noch nicht wirklich etabliert. Interdisziplinäre Projekte sind im gemeinsamen Interesse für gute Behandlungs- und Versorgungsqualität unbedingt zu fördern, erfordern aber Gleichberechtigung. Damit dies gut gelingt, muss vorher seitens der Pflege eine Klärung über den Inhalt von Pflege erfolgt sein. In der Frage Akupunktur war die pflegerische Relevanz deshalb gegeben, weil die Intervention von Pflegenden durchgeführt wird.

Mit einer randomisierten multizentrischen Studie zur Wirksamkeitsüberprüfung einer psychotherapeutischen Kurzintervention zur Verbesserung des adhärenenten Verhaltens, welche von psychiatrisch Pflegenden durchgeführt wird, läuft aktuell das aufwändigste (und über Drittmittel geförderte) Projekt seit Bestehen der psychiatrischen Pflegeforschung in Bethel (Schulz et al 2007).

Im Rahmen der so genannten Dreiländerkongresse für psychiatrische Pflege konnte in Kooperation mit Kollegen aus der Schweiz und aus Österreich ein wirksames Instrument geschaffen werden, um Wissen für die Berufsgruppe verfügbar zu machen (Schulz et al., 2004; Abderhalden, Needham, 2005; Stefan et al. 2006; Schulz et al. 2007). Um die positiven Erfahrungen dieses länderübergreifenden fachlichen Diskurses innerhalb der psychiatrischen Pflege auch unabhängig von den Kongressen zu fördern, wurde mit der „Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit“ eine frei verfügbare Internetzeitschrift geschaffen ([www.zppg.eu](http://www.zppg.eu)).

Die kurze Beschreibung macht deutlich, dass Forschung im vorliegenden Bereich als Arbeitsfeld im klinischen Bereich als Aufgabe einer Stabsstelle mit einem Fokus auf Diskursfähigkeit und externer Evidenz verankert werden konnte.

Nun stellt sich die Frage, ob es Aufgabe eines Krankenhauses ist, Pflegeforschung zu betreiben, und man weiß natürlich nicht, ob eine solche Stelle heute wieder geschaffen würde. Was hat eine Klinik davon, dass Forschungsprojekte durchgeführt werden und anschließend Publikationen in Journalen erscheinen, die von den Pflegenden auf der Station evtl. nicht gelesen werden, vielleicht sogar in englischer Sprache geschrieben sind? Wo profitiert ein Krankenhaus von nationalen und internationalen Netzwerken im Bereich der psychiatrischen Pflege?

In der Praxis hat sich gezeigt, dass die Arbeit an Forschungsprojekten im Praxisalltag immer auch Auswirkungen auf die Diskussionen über Arbeitsweisen auf der Station

hat. Gleichzeitig werden Forschungsfragen und Arbeitsfelder aus der Praxis heraus generiert und so ist die Relevanz der Fragestellung i.d.R. gegeben. Bisher gibt es jedenfalls aus Sicht der Verantwortlichen keinen Grund, diese Konzeption in Frage zu stellen.

## 7. Zusammenfassung und Ausblick

Die Einführungen von Stabsstellen in den letzten Jahren war ein notwendiger Schritt, um akademisierte Pflege den Eintritt in die Kliniken zu ermöglichen. Diese Sekundärstruktur wurde durch das Pflegemanagement, wie dargestellt unterschiedlich genutzt bzw. es haben sich Profile mit unterschiedlichen Schwerpunkten entwickelt.

Geht man davon aus, dass die beschriebenen Funktionen der Stabsstelle ein notwendiger Schritt auf dem Weg zu einer zukunftsfähigen und wirksamen Pflegepraxis darstellen, impliziert dies u.a. die Frage für das Pflegemanagement nach zukünftigen Organisationsstrukturen sowie der Einbindung akademisierter Pflegende, um das Ziel einer zukunftsfähigen Pflegepraxis zu erreichen. Der nun folgende Ausblick folgt der These, dass die Zukunft der akademisierten Pflege im Krankenhaus nicht in der Sekundärstruktur der Stabsstellen liegt.

Durch die dargestellte notwendige Gestaltung differenzierter Qualifikationsprofile in der krankenhausbezogenen Pflege gilt es, den Qualifikationsrahmen nach oben und nach unten zu öffnen.

Dies macht deutlich, dass die Schaffung dieser Strukturcharakteristika unmittelbaren Einfluss auf die zu erbringende Pflegequalität und die Wirksamkeit der erbrachten Pflege hat, was diese Frage als Kernaufgabe des Pflegemanagements ausweist.

Die Einführung und Durchführung von Pflegeinterventionen und deren Überprüfung finden im direkten Patientenkontakt statt und bedürfen von daher entsprechender Strukturen. Gut ausgebildete Pflegende werden mehr Verantwortung übernehmen sowie qualifiziertere Interventionen durchführen, während weniger qualifizierte Pflegende stärker mit verrichtungsorientierten Aufgaben betraut sein werden. Beispielhaft sei hier auf das Wundmanagement verwiesen, welches im angloamerikanischen Raum häufig an eine Qualifikation auf Masterniveau gekoppelt ist.

