

Die Entwicklung professioneller Pflegepraxis als Aufgabe der Pflegewissenschaft*

Martin Moers

Bevor die hierzulande – international betrachtet – mit Verspätung entstehende Pflegewissenschaft auf sich ändernde Rahmenbedingungen reagieren kann, tut zunächst eine Standortbestimmung not, um die Richtung der angestrebten Professionalisierung erfassen und mit den (bescheidenen) Mitteln der Wissenschaft bearbeiten zu können. Ebenso liefert erst diese Standortbestimmung eine Folie zur Auseinandersetzung mit der hiesigen Gesundheitswissenschaft (New Public Health).

Übersicht

- Professionalisierung – zwei ausländische Beispiele und die hiesige Situation
- Anforderungen an ein professionelles Aufgabenprofil
- Stand der Wissenschaftsentwicklung
- Schlußbemerkung

Professionalisierung – zwei ausländische Beispiele und die hiesige Situation

Zur Frage professionellen Handelns in der Pflege erscheint es sinnvoll, die Praxis eines weitgehend professionalisierten Zweiges der Pflege mit entsprechend entwickelter Pflegewissenschaft anzuschauen. Dazu bieten sich USA und Großbritannien an. Ein Blick in diese Länder zeigt, daß auch dort nicht alles, was Pflegekräfte tun, genuin pflegerisch ist.

USA

Patricia Benners Arbeit über die Entwicklung von Expertentum in der Pflegepraxis, die auf empirischen Untersuchungen vom Anfang der 80er Jahre beruht, bietet auch noch heute wertvolle Einsichten in die Frage, was Pflegekräfte in der Praxis faktisch tun (Benner 1984). Angesichts des Professionalisierungsvorsprunges der USA dürften diese Aus-

sagen durchaus Relevanz für die hiesige Pflegepraxis besitzen.

Benner gelangt am Ende ihrer empirischen Studie, die in Akutkrankenhäusern durchgeführt wurde, zu einer Liste von 31 aktuell angetroffenen unterschiedlichen Kompetenzen von Pflegekräften – eine Liste, die sie selbst als etwas schrullig bezeichnet, da sie so unsystematisch wirkt. Ihre Stärke liegt aber gerade darin, daß nicht normativ betrachtet wird, was Pflegekräfte tun sollen, sondern, was sie faktisch tun. Und das kann sehr verschieden voneinander sein. Benner faßt die 31 Kompetenzen in 7 Hauptbereiche zusammen:

- *die helfende Rolle* (eine heilungsförderliche Umgebung schaffen, Leiden lindern und Trösten, Begleiten, den Patienten am Genesungsprozeß beteiligen, Schmerzbekämpfungsstrategien entwickeln, Angehörige unterstützen, Transitionen begleiten, Optionen eröffnen)
- *die edukativ-anleitende Funktion* (Lernsituationen erkennen und schaffen, Patienten helfen, die Folgen ihrer Erkrankung in ihre Lebensweisen zu integrieren, Interpretationen des Patienten verstehen und ebenso für ihn verständliche Interpretationen für Maßnahmen anbieten sowie tabuisierte Aspekte von Erkrankungen zugänglich machen)
- *diagnostische und überwachende Funktion* (Krankenbeobachtung, Vorhersehen von Belastungen, Krisen und Pflegebedarf des Patienten,

die Fähigkeit des Patienten einschätzen, auf Behandlungsstrategien zu reagieren)

- *effektiver Umgang mit sich schnell verändernden Situationen* (Beherrschung der Reanimationstechnik und Umgang mit Notfallsituationen, Durchführung medizinischer Maßnahmen bis zum Eintreffen des Arztes)
- *Durchführung und Überwachung therapeutischer Maßnahmen* (i.v.-Infusionen, Medikamentengabe, Prophylaxen, Wundbehandlung)
- *Qualitätssicherung und Überwachung des Versorgungshandelns* (Kontrolle unerfahrener Ärzte, Durchführen notwendiger und/oder ungefährlicher Änderungen im Behandlungsplan, Beschaffung der nötigen ärztlichen Anordnungen)
- *arbeitsorganisatorische Kompetenzen* (Prioritäten setzen, das therapeutische Team bilden, mit Personalmangel und raschem Personalwechsel umgehen)

