

Beiträge

Michael Simon

Die gesundheitspolitische Bedeutung anwendungsorientierter Pflegeforschung

Applied nursing research and its significance for health policy

This article deals with the previous and future relevance of nursing research for the German health policy. In the past, German health policy makers showed only little interest in nursing research and its findings. Faced to the challenges of the social and demographic changes, health policy makers will have an increasing need of scientific knowledge for decision making. Not only medicine and nursing care should be evidence-based, health policy too. Evidence-based health policy needs nursing research to recognize and understand problems, develop and implement solutions, and evaluate the outcomes of health policy programmes.

Keywords

nursing research, evidence-based policy, health policy

Der Beitrag' befasst sich mit der bisherigen und zukünftig notwendigen Bedeutung der Pflegeforschung für die deutsche Gesundheitspolitik. Bislang zeigte die deutsche Gesundheitspolitik wenig Interesse an einer entwickelten Pflegeforschung und ihren Ergebnissen. Um die Herausforderungen durch den absehbaren gesellschaftlichen und demographischen Wandel bewältigen zu können, braucht Gesundheitspolitik zukünftig jedoch weit mehr als bisher wissenschaftliche Erkenntnisse für ihre Entscheidungen. Nicht nur Medizin und Pflege sollten evidenzbasiert sein, sondern auch die Gesundheitspolitik. Eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik braucht Pflegeforschung um Problemlagen zu erkennen und zu verstehen, Lösungen entwickeln und umsetzen zu können und den Erfolg gesundheitspolitischer Programme zu überprüfen.

Schlüsselwörter

Pflegeforschung, evidenzbasierte Politik, Gesundheitspolitik

1 Überarbeitete Fassung eines Vortrages, der auf der Eröffnungsveranstaltung des Kongresses der Pflegeforschung 2006 am 6.10.2006 in München gehalten wurde.

Die Bedeutung der Pflegeforschung für die bisherige und gegenwärtige Gesundheitspolitik

Stellt man die Frage nach der bisherigen gesundheitspolitischen Bedeutung der Pflegeforschung in Deutschland und betrachtet die Gesundheitspolitik der letzten 10-15 Jahre, so drängt sich der Eindruck auf, dass Pflegeforschung bisher keine ernstzunehmende Bedeutung für die Gesundheitspolitik auf Bundesebene hatte. Sicherlich hat sich in den letzten 10-15 Jahren viel getan. So sind Vertreterinnen der Pflegewissenschaft unter anderem zunehmend in Gremien der Politikberatung vertreten, und in die verschiedenen Bücher des Sozialgesetzbuches wurden mittlerweile auch Verweise auf die Erkenntnisse der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung aufgenommen. Dennoch aber scheint die Gesundheitspolitik auf Bundesebene die Bedeutung der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung immer noch relativ gering zu schätzen.

Als Beleg für diese Einschätzung soll an dieser Stelle exemplarisch die Zusammensetzung der Rürup-Kommission dienen. Diese Ende 2002 eingesetzte Kommission sollte auch Vorschläge für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung erarbeiten. Dennoch aber sucht man in der Liste der Mitglieder vergeblich nach pflegewissenschaftlicher Expertise (vgl. BMGS 2003: 23-26). Von den insgesamt 26 Mitgliedern der Kommission kamen neun aus dem Wissenschaftsbereich. Darunter waren fünf Ökonomen, zwei Mediziner und zwei Politikwissenschaftler. Die von der Kommission vorgelegten Reformvorschläge lassen auch keine erkennbaren Bezüge zu pflegewissenschaftlichen Forschungsergebnissen erkennen. Sie sind vielmehr in erster Linie von ökonomischen Problemstellungen und Fragen geleitet.

Natürlich sind aus pflegewissenschaftlicher Sicht auch positive Entwicklungen in der wissenschaftlichen Politikberatung zu verzeichnen. Stellvertretend möchte ich hier auf die in den letzten Jahren verstärkte Berücksichtigung der pflegerischen Versorgung in den Gutachten des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen verweisen (vgl. SVR 2005; SVRKAiG 2002; SVRKAiG 2003). Dennoch dürfte die gegenwärtige Situation immer noch sehr unbefriedigend für all diejenigen sein, die sich für einen Ausbau der Pflegeforschung in Deutschland einsetzen, seien sie nun aus dem Wissenschaftsbereich, Verbänden oder Ministerien. Sie müssen vermutlich nicht selten als Bittsteller für einen Zweig der Wissenschaft werben, von dessen Existenz so mancher Gesundheitspolitiker noch nicht einmal gehört hat.

