

Neugestaltung der Pflege: Innovations- und Professionalisierungschancen in einem sich ökonomisierenden Gesundheitswesen

Doris Schaeffer

Im vorliegenden Beitrag wird eine kritische Bilanz der Professionalisierung der letzten Jahre gezogen und ein Ausblick auf mögliche Gefahren gewagt. Vor dem Hintergrund eines sich zunehmend ökonomisierenden Gesundheitswesens und anderer sich verändernder Rahmenbedingungen wird die Pflege gemahnt, beim Stand des Erreichten nicht stehen zu bleiben, sondern ihre fachlichen Zielsetzungen weiter zu verfolgen.

Übersicht

- Einleitung
- Um- und Neugestaltung der Pflege
- Ökonomisierung und Professionalisierungsrisiken
- Fazit

Einleitung

Selbst auf die Gefahr, die berühmten Eulen nach Athen zu tragen, erscheint es mir notwendig, in meinen Ausführungen noch einmal die wesentlichen Problemstränge zu diskutieren, die die Neu- und Umgestaltung der Pflege ausgelöst und befördert haben.

An erster Stelle ist hier die demographische Transition zu nennen, also die sogenannte Ergrauung unserer Gesellschaft, verursacht durch den Anstieg der Lebenserwartung bei gleichzeitigem Geburtenrückgang. An zweiter Stelle ist die ungebrochene Zunahme chronischer Krankheiten anzuführen, diskutiert unter dem Stichwort „epidemiologische Transition“. Durch beide Entwicklungen hat sich ein weitgreifender Wandel der gesundheitlichen Problemlagen der Bevölkerung in den westlichen Industrienationen vollzogen, auf den die Gesundheitssysteme – so auch die Pflege – noch längst nicht hinreichend eingestellt sind.

So machen alte Menschen seit geraumer Zeit in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung die Mehrheit

der Patienten aus – eine Entwicklung, die lange Jahre übersehen und nunmehr intensiv diskutiert wird, oft unter dem Stichwort „Alterslast“ (Schwartz/Walter 1997). Relativ de-thematisiert bleibt aber noch immer, daß sich im Zuge der Ausdehnung der alternden Bevölkerung wie auch des Alters selbst mittlerweile eine *Dreiteilung* des Alters vollzogen hat, wie die nachfolgenden Zahlen illustrieren: Während beispielsweise zwischen 1950 und 1985 die Gruppe der 60-65jährigen nur um 45 % anstieg, wuchs die der Hochbetagten, der 85-90jährigen um 450 % und die der Höchstbetagten, also der über 95jährigen sogar um 2140 % (Rückert 1989, Garms-Homolová/Schaeffer 1997). Unter Versorgungsgesichtspunkten ist diese Entwicklung vor allem dann von Belang, wenn der Frage nachgegangen wird, inwieweit sich der Zugewinn an Lebensjahren in gesunde Jahre übersetzt. Lediglich das junge Alter ist heute relativ beschwerdefrei. Vor allem hohen und höchsten Alter hingegen steigt die Wahrscheinlichkeit von Krankheit und Beeinträchtigung, die – anders als bei anderen Altersgruppen – häufig in dauerhafter Angewiesenheit auf Fremdhilfe münden. Auf die Ausdifferenzierung des Alters wie auch der Bedarfslagen in den unterschiedlichen Phasen des Alterns zu reagieren und den Zuschnitt der Versorgung und der Pflege auf diese auszurichten, ist eine noch keineswegs befriedigend gelöste Aufgabe.