Bei grober Beschreibung der Inhalte dieser Bereiche wird man die beiden ersten unschwer als pflegerische Kompetenzen identifizieren. Die nächsten vier Bereiche beziehen sich im Kern auf medizinische oder medizinnahe Kompetenzen und der letzte auf Management-Kompetenzen. Professionelle Praxis bezieht sich in den USA also vielfach nicht auf den Inhalt, sondern auf den Grad der Selbständigkeit bei der Ausübung einer

* Vortrag auf der Tagung: „Die Neugestaltung der Pflege: Zwischen Innovation und Rationierung. Auftrag für die Pflegewissenschaft. Auftrag für die Gesundheitswissenschaften“ am 20./21. Oktober 1997 veranstaltet vom Deutschen Verband für Gesundheitswissenschaften (DVGE) und dem Deutschen Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung.

Tätigkeit. Dieses Ergebnis reflektiert natürlich auch den Ort der Untersuchung, das Akutkrankenhaus, und ein gegenüber dem unseren weit in den medizinischen Bereich hinein erweitertes Pflegeverständnis. Auf die pflegerischen Kompetenzen und ihr Verhältnis zu medizinischen und anderen Kompetenzen werde ich bei dem Punkt "Handlungs- und Berufsprofil" zurückkommen.

Großbritannien

Karin Haug (1995) kommt in ihrer historisch-berufspolitisch angelegten Studie zu dem Ergebnis, daß sich die britische Krankenpflege in ihrer Professionalisierungsstrategie weniger auf Übernahme ärztlicher Tätigkeiten stützt (vertikale Strategie), sondern mehr auf die eigenständige Übernahme solcher Tätigkeiten, die „von den Ärzten als lästige Routinetätigkeit oder als uninteressantes Betätigungsfeld verstanden werden und ... die aufgrund neuerer Entwicklungen (Chronifizierung der Krankheitsbilder, neue Behandlungsformen etc.) von Pflegekräften erst entwickelt wurden.“ (Haug 1995: 31). Diese „horizontale“ Professionalisierungsstrategie bezieht sich auf Aufgabenfelder wie Schmerzmanagement, Mobilisation, Brustkrebsvorsorge, Diabetesberatung sowie Arbeit am Körperbild nach eingreifenden Operationen oder Verletzungsfolgen (Body Image: Kosmetik, Prothetik; Price 1990). Entscheidend ist für britische Pflegekräfte der hohe Grad an Selbständigkeit, mit dem sie diese Aufgaben ausführen können.

Das Bemühen um Selbständigkeit teilen sie mit ihren amerikanischen Kollegen. Unterschiedlich sind die Gegenstandsbereiche, auf die sich die Selbständigkeit bezieht. In den USA werden im Zuge des Professionalisierungsprozesses gesamte Bereiche der Versorgung von der Pflege reklamiert. Im Zusammenhang mit der (vorläufig gescheiterten) Reform des Gesundheitswesens durch die Clinton-Administration war vom amerikanischen Berufsverband der Pflege angestrebt, die gesamte – auch die medizinische – Grundversorgung (primary care) als pflegerische Aufgabe zu definieren (ANA 1995). In Großbritannien zielt die Entwicklung

hingegen vornehmlich auf begrenzte Aufgabengebiete. Diese Strategie manifestiert sich auch in einer Zunahme entsprechender Ausbildungen, wie beispielsweise dem „Master in Oncological Nursing“. Als Professionalisierungsstrategie ist das folgenreich, denn professionalisiert werden nicht die allgemeine Pflegepraxis, sondern Spezialisierungen, die häufig den Charakter von Nischen haben. Auch für die Entwicklung der Pflegewissenschaft ist dies schwierig, da nicht die klinische Praxis als Ganzes, sondern die jeweilige Spezialisierung als Weg zur vollgültigen akademischen Stufe, dem Master-Abschluß, gesehen wird.