Dabei gibt es in verschiedensten Publikationen von Regierungsstellen zahlreiche Hinweise auf eine zunehmende Bedeutung der Pflege für die Gesellschaft. Es kann aber wohl noch nicht zum Allgemeinwissen in der Gesundheitspolitik gezählt werden, dass es auch eine Pflegewissenschaft und Pflegeforschung in Deutschland gibt. Solange dies so ist und bleibt, dürfte es schwierig sein, die notwendige politische Unterstützung für einen stärkeren Ausbau der Pflegeforschung zu gewinnen.

Um hier zu einer Änderung zu kommen, scheint es mir notwendig insbesondere an zwei Punkten anzusetzen.

- Zum einen bedarf es eines Wandels in der deutschen Gesundheitspolitik hin zu einem stärkeren Interesse an und einer stärkeren Nutzung von wissenschaftlichen Erkenntnissen.
- Zum anderen sollte Pflegeforschung bereit sein, Forschungsaktivitäten auch daran auszurichten, was für eine Verbesserung der Entscheidungsgrundlagen der Gesundheitspolitik benötigt wird. Dabei geht es mir nicht darum, Gefälligkeitsgutachten das Wort zu reden, sondern eine an rationalen und gemeinwohlorientierten Entscheidungen interessierte Politik durch Forschungsergebnisse zu unterstützen.

Ich möchte nun auf die Frage eingehen, welche Bedeutung Pflegeforschung aus Sicht der Gesundheitspolitik haben kann und haben sollte, und dies führt aus meiner Sicht zur Frage eines notwendigen Wandels bundesdeutscher Gesundheitspolitik.

Zur Bedeutung der Pflegeforschung für die zukünftige Gesundheitspolitik

Zur Frage der Bedeutung der Pflegeforschung liefert der Ausschreibungstext des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zur ersten Förderperiode für anwendungsorientierte Pflegeforschung aus dem Jahr 2001 eine Reihe von wichtigen Antworten (BMBF 2001). Darin wird zunächst einmal die gegenwärtige Bedeutung der Pflege als wichtiges Feld der gesundheitlichen Versorgung herausgestellt. Es wird darauf verwiesen, dass eine Reihe von Entwicklungen zu einem Bedeutungszuwachs der Pflege führen werden, darunter insbesondere:

1. der demographische Wandel und die damit verbundene steigende Zahl alter Menschen und Pflegebedürftiger,
2. epidemiologische Veränderungen, insbesondere die steigende Zahl chronisch Kranker und wachsende Bedeutung demenzieller Erkrankungen,
3. sozialstrukturelle Veränderungen, insbesondere die wachsende Zahl der Kleinfamilien und Zunahme von Single-Haushalten und
4. ökonomische Veränderungen, wie beispielsweise die Umstellung der Krankenhausfinanzierung und die dadurch zu erwartende Verlagerung von Versorgungsbedarfen in die ambulante und stationäre Pflege.

All diese Entwicklungen stellen die Pflege vor Herausforderungen, die sie – so der Ausschreibungstext – vor die Notwendigkeit stellen, sich zu verändern, um die Herausforderungen bewältigen zu können.

Diese Problembeschreibung dürfte auf breite Zustimmung treffen und dem Stand nicht nur der gesundheitspolitischen, sondern auch wissenschaftlichen Diskussion entsprechen. Ich möchte dem auch nichts Weiteres hinzufügen, sondern an dieser Stelle das Augenmerk vielmehr auf die Funktion richten, die der anwendungsorientierten Pflegeforschung in diesem Zusammenhang zugesprochen wurde.

Pflegeforschung soll laut Ausschreibungstext durch ihre Erkenntnisse „eine fundierte, evidenzbasierte Wissensgrundlage für angemessenes pflegerisches Handeln“ schaffen (ebd.). Ihre Projekte sollen „Wissensgrundlagen zur Fundierung und Verbesserung des Pflegehandelns“ (ebd.) bereit stellen. Ohne Zweifel ist dies eine wesentliche und zentrale Zielsetzung der Pflegeforschung, nicht nur der anwendungsorientierten. Ich hielte es allerdings für problematisch, wenn dies die einzige sein sollte. Und hier möchte ich auf das Hauptthema meiner Ausführungen zurückkommen, die Frage nach der gesundheitspolitischen Bedeutung anwendungsorientierter Pflegeforschung.