Ähnlich weitreichende Probleme zeitigt der Wandel des Krankheitspanoramas. *Chronische Erkrankungen*, unter denen heute ca. 10 % der Bevölkerung leiden (Borst-Eilers 1997) und die das Krankheitsspektrum dominieren, unterliegen ebenfalls einem Ausdehnungsprozeß: 20-30-jährige Verlaufsdauern samt all ihren Folgeerscheinungen, wie z.B. Multimorbidität, Überlagerung von Krankheits- und Therapiefolgen etc. sind längst keine Seltenheit mehr. Zusätzlich zu Langfristigkeit und Komplexität sind sie durch eine besondere Verlaufsdynamik charakterisiert: Typisch ist die stets wechselnde, kurvenförmige Abfolge von krisenhaften, instabilen und stabilen Phasen, die jeweils mit Veränderungen des Hilfebedarfs und eigenen Anforderungen an die Krankheitsbewältigung verbunden sind. Auf einzelne Problemabschnitte begrenzte und unflexible Hilfen – wie sie das hiesige Gesundheitswesen bereit stellt – werden ihnen nicht gerecht und ziehen empfindliche Einbußen an Lebens- und Versorgungsqualität nach sich.

Beide Entwicklungen gehen einher mit einer dritten gesellschaftlichen Tendenz. Angesprochen sind die Veränderungen traditionaler Formen *familialen Zusammenlebens*, die gegenwärtig unter dem Stichwort „Singularisierung“ viel diskutiert werden und auch am Gesundheitswesen nicht spurlos vorübergehen.

Die Summe dieser drei Trends, denen sich andere hinzufügen ließen, offenbart ein brisantes Problemszenario, von dem die Pflege bekanntermaßen besonders betroffen ist. Denn einerseits hat sie kontinuierlich an Bedeutung für die Versorgung gewonnen, gleichzeitig sind ihr vielfältige neue Aufgaben zugewachsen und ist sie verschärft unter Innovationsdruck geraten. Neben Intervention und Hilfestellung bei Krankheit, Funktionseinschränkungen und sonstigen Autonomieeinbußen ist Gesundheitssicherung und -förderung zu einer wichtigen Aufgabe in der Pflege geworden, ebenso Rehabilitation. Deren Realisierung wie auch die dazu erforderliche Umorientierung hinweg von der bloßen Defizit- bzw. Krankheits- und hin zur Gesundheits- und Ressourcenorientierung ist auf der Basis herkömmlicher, überwiegend auf manuelle Tätigkeiten ausgerichteter Qualifikationsprofile nicht denkbar und verlangt neue (pflege)wissenschaftliche Kompetenz und ebensolche Konzepte (Schaeffer 1994).

Diese hier angedeuteten Entwicklungen gaben den wesentlichen Ausschlag für die Neu- bzw. Umgestaltung der Pflege, womit stets zweierlei gemeint war: *Innovation* der Problemwahrnehmung und -intervention in der Pflege und *Professionalisierung*, also Transformation des Pflegeberufs von einem vormodernen Helferberuf geprägt durch die Umarmung der Medizin zu einem eigenständigen modernen professionellen Dienstleistungsberuf, der über eigene wissenschaftliche Konzepte und Instrumente verfügt und auf der Basis ebensolcher Kompetenz agiert.

Um- und Neugestaltung der Pflege

Mit großer Schubkraft begann Anfang der 90er Jahre die Umsetzung dieser Zielvision. Innerhalb von nur vier Jahren hat Pflegewissenschaft auf ungeahnt breiter Basis Einkehr in die Hochschullandschaft gehalten. Um diese Entwicklung zahlenmäßig zu illustrieren sei daran erinnert, daß zu Beginn der 90er Jahre erst ein Studiengang existierte, heute hingegen sind es mehr als 40. Das Ende der Neugründungen ist noch nicht erreicht:

sowohl im Bereich der Fachhochschulen, wie auch auf universitärer Ebene sind weitere Studiengänge in Planung (Schaeffer 1997). Dieses ist ein unbestreitbarer und angesichts des langen und hürdenreichen Vorlaufs beachtlicher Erfolg. Mit ihm konnten zentrale Innovationsvoraussetzungen geschaffen und wichtige Schritte auf dem Weg der Professionalisierung zurückgelegt werden, denen freilich noch andere folgen müssen.