Advanced Nursing Practice ist eine weitere Möglichkeit, Qualifikationen sinnvoll einzusetzen (vgl. u.a. Spirig et al 2001; Spirig, De Guest 2004). Zutreffend beschreibt der DBFK im Fazit seiner Broschüre „Advanced Nursing Practice“ (2007):

*„Zusammenfassend ist festzustellen, dass Angehörige der Pflegefachberufe mit spezieller Expertise durch die Übernahme und Entwicklung von erweiterten Handlungsfeldern die medizinisch-pflegerische Versorgung der Bevölkerung maßgeblich verbessern können. Sowohl im Interesse der Patienten als auch unter Aspekten von Qualität und Kosteneffektivität ist eine optimale Ressourcenallokation und eine Ausweitung der Kooperation der Gesundheitsberufe anzustreben. Flache Teamstrukturen und eine Entkoppelung von funktionalen und hierarchischen Befugnissen sind hier erforderlich.“*

Es ist davon auszugehen, dass der Wettbewerbsmarkt der Krankenhäuser die beschriebenen Entwicklungen eher forcieren wird. Nach Abschluss der Konvergenzphase werden die Häuser wieder vermehrt Ressourcen in die Verbesserung des Produktes „Pflege und Behandlung“ investieren. Der unübersehbare Bedarf an professioneller pflegerischer Versorgung wird auch in den Krankenhäusern eine stärkere Differenzierung Qualifikationsprofile zur Folge haben. Aufgabe von Stabsstellen ist es auch, diese Entwicklung voranzutreiben.

### Literatur

- Axmacher, D. (1991): Pflegewissenschaft – Heimatverlust der Krankenpflege? In: Rabe Kleberg, U.; Krüger, H.; Karsten, M.; Bals, T. (Hrsg.): Pro Person: Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung. Bielefeld: Karin Böllert KT Verlag. 120-138
- Adler, R./Neubauer, A. (2002): Stab oder Matrix? Organisationssoziologische Überlegungen und empirische Befunde zum Wandel der Aufbauorganisation des Qualitätsmanagements in der Krankenpflege. In: Pflege und Gesellschaft 1-02, 26-36
- Behrens, J./Langer, G. (2006): Evidence-based Nursing und Caring. Bern: Huber Verlag
- Benner, P./Tanner, T.A./Chesla, C.A. (1996): Pflegeexperten – Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Verlag Hans Huber: Bern
- Bourdieu, P. (1987): Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- DBFK (2007): Advanced Nursing Practice: die Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland
- Dorgerloh, S./Schulz, M. (2007): Adherence Therapie - Neues Berufs- und Arbeitsfeld psychiatrisch Pflegenden? In: Schulz, M./Abdheralden, C./Needham, I./Schoppmann, S./Stefan, H. (Hrsg.): Kompetenz - Zwischen Qualifikation und Verantwortung - Vorträge und Posterpräsentationen des 4. Dreiländerkongresses in Bielefeld-Bethel. Unterostendorf: IBICURA-Verlag, 129-131
- Fayol, H. (1929): Allgemeine und industrielle Verwaltung. München
- Gensch, K.S. (2004): Berufseinstieg und Arbeitsmarktchancen von Absolventen der Pflegestudiengänge. Beiträge zur Hochschulforschung, Heft 1, 26. Jahrgang
- Gray, J.A.M. (2001): Evidence-based healthcare - How to make Health Policy and Management Decisions. Edinburgh: Second Edition, Churchill Livingstone
- Grossmann, R./Scala, K. (2002): Krankenhäuser als Organisation steuern und entwickeln. In: Grossmann, R. Scala, K. (Hrsg.): Intelligentes Krankenhaus - Innovative Beispiele der Organisationsentwicklung in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Berlin: Springer, 12-31
- Hamric, A.B./Spross, J.A./Hanson, C.M. (2000): Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Haubrock, M./Schär, W. (Hrsg.) (2002): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Huber, Y. (2004): Wirksame Pflegepraxis – eine Herausforderung für die Führung: Ein Erfahrungsbericht der Pflegedienstleitung des Kinderspitals Zürich. In: Pflege 17, 270-275
- Hill, W./Fehlbaum, R./Ulrich P. (1989): Organisationslehre 1, 4. Auflage, München
- Krikevold, M. (2002): Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin. Verlag Hans Huber, Bern.
- Kunz, S./Schulz, M./Syrbe, G./Driessen, M. (2004): Ohrakupunktur in der Therapie alkohol- und substanzbezogener Störungen – eine Metaanalyse. In: Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis 3-04, 196-203
- Kunz, S./Schulz, M./Levitzi, M./Driessen, M./Rau, H. (2007): Ear-acupuncture for alcohol withdrawal in comparison to aromatherapy: a randomized-controlled trial. In: Alcohol - experimental and clinical research 31(3), 436-42
- Löhr, M. (2006): Analyse von Sturzereignissen und daraus resultierende Interventionsplanung in der Gerontopsychiatrie. In: Needham, I./Schoppmann, S./Schulz, M./Stefan, H. (Hrsg.): Wissen schafft