Pflegeforschung, die sich auf die hier genannte Aufgabe beschränkt, hat zwar offensichtliche Bedeutung für die Pflegepraxis, ihre gesundheitspolitische Bedeutung ließe sich dagegen nur indirekt und zwar vermittelt über die Bedeutung der Pflege für die Gesundheitspolitik belegen. Die implizite Logik lautet:

1. Die Sicherstellung einer ausreichenden pflegerischen Versorgung der Bevölkerung gehört zu den Aufgaben staatlicher Politik.
2. Die Pflegepraxis steht vor großen Herausforderungen, zu deren Bewältigung sie fundierte Wissensgrundlagen benötigt.
3. Diese Wissensgrundlagen kann die Pflegeforschung schaffen.
4. Darum ist Pflegeforschung von Bedeutung für die Gesundheitspolitik.

Pflegewissenschaft und Pflegeforschung hätte damit aber keinen eigenständigen Wert für die Gesundheitspolitik, sondern nur einen über die Pflegepraxis vermittelten. Pflegeforschung wird gebraucht, weil und sofern die Pflegepraxis wissenschaftliche Unterstützung braucht. Der Umkehrschluss wäre: Bedürfte die Pflegepraxis keiner wissenschaftlichen Unterstützung, bräuchte die Gesundheitspolitik auch keine Pflegeforschung.

Um nicht missverstanden zu werden: Natürlich zähle ich die Bereitstellung einer fundierten Wissensbasis für die Pflegepraxis zu den vorrangigen Aufgaben der Pflegewissenschaft und auch Pflegeforschung. Ich möchte aber eindringlich dafür plädieren, den Blick der Pflegeforschung nicht auf Probleme und Fragestellungen der Pflegepraxis zu begrenzen bzw. begrenzen zu lassen. Soll Pflegeforschung zukünftig eine größere gesundheitspolitische Bedeutung erlangen, so scheint es mir notwendig, dass Pflegeforschung eine unmittelbare Bedeutung für die Gesundheitspolitik besitzt.

Dies erfordert m.E. allerdings zunächst einmal ein grundlegendes Umdenken in der deutschen Gesundheitspolitik. Denn: Warum sollte Gesundheitspolitik ein direktes, nicht durch die Pflegepraxis vermitteltes Interesse an Ergebnissen von Pflegeforschung haben? Bislang jedenfalls, scheint sie doch auch ohne diese auszukommen.

Das geringe Interesse der deutschen Gesundheitspolitik an Forschungsergebnissen ist aber nicht auf Pflegeforschung beschränkt. Gesundheitspolitik in Deutschland zeigte bislang generell wenig bis kein erkennbares Interesse an Forschungsergebnissen, von einigen Ausnahmen abgesehen. Die vorherrschende Grundüberzeugung in der deutschen Gesundheitspolitik kann man wohl so umschreiben, dass Politik und Wis-

senschaft, und mehr noch Forschung, als grundverschiedene Welten angesehen werden, die nach grundverschiedenen Regeln funktionieren, sich nicht verstehen und besser getrennt bleiben sollten. Politische Entscheidungen kann man nicht wissenschaftlich-logisch herleiten, sie folgen anderen Relevanzkriterien, wie bspw. Machtkalkülen, Verbands- und Lobbyisteninteressen, Parteienwettbewerb etc., und nicht zuletzt unterliegen sie der Notwendigkeit politischer Kompromissbildung. Dafür gab es im Sommer 2006 wieder einmal reichhaltigen Anschauungsunterricht.

Evidence-Based Policy: Ein Thema auch für die deutsche Gesundheitspolitik

Dennoch, Politik sieht sich immer wieder mit der Erwartung und Forderung konfrontiert, rational zu agieren und zu entscheiden. Und in diesem Zusammenhang könnte man die Erwartung formulieren, dass Politik auch wissenschaftliche Erkenntnisse in ihre Entscheidungsfindung einbezieht. Ich bin mir dessen bewusst, dass ein solches Ansinnen naiv und weltfremd erscheinen kann. Aber es ist im Grunde nichts anderes, als Anforderungen, die die Gesundheitspolitik bereits seit langem an die Leistungserbringer und Professionen des Gesundheitswesens stellt, auch an die Politik zu stellen. So verlangt das Sozialgesetzbuch an mehreren Stellen von den Leistungserbringern im Gesundheitswesen, und somit auch von der Pflege, dass die Qualität und Wirksamkeit ihrer Leistungen „dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“ haben (§ 2 Abs. 1 SGB V); an anderer Stelle werden sie zur Sicherung der Qualität ihrer Leistungen verpflichtet, und es wird erneut betont: ihre Leistungen „müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden“ (§ 135a Abs. 1 SGB V).