So bleibt die Frage, wie weit wir der Bewältigung der eingangs skizzierten Innovationsherausforderungen näher gekommen sind. Angesichts des juvenilen Stadiums der Entwicklung kann die Antwort nicht eben reichhaltig ausfallen. Viele Probleme harren noch der Lösung und ihnen haben sich mittlerweile neue hinzugesellt. Gehen wir zur Bilanzierung dessen zurück:

Obschon der Strukturwandels des *Alters* seit den 60er Jahren sichtbar ist und viel Innovation auf wissenschaftlicher Ebene ermöglicht hat (z.B. den Ausbau der Gerontologie, die Etablierung von Public Health, Pflegewissenschaft), beginnt sich die Versorgungsrealität alter Menschen nur sehr zögerlich zu verbessern. Auch die Pflege ist noch keineswegs hinreichend an die vielfältigen Veränderungen, die mit dem Zugewinn an Lebensjahren und der Ausdifferenzierung des Alters einhergehen, angepaßt. Nach wie vor bestehen große konzeptionelle und qualifikatorische Herausforderungen; es geht um die

- Entfaltung rehabilitativer und gesundheitserhaltender Potentiale,
- Anpassung der stationären Langzeitversorgung an die gewandelten Problematiken der Bewohner,
- Schließung von Versorgungslücken, z.B. im Bereich der teilstationären Versorgung oder der ambulanten Rehabilitation,
- die Schaffung abgestufter und ineinandergreifender Hilfesysteme für die Hoch- und Höchstbetagtenversorgung,
- die Pflege dementer und psychiatrisch veränderter alter Menschen
- die Sicherung von Pflegequalität,

um nur einige zu nennen. Noch weit aus zuwenig Energie und Ressourcen wurden zudem für die Entwicklung wirksamer Präventionsstrategien für das jüngere Alter aufgewendet, um so dafür Sorge zu tragen, daß auch das hohe und höchste Alter weitgehend „gesund“ und autonom verlebt werden können (Garms-Homolová/Schaeffer 1997, Garms-Homolová 1991, Schwartz/Busse 1994). All diese Aufgaben beinhalten große Innovations- und Professionalisierungschancen für die Pflege, doch mangelt es ihr für die Umsetzung bislang an wissenschaftlichen Grundlagen und Kompetenzen. Denn in den Studiengängen spielt die Problematik des Alters, wie auch die der Pflege in den altersspezifischen Versorgungseinrichtungen noch eine weitaus zu geringe Rolle.

Dies gilt interessanterweise auch für die Problematik *chronischer Erkrankungen*. Obschon der Pflege bei der Bewältigung wie auch bei der Begrenzung von Ausmaß und Folgen chronischer Krankheit eine entscheidende Rolle zukommt, findet dieses Themenfeld in den Curricula der Pflegestudiengänge kaum Berücksichtigung, was in großer Dissonanz zu seiner Bedeutung steht. Um so mehr gilt dies für die Vielzahl konzeptioneller Herausforderungen und neuer Pflegeaufgaben – etwa im Bereich

- der Gesundheitserhaltung und -förderung,
- der Unterstützung bei den vielfältigen Anpassungsprozessen, die das Leben mit chronischem Kranksein aufwirft,
- der Anleitung und Beratung beim Umgang mit Krankheitsphänomenen,
- des Alltagsmanagements mit und trotz bedingter Gesundheit
- der Entwicklung ressourcenstützender, multiperspektivischer Pflegekonzepte sowie
- des Case- oder vorausschauendem Trajektmanagement, mit dem der Gesamtverlauf und seine Dynamik unter Kontrolle gehalten und Verschlechterungen und Abwärtsentwicklungen verzögert oder verhindert werden können (Schaeffer 1997, Ewers 1996).

Die Realisierung dieser neuen Aufgaben erfordert allerdings eine Erweiterung des Selbst- und Aufgabenverständnisses, wie auch eine Konzipierung neuer Pflegerollen und verbunden damit eine Ausdehnung von Kompetenzgrenzen (Haug 1995) – samt und sonders zentrale, bislang nicht hinreichend angegangene Professionalisierungsherausforderungen.