George Castledine (1997) kritisiert dieses Konzept und verlangt eine Ausrichtung am Konzept der Advanced Nursing Practice. Die Merkmale der fortgeschrittenen Expertise sind dabei klinische Expertise, Ausbildungs-, Forschungs-, Führungs- und Beratungskompetenz (Castledine 1997: 270). Castledine warnt vor den Folgen einer ausufernden Spezialisierung, namentlich der mangelnden Professionalisierung des gesamten Berufes.

Faßt man die Erfahrung mit den Professionalisierungsstrategien der USA und Großbritanniens zusammen, so lassen sich zwei Linien erkennen. In den USA überwiegt eine „vertikale“ Strategie mit der Übernahme insbesondere vormals medizinisch definierter Aufgaben, auch als „extended and expanded role“ bezeichnet. Nebenbei bemerkt gibt es dazu seit einiger Zeit Korrekturversuche, die man als pflegewissenschaftliche Wende bezeichnen kann, mit der beabsichtigt ist, genuin pflegerische Inhalte in den Vordergrund professioneller Rollen zu stellen. In Großbritannien kann man hingegen eine „horizontale“ Strategie erkennen, in der eher neue oder von der Medizin vernachlässigte Felder gesucht werden. Wie sieht demgegenüber die hiesige Situation aus? Schauen wir uns zunächst die Qualifikationsmöglichkeiten an.

Die Grundausbildung ist im wesentlichen seit Jahrzehnten unverändert und entspricht noch immer – trotz inzwischen verbreiteter Mentorenmodelle – weitgehend einem

Lehrlingsmodell (lernen durch mitlaufen). Die Weiterbildungslandschaft beginnt sich hingegen zu ändern. Davon zunächst unbetroffen ist die größte an der Praxis orientierte Weiterbildung, die zur Anästhesie und Intensivpflege. Sie ist weitgehend an entsprechende medizinische Spezialisierungen angelehnt und wird häufig als betriebsinterne berufsbegleitende Weiterbildung betrieben. Komplementär zu den klassischen Weiterbildungen zu Leitung und Lehre haben sich seit nunmehr sechs Jahren zahlreiche Studiengänge an Fachhochschulen und Universitäten etabliert, so daß hier eine Anhebung des Qualifikationsniveaus zu verzeichnen ist.

In der Pflegepraxis ist hingegen eine gegenläufige Bewegung zu verzeichnen. Es ist ein Trend zu beobachten, komplexe Tätigkeiten aus den allgemeinen Pflegeaufgaben auszugliedern, wie beispielweise das pflegerische Entlassungsmanagement. Damit wird eine Entwicklung weitergeführt, die folgenreich sein kann. Spezialisierungen wie in Großbritannien können im Extremfall auch zur Ausgliederung von Tätigkeitsfeldern aus dem Pflegeberuf führen – eine Entwicklung, die hierzulande ungebrochen ist und geradezu ein Anti-Professionalisierungsprogramm darstellt. Wenn alle komplexen Tätigkeiten zu eigenen Berufsbildern führen, wird Pflege auf die Versorgung von körperlichen Grundfunktionen reduziert, womit wir zu dem 'warm-satt-und-sauber' Konzept von Pflege zurückgekehrt wären, das keinerlei Spielraum für die Entwicklung eines professionellen Profils der Pflegepraxis enthält. Diese Entwicklung wird im Moment durch zwei Faktoren bestärkt:

- Das Pflegeversicherungsgesetz hat zwar erstmals einen von der Medizin weitgehend unabhängigen Pflegeauftrag definiert, zugleich aber diesen Auftrag durch die abschließende Aufzählung ausschließlich körperbezogener Pflegeleistungen unerträglich reduziert, zu deren Durchführung keine spezifische Qualifikation verlangt wird. Faktisch wird die Pflegepraxis damit dequalifiziert.
- Die Welle der Ökonomisierung und nachfolgenden Rationierung

verleitet das Management der Institutionen der Gesundheitsversorgung dazu, die in den achtziger Jahren konzeptionell überwunden geglaubte Segmentierung pflegerischer Arbeit nach tayloristischem Vorbild wieder verstärkt einzusetzen, um Leistungen effizient zu erbringen. Dazu gehört – insbesondere in Pflegeeinrichtungen – der vermehrte Einsatz von geringfügig qualifiziertem Personal und die Reduzierung des Gesamtpersonalbestandes. Der Preis dafür ist ein niedriges Niveau an erbrachter Qualität.