- Pflege - Pflege schafft Wissen: Psychiatrische Pflege als Praxis und Wissenschaft. Unterostendorf: IBICURA-Verlag, 24-27
- Meyer, G./Berg, A./Köpke, S./Fleischer S./Reif, K./Wylegalla, C./Behrens, J. (2006): Chancen für die Qualitätsentwicklung nutzen – kritische Stellungnahme zu den Expertenstandards in der Pflege. *Pflegezeitschrift* (1) 34-38
- Moers, M. (2004): Management, Wissenschaft und Praxis der Pflege – ein magisches Dreieck? In: *Die Schwester/Der Pfleger* 3, 201-204
- Schaeffer, D. (1998): Neugestaltung der Pflege: Innovations- und Professionalisierungschancen in einem sich ökonomisierenden Gesundheitswesen. In: *Pflege und Gesellschaft* 4, 6-10
- Schaeffer, D. (2002): Pflegeforschung: aktuelle Entwicklungstendenzen und -herausforderungen. *Pflege und Gesundheit*, (3), S. 73-79
- Schulz, M. (2003): Rekonzeptionalisierung als wesentliches Element einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Pflege. *Pflege und Gesellschaft* 4, 133-160
- Schulz M. (2005): Neuorientierung und Paradigmenwechsel: Psychiatrische Pflege im Umbruch. *Psych Pflege* 2005; 11; Nr. 5; S. 256-263
- Schulz, M./Dorgerloh, S./Ratzka S./Gray, R./Behrens, J.(2007): Therapeutische Interventionen zur Beeinflussung der Adherence chronisch Kranker – Ureigenste Domäne professionellen pflegerischen Handelns. *PADUA – die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik*, 2007 (3): 44-49
- Schulz, M./Krause, P. (2003): Zwischen Bezugspflege und Primary Nursing – auf dem Weg zu einer evidenzbasierten und personenzentrierten Pflegeorganisationsform. In: *Psych Pflege* 8, 242-248
- Schulz, M. (2005): Adherencetherapie als eine Intervention für psychiatrisch Pflegenden. In: *Abderhalden, C./Needham, I. (Hrsg.): Psychiatrische Pflege - verschiedene Settings, Partner, Populationen.* Unterostendorf: IBICURA-Verlag, 108-115
- Seidel, Elisabeth (2004): *Advanced Nursing Practice*. In: *Österreichische Pflegezeitschrift* 3, 20-23
- Spichiger, E./Kesselring, A./Spirig, R./De Geest, S. (2006) : Professionelle Pflege - Entwicklung und Inhalte einer Definition. In: *Pflege* 19, 45-51
- Spirig, R./Petry, H./Kesselring, A./De Geest, S. (2001): Visionen und Perspektiven für die Zukunft: Die Pflege als Beruf im Gesundheitswesen der Deutschschweiz. In: *Pflege* 14 (3), 141-151
- Spirig, R./De Geest, S. (2004): „Advanced Nursing Practice“ lohnt sich! In: *Pflege* 17 (4), 233-236
- Stehr, N. (1994): *Arbeit, Eigentum und Wissen - Zur Theorie von Wissensgesellschaften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Thiel, V./Steger, K.-U./Josten, C./Schemmer, E. (2001): Evidence-based Nursing - missing link zwischen Forschung und Praxis. In: *Pflege* 14, 267-276
- Internetquellen:  
<<http://www.dnqp.de>> [Stand: 2007-12-12]
- Hirschfeld, M. J. (2005): Was bringt uns die Pflegewissenschaft – was bringen wir der Pflegewissenschaft aus der Praxis. Vortrag im Rahmen des 16. Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegekongress 2005  
<[http://www.oegkv.at/uploads/media/Hirschfeld\\_01.pdf](http://www.oegkv.at/uploads/media/Hirschfeld_01.pdf)> [Stand: 2007-12-12]
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2007.  
<<http://www.svr-gesundheit.de>> [Stand: 2007-12-12]
- Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit*  
<<http://www.zppg.eu>> [Stand: 2007-12-12]

*Michael Schulz*<sup>1</sup>, *Sebastian Dorgerloh*<sup>1</sup>, *Michael Löhr*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>: Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

<sup>2</sup>: LWL-Klinik Gütersloh

Korrespondenzadresse:

Dr. rer. medic. Michael Schulz

Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel

Remterweg 69/71, 33617 Bielefeld, [Michael.Schulz@evkb.de](mailto:Michael.Schulz@evkb.de)