Ähnliches zeigt sich auch mit Blick auf die „Singularisierung“, mit der – so die einstige Vermutung – eine abnehmende Tragfähigkeit und Belastbarkeit informeller Hilfenetze und ein wachsender Bedarf an professioneller Pflege einhergehe. Im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung wurde indes deutlich, daß die Hilfe- und Pflegebereitschaft informeller Netze die an sie gerichteten Erwartungen übersteigt, zumindest dann, wenn als Indikator genommen wird, daß zu einem so hohen Prozentsatz Geldleistungen vor Sachleistungen bevorzugt werden (z.B. AOK-Bundesverband 1997). Gleichzeitig wurde deutlich, daß diese Entwicklung eine Aufgabenverlagerung professioneller Pflege provoziert, die ihrerseits mit neuen Anforderungen einhergeht. Dazu gehören z.B.

- Aufbau und Stabilisierung informeller Hilfenetze,
- Anleitung pflegender Angehöriger und informeller Helfer,
- Supervision und soziale Unterstützung,
- Coaching und Beratung.

All diese Aufgaben lassen sich mit dem englischen Begriff „caring for the carers“ zusammenfassen – ein Aufgabenkomplex, der hierzulande noch längst nicht hinreichend angedacht und mit den sich gegenwärtig großer Beliebtheit erfreuenden Angehörigenkursen keineswegs identisch ist. Er beinhaltet ebenfalls neue Pflegerollen und birgt zahlreiche Chancen für eine patientenorientierte Pflege in sich. Voraussetzung für die Umsetzung dieser und anderer Innovationen in der Pflege sind klinische, edukative und organisatorische Kompetenzen sowie ein Grad an Professionalisierung, der trotz der großen Erfolge und der virulenten Entwicklungsdynamik auf akademischer Ebene noch ei-

ner Realisierung harrt. Die Fülle weiterhin zur Bewältigung anstehender Aufgaben ist also immens, die Bereitschaft ebenso. Doch wie steht es um die Möglichkeiten, sie anzugehen?

Ökonomisierung und Professionalisierungsrisiken

Kaum verlassen die ersten Absolventen der Studiengänge die Hochschulen scheint sich das Blatt der Pflege zu wenden. Denn zeitgleich mit der Schaffung von Studiengängen wurde seitens der Gesundheitspolitik versucht, durch vorwiegend ökonomisch motivierte Steuerungsanreize auf die eingangs geschilderten Herausforderungen zu reagieren. In Gestalt zahlreicher, selbst von Experten kaum noch zu überschauenden Gesetzesreformen vollzog sich ein gesundheits- und sozialpolitischer Paradigmenwechsel, im Zuge dessen Versorgungslasten auf das Individuum verlagert und marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen und ökonomischer Wettbewerb in das Gesundheitswesen Einkehr halten. Die rasch voranschreitende Ökonomisierung führt in der Pflegepraxis derzeit zu weitreichenden Umstrukturierungen, die in weiten Zügen *gegenläufig* zu den ursprünglichen Zielvisionen sind und Risiken für deren Realisierung in sich bergen (Schaeffer et al. 1997). Exemplarisch sei hier nochmals auf die drei diskutierten Problembereiche eingegangen:

Ausgelöst durch die gesetzlichen Reformbemühungen ist in etlichen Versorgungsbereichen, die mit der Pflege *alter Menschen* befaßt sind – sei es in der ambulanten Pflege, der geriatrischen Rehabilitation oder der stationären Langzeitversorgung – derzeit eine hohe Reformdynamik zu verzeichnen. Sie löst die lange Zeit vorherrschende Stagnation ab und bringt vielerorts verkrustete Strukturen und überkommene Handlungsroutinen in Bewegung – so weit so gut. Zugleich deutet sich an, daß aufgrund des rasanten Tempos einseitig ökonomischen Innovationsanreizen gefolgt wird. Sinnvolle, zur Bewältigung des Strukturwandels des Alters erforderliche Innovationen – wie sie zuvor skizziert wurden – drohen unter den ökonomischen Motiven des

aktuellen Wandels zu unterbleiben, wie allein das Beispiel der stationären Langzeitversorgung belegt. Dort werden die innovativen Potentiale in Gänze von der Neuregulierung der Finanzierung und des Management (durch Einführung der 2. Stufe der Pflegeversicherung) absorbiert, wobei die Pflege vorwiegend als Kostenfaktor in Erscheinung tritt und in bezug auf den Kern ihres Handelns in eigentümlicher „Sprachlosigkeit“ (Mischokelling 1991) verharret. Das seit langem beklagte, im Vergleich zu europäischen Nachbarländern niedrige Niveau der Pflege und der revisionsbedürftige Arbeitsalltag der stationären Langzeitversorgung, geraten dadurch – trotz der Erfolgshetorik zahlloser Qualitätssicherungsprogramme – aus dem Blick.