Zur Zeit, sechs Jahre nach dem Beginn der Akademisierung der Pflege, zeigt sich das Bild der Professionalisierung also nicht eben günstig. Grob gesagt kann man von einer gegenläufigen Entwicklung sprechen: einer Anhebung des Qualifikationsniveaus steht eine Dequalifizierung weiterer Teile der Pflegepraxis gegenüber. Betroffen sind davon besonders die Bereiche, in denen zukünftig verstärkt pflegerische Aufgaben liegen: Altenarbeit, chronisch Kranke, gerade auch chronisch psychisch Kranke, sowie gemeinwesen- und lebensweltorientierte Arbeit.

Gleichwohl liegt in der begonnenen Entwicklung der Pflegewissenschaft eine Chance. Zunächst gilt es, den Pflegebedarf zu konstatieren und dabei kann Public Health erhebliche Hilfestellung leisten. Im Anschluß daran ist ein entsprechendes Berufsprofil zu entwickeln, das es zugleich in der Praxis umzusetzen gilt – der sicherlich schwierigere Teil der Aufgabe. Auch hier liegt die positive Entwicklung darin, daß mit der nunmehr steil zunehmenden Zahl von AbsolventInnen der Pflegestudiengänge ein Potential an *change agents* zur Verfügung steht, daß seiner Nutzung harret. Symptomatisch für die defensive Position der Krankenhäuser ist, daß die ersten Absolventen der Studiengänge überproportional im außerstationären Bereich arbeiten – womit nur ein allererster Trend angedeutet ist, da die Zahl der Absolventen noch unter 100 liegt. Im folgenden werde ich mich ausschließlich mit der konzeptionellen Seite, der Entwicklung eines professionellen Aufgabenprofils, beschäftigen.

Anforderungen an ein professionelles Aufgabenprofil

Für die Entwicklung einer professionellen Pflege ist die Klärung des Aufgabenprofils wesentlich. Eigenständige Übernahme bislang als medizinisch definierter Tätigkeiten kann professionspolitisch sinnvoll sein, die grundlegende Frage der eigenständigen Wissensbasis klärt es nicht. Kern dieser Klärung ist die Frage nach dem eigenständigen Beitrag der Pflege zur Gesundheit.

Dazu ein kurzer Blick auf den Bedarf an Pflege und Betreuung. Die Analysen sind seit Jahren eindeutig und zeigen auf einen qualitativ und quantitativ steigenden Bedarf. Die epidemiologischen Analysen der Gesundheitswissenschaften können bei der Bedarfsanalyse sehr hilfreich sein, wenn sie die Dimension des Pflegebedarfs in ihre Erhebungen sowie die Gesundheitsberichterstattung einbeziehen, was keineswegs immer der Fall ist. Mit der Zunahme von Alter und chronischen Krankheiten wächst insbesondere der Bedarf an nicht-medizinischen Gesundheitsleistungen. Daran trägt die Medizin mit ihren therapeutischen Fortschritten und der Technisierung einen nicht unerheblichen Anteil: Chronische Krankheiten sind nicht heilbar, aber werden in steigendem Maße behandelbar. Viele chronisch Kranke leben entsprechend länger – man denke nur an Aids-Patienten, aber auch eine Gruppe wie die Mukoviszidose-Kranken, die nun vielfach das Erwachsenenalter erreichen – aber sie leben mit Behandlungs- und Betreuungsbedarf (Dialyse-, Transplantationspatienten usw., die Liste ließe sich leicht verlängern). Der Umgang mit technischen Apparaten und die Anleitung der Patienten zum sicheren Umgang mit diesen fällt oft den Pflegekräften zu. Zugleich soll mehr Versorgung im ambulanten Bereich stattfinden und auch damit erhöht sich der Bedarf an Pflege.