Warum aber sollte eine solche Forderung nur für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen gelten und nicht auch für die Gesundheitspolitik? Es ist an der Zeit die Forderung zu erheben, dass nicht nur Medizin und Pflege dem „allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse“ zu entsprechen haben, sondern auch die Gesundheitspolitik. Nicht nur Medizin und Pflege sollten ‚evidenz-basiert‘ sein, sondern auch die Politik.

In Deutschland ist ein solches Ansinnen noch nicht in die öffentliche politische und wissenschaftliche Diskussion eingedrungen. In anderen Ländern dagegen sehr wohl. Nach dem 1998 vollzogenen Regierungswechsel in Großbritannien setzte die New Labor Regierung auch einen Wandel des Regierungs- und Politikstils auf ihre Agenda. Gemäß ihrem Leitziel eines „Modernising Government“ (Blair/Cunningham 1999) wurde 1999 in einem zentralen Strategiepapier die Nutzung externer Evidenz zu den Kernkompetenzen moderner professioneller Politik gezählt (SPMT 1999). Die neue Labor Regierung bekannte sich zu diesen Prinzipien und sprach eine entsprechende Selbstverpflichtung öffentlich aus. Begründet wurde die Notwendigkeit einer Modernisierung und Professionalisierung politischer Entscheidungsprozesse mit dem Ver-

weis auf eine zunehmend komplexer werdende Welt (ebd. Ziff. 2.3). Dieser Komplexität könne Politik ohne einen grundlegenden Wandel ihrer Entscheidungsprozesse und Arbeitsweisen nicht mehr gerecht werden.

Mittlerweile hat sich auch eine umfangreiche internationale Diskussion über „Evidence-Based Policy“ entwickelt (vgl. u.a. Cookson 2005; Dobrow/Goel/Upshur 2004; Fox 2005; Harries/Elliott/Higgins 1999; Innvaer et al. 2002; Nutley/Davies/Walter 2003). Im Zentrum dieses Konzepts steht die Forderung nach Nutzung der besten gegenwärtig verfügbaren Belege aus einem breiten Spektrum von Quellen. Unter diesen Quellen nehmen die neuesten für das jeweilige Politikfeld relevanten Forschungsergebnisse eine hervorgehobene Stellung ein. In Kapitel 7 des erwähnten Papiers der New Labor Regierung, überschrieben mit „Use of Evidence“, wird dazu festgestellt: „Good quality policy making depends on high quality information, derived from a variety of sources - expert knowledge; existing domestic and international research; existing statistics; stakeholder consultation; evaluation of previous policies, new research, if appropriate; or secondary sources, including the internet“ (SPMT 1999: Ziff. 7.1).

Um Evidence-Based Policy zu erreichen, bedarf es entsprechender Infrastrukturen, wie sie auch für Evidence-Based Medicine bekannt sind (Cookson 2005). In Großbritannien hat man bereits mit dem Aufbau solcher Infrastrukturen begonnen, die auch Wissenschaften mit einschließen müssen. So wurde 1999 zur Unterstützung und Ausweitung einer stärkeren Evidenzbasierung der britischen Gesundheitspolitik das von der Regierung geförderte UK Centre for Evidence Based Policy and Practice gegründet.² Im gleichen Jahr erfolgte die Gründung der international ausgerichteten Campbell Collaboration. Sie ist orientiert am Vorbild der für Evidence-Based Medicine so wichtigen Cochrane Collaboration und ebenfalls in international besetzten Review Groups organisiert, die systematische Übersichtsarbeiten zum Stand der Forschung für ausgewählte Themengebiete erstellen und kontinuierlich aktualisieren.³