Auch für chronisch kranke Menschen bergen die einseitig auf Effizienz fokussierten Steuerungsanreize einige Risiken in sich, so z.B. im Bereich der stationären Versorgung. Chronisch kranke Menschen sind in Krisenzeiten immer wieder auf das Krankenhaus angewiesen, erweisen sich dort angesichts der Umstrukturierungen der letzten Jahre aber zusehends als deplaziert, ja als Störfaktor, was – wie Arnold betont – nicht nur für sie, sondern alle Patientengruppen gilt, die „am Beginn der Entwicklung des Krankenhauses einmal seine *eigentliche Klientel* ausgemacht haben“ (Arnold 1993). Bettenabbau, Budgetierung und damit einhergehende Verkürzung der Verweildauer führen dort zu einer Verdichtung und Intensivierung der Arbeitsabläufe in der Pflege. Verstärkt wird sie durch die Abschaffung der Pflegepersonalregelung (PPR), die bereits jetzt einen „Roll-back“ des Personalbestands auf das Niveau der 70er Jahre bewirkt. Diese und andere rückläufigen Entwicklung stehen einer Kontinuierung der in mühsamer Kleinarbeit begonnenen Innovation der Pflege und pflegerischer Handlungsbedingungen entgegen. Auch eine qualifizierte, dem komplexen Charakter und den Verlaufsdynamiken chronischer Krankheit entsprechende Pflege rückt unter diesen Umständen in scheinbar unerreichbare Ferne. Statt Optimierung der Pflege und Effektivierung der zwangsläufig notwendigen Krankenhausaufenthalte chronisch kran-

ker Patienten durch Entfaltung präventiver Potentiale, greifen Externalisierungsmechanismen.

Doch auch im ambulanten Pflegebereich sind die Folgen der Ökonomisierung unübersehbar und bewirken dort Turbulenzen in der Finanzierung, Organisation und Personalsituation der Pflegedienste. Letztere ist neuerlich dadurch charakterisiert, daß sich statt einer Anhebung des Qualifikationsniveaus – wie seit Jahren angemahnt – eine rasch voranschreitende Dequalifizierung nach dem Muster des aus der frühen Industrialisierung stammenden Babbage-Prinzips vollzieht: wenigen hochqualifizierten (nicht eben selten professionsfremden) Leitungskräften – z.B. Pflegemanagern, aber auch Sozialarbeitern, Betriebswirten – steht eine Vielzahl an minder- oder unqualifizierten Pflegedienstmitarbeitern gegenüber, die in der direkten Pflege der zunehmend chronisch- und schwerkranken Patienten eingesetzt werden. Die Dequalifizierung begrenzt die Möglichkeiten, einem neuen und weitergefaßten sowie einem wissenschaftlich fundierten Selbst- und Aufgabenverständnis der Pflege in der Praxis den Weg zu bahnen und entsprechende Veränderungen einzuleiten.

Sogar gegenteilig, die Pflege droht hier – wie auch im Krankenhaus – gegenwärtig auf eben jene manuellen Funktionen festgelegt zu werden, die mit der Professionalisierung zu erweitern intendiert wird. Exemplarisch zeigt sich dies etwa an den jüngst diskutierten Leistungskatalogen.