Welcher Bedarf an pflegerischer Betreuung entsteht aus den vorliegenden Befunden? Die Pflege muß mit langfristigen Betreuungsverläufen rechnen und kann nicht an der weitgehend illusionären Vorstellung einer kurzfristigen Intervention festhalten. Bereits heute ist beispielsweise die

ambulante Pflege von langandauernden Pflegesituationen gekennzeichnet. Notwendig ist also ein Perspektivenwechsel von den kurzen Episoden akuter Krankheit zur Beachtung des gesamten Krankheits- und Versorgungsverlaufs. Das bedeutet, daß der Anpassung an das Leben mit der Krankheit und den entsprechend notwendigen Korrekturen des Alltagsmanagements Beachtung geschenkt wird. Pflegeinterventionen zielen also nicht nur auf die Folgen der Krankheit, sondern gerade auch auf das gesundheitliche Wohlbefinden des Patienten. Es geht also nicht primär um die Krankheit, sondern um das Kranksein und das Leben mit Krankheitsphänomenen und -folgen.

Der Verlauf chronischer Erkrankungen läßt unterschiedliche Phasen und Stadien erkennen, die von Strauss und Corbin (Corbin/Strauss 1991) Trajekte genannt werden. Diese gilt es, in Pflegesituationen zu beachten. Pflegeeinsätze müssen frühzeitig beginnen, um den Aufbau einer tragfähigen pflegerischen Beziehung und eine Beobachtung des Verlaufs der Krankheit und des Umgangs des Patienten mit der Krankheit zu ermöglichen. Im weiteren Verlauf ändert sich der Betreuungsbedarf und entsprechend muß an Gabelungspunkten dafür gesorgt werden, daß eine begonnene Abwärtsentwicklung durch Mobilisierung entsprechender medizinischer oder anderer therapeutischer sowie sozialer Hilfen gestoppt oder gemildert wird. Kommt es zu weiteren bleibenden Einschränkungen, was bei den meisten chronischen Krankheiten langfristig unausweichlich ist und lediglich verzögert und gemildert werden kann, dann muß der Patient auf entsprechende Transitionen vorbereitet werden, und auch die Helfer müssen ihre Hilfeleistungen anpassen. Eventuell wird sogar ein Wechsel der Versorgungsart notwendig, z.B. eine vorübergehende stationäre Aufnahme in ein Akutkrankenhaus. Dazu muß eine Menge Versorgungsmanagement geleistet werden, um die notwendigen Transfers, Kommunikationen und Kooperationen zu regeln. Genauso müssen entsprechend der Phasen und Stadien der Erkrankung die Pflegestrategien geändert werden. Gesundheitsfördernde, aktivierende, rehabilitative, erhal-

tende und begleitende Pflegeziele verlangen unterschiedliche Konzepte und Interventionen (Schaeffer/Moers 1995).

Ein weiteres Beispiel, das hier nur noch angedeutet werden kann, betrifft die Aufgaben einer professionellen Pflege im komplexer werdenden Akutkrankenhaus. Je mehr sich die Krankenhäuser in Zentren für Diagnose und Therapie verwandeln, desto mehr kommen auf Pflegekräfte Aufgaben zu wie Informieren des Patienten, Begleiten, Hilfe bei der Entscheidungsfindung, Verhandlung im interdisziplinären Team über die Grenzen der Belastbarkeit des Patienten durch geplante Eingriffe usw. Viele dieser Aufgaben beinhalten ein anwaltschaftliches Eintreten für den Patienten, der als Laie im Krankenhaus mit vielen Entscheidungen, die er dennoch treffen muß, überfordert ist, da er die Tragweite seiner Entscheidungen oft nicht ermessen kann.

Betrachten wir nun die Rollen und Funktionen professioneller Pflegekräfte. Welche Aufgaben nehmen sie gegenüber den Patienten und ihren Angehörigen wahr? Wenn wir uns Benners Bereiche pflegerischen Handelns anschauen, so sind es insbesondere die ersten beiden, die helfende Rolle und die edukativ-anleitende Funktion, in denen sich fast alle der für die angeführten Aufgaben benötigten Kompetenzen wiederfinden:

Die helfende Rolle

- eine heilungsförderliche Umgebung schaffen,
- Leiden lindern und Trösten,
- Begleiten,
- den Patienten am Genesungsprozeß beteiligen,
- Schmerzbeämpfungsstrategien entwickeln,
- Angehörige unterstützen,
- Transitionen begleiten,
- Optionen eröffnen.