Evidence-Based Policy ist – das zeigen bereits die angesprochenen Initiativen zum Aufbau einer entsprechenden Infrastruktur – keine Angelegenheit nur der Politik, sondern stellt auch neue Herausforderungen an die Wissenschaften (Nutley/Davies/Walter 2003). Unter anderem fordert sie die Bereitschaft von Wissenschaftlern, sich mit Themen zu beschäftigen, die auf der politischen Agenda stehen, und Forschungsergebnisse so aufzubereiten, dass sie nicht nur von Wissenschaftlern verstanden werden, sondern auch von Laien, die sich nicht in Forschungsmethoden, Korrelationsmaßen, Signifikanztests usw. auskennen. Wissenschaft, die zu einer Evidence-Based Policy beitragen will, muss auch bereit sein, selbst aktive Öffentlichkeitsarbeit zu leisten. Nur so ist die Verbreitung neuester Forschungsergebnisse in der Öffentlichkeit und auch in der Politik zu erreichen. Evidence-Based Policy verlangt ein Aufeinanderzugehen sowohl von Politikern als auch von Wissenschaftlern. Sie kann, so die Lehren aus bisherigen Erfahrungen, nur als „two-way communication“ funktionieren (Innvaer et al. 2002: 242).

2 Für nähere Informationen vgl. <http://www.evidencenetwork.org>

3 Für nähere Informationen vgl. <http://www.campbellcollaboration.org>

Ich denke, es ist an der Zeit, auch in Deutschland und insbesondere in Bezug auf die Gesundheitspolitik die Diskussion über „Evidence-Based Policy“ zu führen. Gesundheitspolitik, sofern sie hauptberuflich betrieben wird, ist eine Profession. An diejenigen, die Entscheidungen in der Gesundheitspolitik treffen, sind die gleichen Anforderungen an Professionalität und Wissenschaftsbasierung zu stellen, wie an Medizin und Pflege. Die Angemessenheit einer solchen Forderung lässt sich allein schon aus den Folgen ihres Handelns ableiten. Von gesundheitspolitischen Entscheidungen sind nicht nur einzelne Patienten betroffen, sondern Tausende und Millionen Kranke, Pflegebedürftige oder Versicherte. Es ist von daher eine Frage der Verantwortung gegenüber den Betroffenen und der Gesellschaft und auch eine Frage der Qualitätssicherung, dass solche weit reichenden Entscheidungen evidenzbasiert sein sollten. Sie sollten evidenzbasiert in dem Sinne sein, dass sie auch auf Grundlage der zum gegebenen Zeitpunkt besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse getroffen werden. Natürlich wäre es unangemessen und wenig hilfreich zu meinen, Politik solle allein durch wissenschaftlicher Erkenntnisse geleitet werden. Darum kann es nicht gehen. Die Betonung liegt auf „auch“.

Mit der Forderung nach einer stärker evidenzbasierten Gesundheitspolitik wird im Grunde nicht mehr verlangt, als die Gesundheitspolitik selbst das einhält, was sie auch von den Leistungserbringern im Gesundheitswesen verlangt. Und es handelt sich – genau betrachtet – auch nicht um eine wirklich neue Forderung, die erst durch Evidence-based Medicine auf die Agenda gesetzt wurde oder werden konnte. Mit der Diskussion über Evidence-Based Policy wird eine Diskussion weitergeführt bzw. wieder aufgenommen, zu der sich bereits Max Weber 1919 in einem richtungsweisenden und einflussreichen Vortrag äußerte (Weber 1919). Eine am Konzept der EBP orientierte Gesundheitspolitik kann m.E. als moderne Erscheinungsform einer im Weberschen Sinne ‚verantwortungsethisches‘ orientierten Politik gelten, einer Politik, die ihre Entscheidungen im Bewusstsein der Verantwortung für die Folgen der eigenen Entscheidungen trifft.

Eine evidenz-basierte Gesundheitspolitik braucht umfassende Pflegeforschung

Damit kann ich nun zurückkommen zu der Frage nach der unmittelbaren Bedeutung der Pflegeforschung für die Gesundheitspolitik. Eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik braucht neueste Forschungsergebnisse und eben auch solche der Pflegeforschung. Und Gesundheitspolitik, die das Teilsystem Pflege im Gesundheitswesen unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse politisch steuern will, braucht mehr als eine nur auf die Verbesserung der Pflegepraxis ausgerichtete Pflegeforschung. Sie braucht eine Pflegeforschung, die ihr für alle Schritte des politischen Entscheidungszyklus relevante Erkenntnisse und Konzepte zur Verfügung stellen kann.