Betrachten wir als drittes kurz die *Situation pflegender Angehöriger*, die auf den ersten Blick als Nutznießer der aktuellen Reformen erscheinen. Speziell die Pflegeversicherung hat eine bislang einmalige Anerkennung und partielle Entlastung für pflegende Angehörige – der „Welt größten Pflegedienst“ (v. Ferber 1993) – bewirkt: bis dahin unentgeltlich erbrachte Pflegeleistungen werden nunmehr finanziell entschädigt. Inwieweit die überantworteten Versorgungslasten auf hinreichend trag- und belastungsfähige Hilfpotentiale stoßen, ist indes eine offene Frage, bei deren Beantwortung angesichts der seit langem diskutierten Überlastun-

gen speziell in schwierigen und langwierigen Pflegesituationen Skepsis angebracht ist. Die für sie eröffnete soziale Unterstützung durch professionelle Pflege ist begrenzt: die ohnehin durch diese Entwicklung eher ab- als aufgewertete professionelle Pflege, ist gesetzlich auf die Rolle der Kontrollinstanz reduziert und somit in ihren Möglichkeiten zur kontinuierlichen Betreuung und Begleitung pflegender Angehöriger eingeschränkt. Wie wohl auch diese Aufgabe der Begutachtung und Qualitätssicherung Innovationschancen in sich birgt, scheinen die Risiken dieser Reduktion pflegerischer Verantwortung sowohl für die Patienten und ihre Angehörigen als auch für die Pflege derzeit zu überwiegen.

Schließlich – so ein letzter Punkt, der hier nicht unerwähnt bleiben darf – ist unklar, wie weit unter dem Druck ökonomischer Restriktionen gelingen wird, die Professionalisierung voranzutreiben. Dazu ist u.a. notwendig, über die Schaffung von Studiengängen hinaus, Pflegewissenschaft universitär als eigenständige Disziplin zu etablieren und auszubauen. Bereits jetzt scheint fraglicher denn je, ob der dazu notwendige Sprung an die Universitäten in ausreichendem Maß geschafft wird. Er ist jedoch – dies sei nochmals unterstrichen – unerlässlich, um der auf akademischer Ebene eingeleiteten Entwicklung in vertikaler Hinsicht eine sinnvolle Kontur zu verleihen und vor allem auch dazu, das erforderliche wissenschaftliche Fundament für die Neu- und Umgestaltung der Pflege erarbeiten zu können, denn für viele Fragen, die damit auf die Tagesordnung gerückt sind, fehlt es derzeit noch an wissenschaftlichen Grundlagen und Kriterien. Damit fällt schwer, die konsequente Umsetzung der einst anvisierten Zielvisionen zu verfolgen und in dem aktuellen Reformaktivismus nicht die Orientierung zu verlieren. Dieses auf wissenschaftlicher Ebene bestehende Vakuum zu füllen, ist eine vordringliche Aufgabe und unabdingbare Voraussetzung, um die sich abzeichnende Kluft zwischen den einst mit der Innovation und Professionalisierung verbundenen Intentionen und der sich gegenläufig entwickelnden Realität mildern und kontraproduktiven Entwicklungstendenzen entgegensteuern zu können.

Fazit

Mit rasantem Tempo hat am Ende dieses Jahrhunderts die Neukonstituierung der Pflege begonnen. In Riesenschritten werden dabei Entwicklungen nachgeholt, die sich in anderen Ländern schon vor Jahrzehnten vollzogen haben, dort aber sehr viel mehr Zeit beanspruchten. Mit diesem Hinweis soll der Blick dafür geöffnet werden, daß die hierzulande binnen Kürze erbrachten Leistungen immens sind, doch auch dafür, daß ein solcher Prozeß allen Innovationsdrucks und aller Eile zum Trotz *Zeit* braucht.

Er braucht Zeit und Spielräume, um in der noch zu bewältigenden Aufgabenvielfalt nicht den Überblick zu verlieren, nicht unversehens falsche Prioritäten zu setzen und damit ungewollt unerwünschte Effekte zu produzieren. Dies zu betonen, ist angesichts der Situation der Pflegepraxis wichtig, wo der langjährig gewachsene Reformstau mittlerweile einer Innovationsüberflutung samt all ihren negativen Folgen gewichen ist, doch ebenso angesichts der Situation auf akademischer Ebene, wo als Folge der einerseits erfreulichen Vielzahl an Studiengangneugründungen die drängenden wissenschaftlichen Herausforderungen, die die Innovation und Professionalisierung der Pflege aufwirft, ins Hintertreffen geraten, weil die verfügbaren Kapazitäten weitgehend von Aufbauarbeit absorbiert sind.