Die edukativ-anleitende Funktion

- Lernsituationen erkennen und schaffen,
- Patienten helfen, die Folgen ihrer Erkrankung in ihre Lebensweisen zu integrieren,
- Interpretationen des Patienten verstehen und ebenso für ihn verständliche Interpretationen für Maßnahmen anbieten sowie
- tabuisierte Aspekte von Erkrankungen zugänglich machen

Betonen möchte ich einen weiteren Bereich, der in Benners Analysen nur implizit enthalten ist, den Bereich der Versorgungsgestaltung. Aufgaben der Integration und Kooperation, der Schnittstellenarbeit und der Fallbetreuung über zum Teil lange Zeitverläufe sind damit gemeint.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben bedarf es einer professionellen Kompetenz, die in der hiesigen Pflege weit unterentwickelt ist, ich meine die Kompetenz, Entscheidungen zu treffen. Entscheidungen, die mit den Patienten und in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Institutionen vertreten werden müssen und über die es zu verhandeln gilt, um unterschiedliche Sichtweisen auf ein Problem zusammenzubringen. Bis zur Erreichung einer solchen beruflichen Rolle ist es noch ein weiter Weg, denn Entscheidungsfindungsprozesse verlangen mehr Wissen und Bereitschaft, die Folgen seines Handelns zu vertreten, als es bislang in der bundesdeutschen Pflege üblich ist. Allein schon die Schwierigkeiten, ein ganz basales Modell der Systematisierung pflegerischen Handelns, das Pflegeprozeßmodell, in der Praxis umzusetzen, sprechen da eine deutliche Sprache. Den verbreiteten Defiziten bei der Formulierung von Pflegezielen und der Evaluierung von Maßnahmen entsprechen Defizite bei der Entscheidungsfindung.

Ein Abbau wird auch aus einem anderen Grunde zunehmend gefordert. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens soll unter anderem durch eine Verschlankeung des Managements erreicht werden. Das bedeutet, daß Managementaufgaben und die entsprechende Entscheidungskompetenz auf niedrigere Ebenen verlagert werden. Im Zuge solcher Veränderungen werden leitende Pflegekräfte auf Stations- und Abteilungsebene erheblich mehr mit der Notwendigkeit eigenständiger Entscheidungen konfrontiert als bisher. Voraussetzung dafür ist allerdings, daß der Berufsgruppe der Pflegekräfte bei anstehenden Organisationsentwicklungen genügend Bedeutung zuerkannt wird. Der Teufelskreis besteht oft darin, daß die mangelnde Sichtbarkeit pflegerischen Handelns die Nicht-Berücksichtigung bei Entscheidungsprozessen verfestigt.

Zur Entscheidungskompetenz werden in der Regel drei Faktoren gerechnet: Erfahrung, Wissen und intra- sowie interpersonale Faktoren (z.B. Aufmerksamkeit oder Kommunikationsvermögen; Hamers et al. 1993). Die Schaffung einer *systematischen* Wissensbasis ist eine notwendige Voraussetzung dafür, daß Pflegekräfte nicht nur zufällig oder nach subjektivem Empfinden Entscheidungen treffen, sondern eine regelrechte Expertise erwerben. Diese bei uns noch nicht ausgebildete systematische Wissensbasis, die, nebenbei gesagt, auch Voraussetzung für Benners Begriff der Intuition ist, macht die Entwicklung von Pflegewissenschaft nötig.

Stand der Wissenschaftsentwicklung

Abschließend möchte ich daher darauf eingehen, wie die Pflegewissenschaft zur Entwicklung entsprechender professioneller Kompetenzen beitragen kann und welche Probleme sich ihr dabei auf institutioneller und wissenschaftlicher Ebene stellen. Die Qualifikation von Pflegekräften steht im Spannungsfeld von genuin pflegerischen Aufgaben und den zur faktischen Berufsausübung notwendigen Kompetenzen. Ein Fazit des oben Gesagten ist dabei, daß es nicht genügt, für die etablierten Funktionen in Lehre und Leitung zu qualifizieren, sondern daß pflegewissenschaftliche Kompetenz gerade auch auf die Aufgaben der Pflegepraxis gerichtet wird und entsprechende Studiengänge für Pflegeexperten geschaffen werden. Derartige Entwicklungen gibt es zur Zeit an der Fachhochschule Osnabrück und den hessischen Pflegestudiengängen sowie in Bochum.