Dies soll im folgenden an dem Modell eines ‚Politischen Kernprozesses‘ erläutert werden, das in dem bereits erwähnten Strategiepapier der New Labor Regierung be-

nutzt wurde (SPMT 1999: Ziff. 2.6). Der politische Entscheidungsprozess wird dort in vier Schritte unterteilt:

1. das Problem verstehen
2. eine Lösung entwickeln
3. die Lösung umsetzen
4. den Erfolg überprüfen

Man kann leicht die Nähe zu dem aus dem Qualitätsmanagement bekannten PDCA-Zirkel erkennen, mit seinen Schritten Plan, Do, Check, Act. Was auch noch einmal verdeutlicht, dass es hier um die Frage der Qualität politischer Entscheidungen geht. Doch zurück zur These, dass eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik Ergebnisse der Pflegeforschung für jeden dieser vier Schritte braucht.

1. Um Probleme in ihrem Zuständigkeitsbereich erkennen und verstehen zu können, braucht Gesundheitspolitik eine von Partei- und Verbandsinteressen unabhängige kontinuierliche wissenschaftliche Beobachtung von Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität. Ebenso braucht sie auch eine kontinuierliche Beobachtung des Gesundheitssystems und seiner Subsysteme, darunter auch des Systems der pflegerischen Versorgung. Nur durch die Zusammenführung dieser Daten, sowohl quantitativer wie auch qualitativer, lässt sich ein einigermaßen zutreffendes Bild der sozialen Wirklichkeit konstruieren und lassen sich zuverlässig politische Handlungsbedarfe ableiten.

2. Für den zweiten Schritt, die Entwicklung Problem angemessener Lösungen, braucht Gesundheitspolitik insbesondere aufbereitete Ergebnisse der internationalen und nationalen Forschung zu Pflegeinterventionen und Pflegekonzepten. Ein besonderer Bedarf scheint mir hier an systematischen Übersichtsarbeiten zu bestehen, die zu ausgewählten Themen den internationalen Forschungsstand in einer Form aufbereiten, die ihn sowohl für die Pflegepraxis als auch für die Gesundheitspolitik verständlich machen.

3. Bei der Umsetzung ihrer Entscheidungen in die gesellschaftliche Praxis braucht Gesundheitspolitik die wissenschaftliche Begleitung und Unterstützung vor allem für neue, innovative Versorgungs- und Pflegekonzepte. Denn deren Erfolg oder Misserfolg wird auch als Erfolg oder Misserfolg von Politik gedeutet, insbesondere dann, wenn diese Konzepte in Gesetzen gefordert oder sogar vorgeschrieben werden.

4. Und schließlich sollte eine auf gute politische Praxis ausgerichtete Gesundheitspolitik ein starkes Interesse daran haben, zuverlässiges Wissen über die Wirkungen der von ihr beschlossenen Maßnahmen zu erhalten, so wie es eine auf den Bereich der Pflege ausgerichtete Evaluationsforschung liefern kann. Die wissenschaftliche, regierungs- und verbandsunabhängige Evaluation gesundheitspolitischer Reformprogramme gehört nach meinem Verständnis zu den unabdingbaren Voraussetzungen guter politischer Entscheidungspraxis, nicht zuletzt, weil politische Entscheidungszyklen nie abgeschlossen sind. Nach dem Motto: Nach der Reform ist vor der Reform.

Ich halte also fest, dass qualitativ gute Politik die Nutzung externer Evidenz braucht, und das schließt insbesondere auch die Nutzung von Forschungsergebnissen ein. Aus diesem Grund braucht Gesundheitspolitik in Deutschland eine gut entwickelte und leistungsfähige Pflegeforschung. Aus diesem Grund hat Pflegeforschung eine originäre und unmittelbare Bedeutung für Gesundheitspolitik.

Schlussbetrachtung

Nicht nur das Gesundheitswesen und die Pflege stehen vor gewaltigen Herausforderungen, auch die Gesundheitspolitik. Es ist an der Zeit, dass sich auch die deutsche Gesundheitspolitik diesen Herausforderungen stellt und sich auf den Weg zu einer evidenzbasierten Gesundheitspolitik begibt. Auf diesem Weg braucht die deutsche Gesundheitspolitik weit mehr als in der Vergangenheit externe wissenschaftliche Evidenz. Für die politische Steuerung des pflegerischen Versorgungssystems ist dies mit einem steigenden Bedarf an Pflegeforschung in den zuvor genannten Bereichen verbunden. Wenn die von vielen Stellen immer wieder betonte zukünftig wachsende Bedeutung der Pflege durch den epidemiologischen und demographischen Wandel ernst genommen wird, so zieht dies logischer Weise auch eine wachsende Bedeutung der Pflegeforschung für die Gesundheitspolitik nach sich.