Die hohe Dynamik, mit der derzeit auf allen Ebene gleichzeitig an der Neugestaltung der Pflege gebaut wird, hat also ihre Schattenseiten. Sie birgt die Gefahr in sich, daß die einstigen Intentionen und auslösenden gesellschaftlichen Problemstellungen im Wust der aktuellen Entwicklungs- und Ereignisvielfalt aus den Augen verloren werden. Dies ist ein Phänomen, das oft bei Innovationsprozessen beobachtet werden kann (Mayntz 1983, Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1992, Schaeffer 1991, Shadish 1990) und Ursache dafür ist, daß der Gesamtverlauf eine andere Richtung einschlägt als ursprünglich anvisiert. Dies gilt um so mehr, als diverse Interessengruppen ihre unterschiedlichen Motivlagen in den Prozeß der Innovation der

Pflege einbringen und die daraus entstehende Konfusion bereits manche Fehlentwicklung und Zieldiffusion erkennen läßt.

Deshalb ist wichtig, nochmals daran zu erinnern, wozu das Unternehmen Innovation und Professionalisierung der Pflege einst initiiert wurde: es sollte der Optimierung der Pflege wie vor allem aber auch der Gesundheit und des Wohlbefindens ihrer Adressaten dienen. Dieses vor-schnell mit der Suche nach Rationalisierungsreserven zu verknüpfen, wie derzeit durch die Ökonomisierung stimuliert und propagiert, birgt angesichts des noch geringen Professionalisierungsgrades die Gefahr in sich, daß unter dem Vorzeichen von Optimierung Rationierung gefördert wird. Auch aus anderem Grund scheint Skepsis angebracht, denn in anderen Ländern hat die Rationalisierung bislang mit zwei profunden unerwünschten Effekten aufzuwarten: Kostenreduktionen, wie proklamiert, wurden nicht erreicht, wohl aber Verschlechterungen der Versorgung erwirkt. Das dürfte sich nicht nur für die Pflege als problematisch erweisen, für die die Situation eintreten könnte, daß das Joch der Medizin gegen das der Ökonomie eingetauscht wird und sie in ihren eigentlichen Innovations- und Professionalisierungsaufgaben beschnitten wird. Mehr noch dürften es, wie zu sehen war, die Patienten – speziell die im Mittelpunkt dieser Ausführungen stehenden Patientengruppen – sein, die die Folgen dieser Entwicklung zu tragen haben werden.

Um also zu verhindern, daß die eingeleitete Entwicklung zu einem weiteren Fall einer hoffnungsvoll eingeleiteten und auf halbem Weg stekken bleibenden Innovation wird – wie im Gesundheitswesen oft beobachtbar (Rosewitz/Webber 1990) – ist wichtig, sich der einstigen Ziele zu besinnen und diese mit einer gesunden Mischung von visionärer Beharrlichkeit und Pragmatismus über bestehende Hürden hinweg zu verfolgen. Denn die Zukunft der Pflege als Wissenschaft und Praxis wird vorrangig

davon abhängen, wie weit es gelingt, mit und trotz "Gegenwind" bzw. gegen tendenzielle Entwicklungen die dringend benötigten Antworten auf die gewandelten gesundheitlichen Problemlagen der Bevölkerung und die daraus erwachsenen Herausforderungen an das Versorgungswesen zu entwickeln und dieses zum Leitziel der Innovation und Professionalisierung der Pflege zu erheben.

Professorin Dr. Doris Schaeffer
 Institut für Pflegewissenschaften
 an der Universität Bielefeld
 Postfach 100 131
 33501 Bielefeld

Literatur

AOK Bundesverband 1997: Zahlen und Fakten 1996, Bonn.

Arnold, M. (1993): Die Rolle des Krankenhauses im Versorgungssystem der Zukunft, In: Badura, B./Feuerstein, G./Schott, T. (Hrsg.): System Krankenhaus, Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim, München: Juventa, S. 15-27.