Der Pflegewissenschaft stellt sich die doppelte Aufgabe der Vermittlung notwendiger Kompetenzen für eine qualifizierte Praxis und der Arbeit an der Entwicklung der Wissenschaft selbst, der Forschungs- und Theoriearbeit. Gerade der zweite Punkt läßt neben einer Etablierung der Pflege an den Fachhochschulen eine Einbindung der Universitäten in die Entwicklung der Pflegewissenschaft als dringlich erscheinen.

Dazu ein kurzer Blick zurück: Die pflegewissenschaftliche Entwicklung

in den 90er Jahren ist angesichts vor-hergehender Reformresistenz erstaunlich. In Sachen Pflegewissenschaft war Deutschland bis in die jüngste Vergangenheit als Entwicklungsland einzustufen. In einem fünfjährigen Gründungsboom sind nun circa 40 Pflegestudiengänge entstanden, zumeist an Fachhochschulen. Ziel aller bisherigen Studiengänge ist, wissenschaftlich qualifizierte Experten für unterschiedliche Funktionen der beruflichen Praxis auszubilden. Die Fachhochschulen sind für derartige Aufgaben ausdrücklich konzipiert. Der deutliche Lehrauftrag und die explizite Verantwortung zur berufsbezogenen wissenschaftlichen Ausbildung, die sich in einer verhältnismäßig kleinen Zahl von Studenten pro Hochschullehrer einerseits sowie einer hohen Lehrverpflichtung andererseits ausdrücken, hat allerdings zur Folge, daß Fragen der Wissenschaftsentwicklung, also der Forschung und der Theoriebildung selbst, nur in geringerem Umfang angegangen werden können, obwohl in letzter Zeit auch hier erfreuliche Aktivitäten zu verzeichnen sind. Hinzu kommt die Tatsache, daß zur Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses auf Promotions- und Habilitationsniveau ausschließlich die Universitäten berechtigt sind. Aus diesem Grund gilt es, die eingeschlagene Entwicklung zu vollenden und Pflegewissenschaft und -forschung an den Universitäten zu verankern. So erfreulich die ersten Schritte dazu in Bielefeld bei den Gesundheitswissenschaftlern auch sind: Sie werden Stückwerk bleiben, wenn es nicht entsprechende Postgraduiertenprogramme für Pflegewissenschaft geben wird.

Konsequenterweise stellt sich mit dem Fortgang ihrer Institutionalisierung zunehmend die Frage nach dem Verhältnis der Pflegewissenschaft zur Praxis. Angesichts des oben beschriebenen Berufs- und Anforderungsprofils kann es nur darum gehen, die Praxisprobleme vor Augen zu haben und von diesen ausgehend die Wissenschaftsentwicklung zu betreiben. Das gilt für Forschung, Theoriebildung und Ausrichtung der Studiengänge gleichermaßen. Dabei sehe ich im übrigen keineswegs eine Konkurrenz zwischen Universitäten und Fachhochschulen, sondern vielmehr zahlreiche gemeinsame Aufgaben.

Schlußbemerkung

Ein wesentlicher Auftrag für die Pflegewissenschaft bei der Neugestaltung des Gesundheitswesens ist es, zunächst einmal überhaupt erst zur Ausprägung professioneller pflegerischer Rollen in der Pflegepraxis beizutragen. In diesem Kontext ist eine entsprechende Aufgabe – und damit eine Anforderung an Public Health aus der Sicht der Pflege – bei der vielbeschwoeren Systemgestaltung im Gesundheitswesen einer erweiterten Rolle und Bedeutung der Pflege angesichts steigenden Pflegebedarfs Rechnung zu tragen und Gesundheitsberichterstattung sowie Konzepte zur Versorgungsgestaltung entsprechend zu erweitern.