Allerdings darf Pflegeforschung zukünftig nicht auf nur einen Teilbereich beschränkt werden. Anwendungsorientierte Pflegeforschung ist ohne Zweifel von außerordentlicher Bedeutung für die Pflegepraxis und die bisherigen Forschungs- und Entwicklungsanstrengungen können nur ein Anfang sein. Pflegeforschung ist aber auch von unmittelbarer Bedeutung für die Gesundheitspolitik. Gesundheitspolitik braucht einen Ausbau der Pflegeforschung, nicht nur um die Qualität der Pflege zu verbessern, sondern auch und vor allem um die eigene politische Praxis zu verbessern.

Abschließend soll noch einem möglichen Missverständnis vorgebeugt werden. Eine auf unmittelbare Nutzung durch die Gesundheitspolitik ausgerichtete Pflegeforschung bedeutet keineswegs eine Abwertung der Pflegepraxis. Im Gegenteil: Meines Erachtens braucht die Pflegepraxis eine Pflegeforschung, die direkten Zugang zur Gesundheitspolitik hat, deren Ergebnisse von der Gesundheitspolitik angefordert und studiert werden. Damit wird zugleich und auf nachhaltige Weise die zukünftig wachsende Bedeutung der Pflege unterstrichen und politisch abgesichert. Eine so verstandene Pflegeforschung kann gegenüber der Gesundheitspolitik zugleich auch eine anwaltschaftliche Funktion für die Pflege wahrnehmen. Eine Aufwertung der unmittelbaren gesundheitspolitischen Bedeutung der Pflegeforschung kann einen wesentlichen Beitrag zu einer veränderten Wahrnehmung der Pflege in der Gesundheitspolitik und auch in der Gesellschaft leisten.

Literatur

- Blair, T.; Cunningham, J. (1999): Modernising Government. Abgerufen 16.07.2006, von <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm43/4310/4310.htm>
- BMBF (2001): Bekanntmachung der Förderrichtlinien zur anwendungsorientierten Pflegeforschung vom 25.04.2001. Abgerufen 16.07.2006, von http://www.bmbf.de/foerderungen/677_2917.php
- BMGS, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Berlin
- Cookson, R. (2005): Evidence-based policy making in health care: what it is and what it isn't. In: Journal of Health Services Research & Policy 10, 2: 118-121
- Dobrow, M. J.; Goel, V.; Upshur, R.E.G. (2004): Evidence-based health policy: context and utilisation. In: Social Science & Medicine 58: 207-217
- Fox, D. M. (2005): Evidence of Evidence-Based Health Policy: The Politics Of Systematic Reviews In Coverage Decisions. In: Health Affairs 24, 1: 114-122
- Harries, U.; Elliott, H.; Higgins, A. (1999): Evidence-based policy-making in the NHS: exploring the interface between research and the commissioning process. In: Journal of Public Health Medicine 21, 1: 29-36
- Innvaer, S.; Vist, G.; Trommald, M. et al. (2002): Health policy-maker's perceptions of their use of evidence: a systematic review. In: Journal of Health Services Research & Policy 7, 4: 239-244
- Nutley, S.; Davies, H.; Walter, I. (2003): Evidence Based Policy and Practice: Cross Sector Lessons from the UK, Keynote Paper for the Social Policy Research and Evaluation Conference. Wellington, NZ
- SPMT, Strategic Policy Making Team (1999): Professional Policy Making for the Twenty First Century. Abgerufen 16.07.2006, von <http://www.policyhub.gov.uk/docs/profpolicymaking.pdf>
- SVR, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2005). Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005
- SVRKAiG, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen
- SVRKAiG, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Baden-Baden: Nomos
- Weber, M. (1919): Politik als Beruf. In: Weber, Max (Hg.), Gesammelte Politische Schriften. Tübingen: UTB Mohr, 505-560

Prof. Dr. Michael Simon

Ev. Fachhochschule Hannover, Blumhardtstr. 2, 30625 Hannover, simon@efh-hannover.de