Borst-Eilers, E. (1997): Government policy on the chronically ill, In: European Nursing Congress Foundation (Ed.): Empowerment of the chronically ill: a challenge for nursing. Documentation of the European Nursing Congress. Amsterdam 1997.

Ewers, M. (1996): Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. In: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P96-208, Berlin.

Ferber, C.v. (1993): Pflege und Pflegebedürftigkeit – eine Herausforderung für professionelle und ehrenamtliche Arbeit. In: Müller, H.W. (Hrsg.): Pflegenotstand – Not der Pflegenden und Gepflegten – Krankenpflege im Dienst der Gesundheit. Schriftenreihe der deutschen Zentrale für Volksgesundheit e.V., Frankfurt/Main.

Garms-Homolová, V. (1991): Prävention und Prophylaxe bei alten Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Elkeles, T. et al. (Hrsg.): Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949-1990, Berlin: Sigma, S. 319-338.

Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1997): Public Health in der Praxis: Bevölkerungsgruppe ältere Menschen. In: Schwartz, F.W. u.a. (Hrsg.): Public Health. Urban & Schwarzenberg, S. 536-549.

Haug, K. (1995): Professionalisierungsstrategien, Durchsetzungspotentiale und Arbeitstei-

lung – Eine Untersuchung bei deutschen und englischen Pflegekräften. In: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P95-202, Berlin.

Mayntz, R. (Hrsg.) (1983): Implementation politischer Programme II. Ansätze zur Theoriebildung, Opladen: Westdt. Verlag.

Mischo-Kelling, M. (1991): „Die Pflege aus ihrer Sprachlosigkeit herausführen ...“. Pflegewissenschaft als Grundlage professioneller personbezogener Dienstleistungen. In: Pro Person: Rabe-Kleberg u.a. (Hrsg.): Dienstleistungsbereufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung: Pro Person, Bielefeld: KT-Verlag, S. 139-155.

Rosewitz, B./Webber, D. (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt, New York: Campus.

Rückert, W. (1989): Die demographische Entwicklung und deren Auswirkungen auf Pflege-, Hilfs- und Versorgungsbedürftigkeit. In: Ferber, C.v., Radebold, H., Schulenburg, J.v.d. (Hrsg.): Die demographischen Herausforderung. Das Gesundheitssystem angesichts einer veränderten Bevölkerungsstruktur. Gerlingen: Bleicher, S.11-148.

Schaeffer, D. (1991): Probleme bei der Implementation neuer Versorgungsprogramme für Patienten mit HIV-Symptomen. In: Neue Praxis. Kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 21, 5+6, S.392-406.

Schaeffer, D. (1994): Neue Herausforderungen in der Pflege. Konsequenzen für die Qualifizierung. S. 58-71. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Neue Gesundheitspolitische Herausforderungen – Veränderte Qualifikationen – Gesellschaftlicher Bedarf.

Schaeffer, D. (1997): Pflegewissenschaft in Deutschland. Zum Entwicklungsstand einer neuen wissenschaftlichen Disziplin. Bielefeld: IPW, unveröffent. Manuskript.

Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hrsg.) (1992): Aids-Krankenversorgung. Berlin: Sigma.

Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H. (1997): Pflegewissenschaft – Entwicklungsstand und Perspektiven einer neuen Disziplin. In: Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H./Meleis, A.I. (Hrsg.): Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Bern u.a.: Huber, S. 7-16.

Schwartz, F.W./Busse, R. (1994): Fünf Mythen zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen: Zur aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland. In: Jahrbuch für kritische Medizin 23, S. 149-170.

Schwartz, F.W./Walter, U. (1997): Altsein – Kranksein? S.124-140. In: Schwartz, F.W. u.a. (Hrsg.): Public Health. Urban & Schwarzenberg.

Shadish, W.R. (1990): Amerikanische Erfahrungen mit der Evaluation von Sozial- und Gesundheitsprogrammen, In: Koch, U./Wittmann, W. (Hrsg.): Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen. Berlin, Heidelberg, S. 159-182.