Die Umsetzung professioneller Pflege in die Praxis ist im sozial- und gesundheitspolitischen Kontext in starkem Maße von entsprechenden politischen und gesetzlichen Vorgaben abhängig und deren Trends sind aktuell gegenläufig, wie ich am Beispiel des Aufbaus von Qualifikationsstrukturen an Hochschulen einerseits und der Dequalifizierung der Pflegepraxis andererseits zu zeigen versuchte. Eine Prognose ist schwierig (sagt meine Großmutter immer, insbesondere, wenn es um die Zukunft geht).

Wenn Ökonomisierung nicht nur Rationierung bedeuten soll, sind pflegewissenschaftlich fundierte Innovationen erforderlich, die der Pflege ein professionelleres Profil ermöglichen, nämlich dann, wenn hohe Pflegequalität als produktive und positive Leistung eines Gesundheitssystems gesehen und verbucht wird. Sollen dagegen einseitig die Kosten gesenkt werden, bin ich skeptisch, denn dann fallen die personalaufwendigen Pflegeleistungen leicht unter Kosten, die niedrig gehalten werden müssen, da keine den technischen Leistungen vergleichbaren Ergebnisse produziert werden.

Die hohe Auslastung eines teuren diagnostischen Gerätes wird in ökonomischer Logik als betriebswirtschaftlich günstig gesehen, die Deckung des hohen Pflegebedarfs eines chronisch kranken Menschen hingegen als reiner Kostenfaktor eingestuft. Dabei geht es in beiden Fällen im Kern doch um Leistungen für einen Patienten, an denen gleichermaßen Bedarf besteht.

Ich glaube daher nicht, daß eine rein betriebswirtschaftliche Sicht im Gesundheitswesen genügt, denn sie führt zu Verzerrungen in der Bedarfsbestimmung. Und ich glaube auch nicht, daß qualifizierte Pflege billiger und besser mit unqualifizierten als mit qualifizierten Pflegekräften zu erbringen ist. Davon unbeschadet ist die Erkenntnis, daß dann, wenn ein bestimmtes angemessenes Niveau der Leistung festgelegt ist, Effizienzsteigerungen möglich und damit Rationalisierungsreserven vorhanden sind. Die neuerdings gesetzlich eingeforderte Qualitätssicherung erweist sich in der Praxis bislang jedoch als reines Lippenbekenntnis. Es bleibt letzten Endes – und damit möchte ich schließen – eine gesellschaftliche und keine betriebswirtschaftliche Entscheidung, wieviel Lebensqualität die statistisch gewonnenen Lebensjahre beinhalten sollen. Umsonst gibt es keine angemessene Pflege.

Professor Dr. Martin Moers

Fachhochschule Osnabrück
Albrechtstr. 30
49076 Osnabrück

Literatur

ANA (1995): Nursing – A Social Policy Statement. Washington DC. American Nurses' Association (ANA)

Benner, P. (1984): From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Menlo-Park: Addison-Wesley

Castledine, G. (1997): Framework for a clinical career structure in nursing. In: British Journal of Nursing, Vol. 6, No. 5, S. 264-271

Corbin, J./Strauss, A. (1991): A Nursing Model for Chronic Illness Management based upon the Trajectory framework. In: Scholarly Inquiry for Nursing Practice, Vol. 5, Nr. 3, S. 155-174

Hamers, J./Huijjer-Abu Saad, H./Halfens, R. (1993): Besluitvorming in de verpleegkunde. Een literatuuronderzoek naar de wijze waarop verpleegkundigen diagnostiseren. In: Verpleegkunde 1993/1994, Nr. 2, S. 67-79

Haug, K. (1995): Professionalisierungsstrategien, Durchsetzungspotentiale und Arbeitsteilung. Eine Untersuchung bei deutschen und englischen Pflegekräften. Paper P95-202 der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin

Price, B. (1990): Body image. Nursing Concepts and Care. New York: Prentice Hall

Schaeffer, D./Moers, M. (1995): Ambulante Pflege von HIV- und Aids-Patienten. Paper P95-201 der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin