

Sabine Bartholomeyczik

Über die Anfänge der DGP: Die Gründung des Deutschen Vereins zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung (DVP) vor 30 Jahren

About the beginning of the German Society of Nursing Science (DGP): the foundation of the German Association for Promoting Nursing Science and Research (DVP) 30 years ago

The German Association for Promoting Nursing Science und Research was founded in May 1989 initiated by a "Permanent Conference of Institutes of Continuing Education" of nurses. At that time first projects of nursing research in the Federal Republic of Germany were performed and discussed. Self-affirmation about nursing science und nursing research was focused. Based on former proceedings, minutes and other documents this article tries to describe important steps of the foundation process with its goals, its activities and discussions. Some professional career aspects of the first steering committee members are characterized.

Keywords

German Association for Promoting Nursing Science und Research, foundation phase, pioneers of nursing science, Permanent Conference of Institutes of Continuing Education, goals and structures of the DVP

Im Mai 1989 wurde der DVP als eine Initiative der „Ständigen Konferenz der Weiterbildungsinstitute“ für Pflegeberufe gegründet. Es war eine Zeit, in der erste Pflegeforschungsprojekte in der BRD durchgeführt und diskutiert wurden, eine Selbstvergewisserung über Pflegewissenschaft und -forschung stattfand. Anhand damaliger Protokolle, Sitzungsberichte und anderer Unterlagen wird in dem Artikel versucht, wichtige Schritte dieser Gründung mit ihren Zielen, ihren Aktivitäten und Diskussionen darzustellen. Einige berufliche Aspekte der ersten Vorstandsmitglieder werden beschrieben.

Schlüsselwörter

Deutscher Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung, Gründungsphase, Pionierinnen der Pflegewissenschaft, Ständige Konferenz der Weiterbildungsinstitute, Ziele und Strukturen des DVP

1. Einführung

Am 10. Mai 1989 fand die Gründungssitzung des „Deutschen Vereins für Pflegewissenschaft und -forschung“ (DVP) statt, der später so benannten „Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft“ (DGP). Das Datum klingt nach einem klaren Schritt und einfachen Entschluss. Dass dies nicht ganz so einfach war, Rahmenbedingungen der Zeit brauchte und etliche Hürden zu überwinden hatte, soll die folgende Darstellung der Gründungsphase verdeutlichen.

Da selbst Erlebtes in solchen historischen Darstellungen die Gefahr mit sich bringt, dass die Darstellung allzu subjektiv wird, habe ich mich vor allem an Unterlagen in Form von Protokollen, Sitzungseinladungen oder anderen nicht veröffentlichten Dokumenten aus der Gründungsphase gehalten.

2. Aufbruchzeiten: Ende der 1980er Jahre

Die zweite Hälfte der 1980er Jahre stellte einen sichtbaren Aufbruch bei der Diskussion um eine Professionalisierung der Pflege und Fragen der Wissensbasierung durch Forschung dar. An anderer Stelle habe ich dies als die 1. Phase der Entwicklung von Pflegewissenschaft in Deutschland beschrieben, charakterisiert durch Aktivitäten einzelner Pionierinnen¹, oft unterstützt durch den pflegerischen Berufsverband (DBfK) und ohne formale Anbindung an die üblichen Wissenschaftsstrukturen an Hochschulen oder sonstigen Forschungsinstituten (Bartholomeyczik 2017).

Hier sollen die Aktivitäten beleuchtet werden, die sich später auch in den Gründungsdiskussionen des DVP wiederfanden bzw. dort aufgegriffen wurden. Zwei Forschungsprojekte mit völlig unterschiedlichen strukturellen Rahmenbedingungen spielen dabei eine wichtige Rolle: Das war zum einen die aus Fortbildungsseminaren am Bildungszentrum Essen des DBfK entstandene Studie zur Arbeit von Pflegenden in der Nacht mit Beginn 1986 („Nachtwachenstudie“)(Bartholomeyczik et al 1993). Sie wurde von einer Gruppe forschungsinteressierter Pflegenden mit viel Engagement nahezu ohne finanzielle Unterstützung in der „Freizeit“ der Forschenden durchgeführt. Das zweite Projekt war die Untersuchung zur Ganzheitlich-rehabilitierenden Prozesspflege bei Patienten nach einem Schlaganfall mit Beginn 1988 (Krohwinkel 1993). Auch wenn letztere Studie vom Bundesgesundheitsministerium gefördert wurde und daher als erstes öffentlich gefördertes Pflegeforschungsprojekt unter Leitung einer Pflegewissenschaftlerin gilt, gab es zwischen beiden Projekten personelle Überschneidungen und einen regen inhaltlichen Austausch. Dieser fachliche Diskurs wurde in der „Zentralen Arbeitsgruppe Pflegeforschung im DBfK“ (ZAPF) gebündelt, die 1988 unter der Leitung von Ilse Zopy, damals Geschäftsführerin des DBfK in Bayern, gegründet wurde und anfangs mehrheitlich aus den Projektbeteiligten der „Nachtwachenstudie“ bestand. Nahezu vom ersten Tag ihrer Arbeitsaufnahme an, dem

¹ In dieser Anfangsphase bezeichne ich die Pflegewissenschaftlerinnen in der Regel als Frauen, auch wenn einzelne Männer aktiv wurden, die dann jeweils miteinzubeziehen sind.

01.12.1987, brachte sich die erste Professorin für „Krankenpflege und Sozialwissenschaften“ in der BRD, Ruth Schröck, in diese Gruppen und Diskussionen fördernd und fordernd mit ein. Ein wichtiges erstes Produkt der ZAPF war 1988 eine „Definition Pflegeforschung“, die zunächst als Einzelpapier auf einigen Forschungstagungen verteilt wurde und später veröffentlicht wurde (Krohwinkel 1992). Diese Veröffentlichung war Teil eines Buches über einen Workshop von 1991, bei dem die ersten Ergebnisse aus dem Projekt zur Pflege bei Patienten nach einem Schlaganfall einer Gruppe von ca. 30 Pflegewissenschaftlerinnen (incl. einem Mann) und -förderern (vorwiegend Männer) sowie Vertretern des Bundesgesundheitsministeriums vorgestellt wurden. Es trägt den, wie ich finde, nach wie vor bedeutsamen Titel „Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis“, in dem sich die Notwendigkeit der Pflege als eigenständiger Teil einer gesundheitlichen Versorgung niederschlägt. Außerdem enthält er ein Grundsatzreferat von Ruth Schröck über Entwicklung und Perspektiven der Pflegeforschung (Schröck 1992) sowie eine „Denkschrift zur Lage der Pflegeforschung in der BRD“ (Krohwinkel et al. 1992), die neben Notwendigkeiten der Institutionalisierung und Akademisierung auch prioritäre Fragestellungen behandelt, von denen längst noch nicht alle angemessen in der inzwischen entwickelten Pflegeforschung auftauchen. Zur Zeit des Workshops war der DVP bereits gegründet, dieser war dort neben Ruth Schröck als Erster Vorsitzender auch durch Hilde Steppe vertreten.

Vor den geschilderten Forschungsaktivitäten gerät eine Initiative völlig in den Hintergrund, die ebenfalls in dieser Zeit zu verorten und für eine Pflegewissenschaft von Bedeutung ist: Dies sind die Ansätze, Pflgetheorien und Modelle, die vor allem in den USA, aber auch in Großbritannien entwickelt wurden, für die Praxis aufzubereiten. Das Modell von Roper, Logan und Tierney aus Schottland hatte über das Lehrbuch von Liliane Juchli bereits eine große Verbreitung erfahren (Juchli 1983), aber andere Theorien waren deutschsprachig bislang nicht zugänglich – Ausnahme war die vom „Weltbund der Krankenschwestern“ (1963) herausgegebenen „Grundregeln der Krankenpflege“ von Henderson. Auf Initiative von Hilde Steppe, damals Leiterin des Fortbildungszentrums für Berufe im Gesundheitswesen des Berufsfortbildungswerks (bfw) des Gewerkschaftsbundes in Frankfurt am Main, wurden über viele Monate hinweg ab 1989 Artikel über Pflegemodelle in der Zeitschrift „Die Schwester/Der Pfleger“ veröffentlicht, eingeleitet mit Einordnungen zu ihrer Bedeutung (Steppe 1989) und ihrer Bewertung (Steppe 1990). In dieser Reihe wurden weitere Modelle bis 1992 gemeinsam von Petra Botschafter, damals im Institut für Soziologie der FU Berlin und Mitgestalterin des 1981 abgewickelten Modellstudiengangs für Pflegelehrerinnen an der FU, und Martin Moers, damals am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, bearbeitet (z. B. Botschafter et al. 1992). In etwa der gleichen Zeit erschien von Elisabeth Drerup eine Übersicht über sechs Pflegemodelle mit beispielhaften Praxisbezügen (Drerup 1990).

Aus meiner Sicht stellen diese Aktivitäten und Diskussionen wichtige Grundlagen auch für Selbstvergewisserungen dar, die sich in den Gründungsdiskursen des DVP wiederfinden.

3. Konkrete Planungen für eine wissenschaftliche Gesellschaft der Pflege

Nach den mir vorliegenden Unterlagen (Auer 2008) gab es erste Überlegungen für eine Organisation, in deren Mittelpunkt die Pflegeforschung stehen sollte, seit September 1987. Bereits Mitte der 1980er Jahre hatten Leitende von Weiterbildungsinstituten für Pflegeberufe, die damals zuständig für die Weiterbildung für Lehr- und Leitungsfunktionen in der Pflege waren, eine „Ständige Konferenz der Weiterbildungsinstitute“ gebildet, der alle derartigen Institute angehörten (Dielmann 2018). Träger dieser insgesamt wohl 18 Institute waren Wohlfahrtsverbände (kath. 4, ev. 3, anthroposophisch 1), Berufsverbände (DRK 1, DBfK 2 – incl. dem etwas anders orientierten Bildungszentrum Essen) und Gewerkschaften (5), aber auch davon unabhängige wie z. B. die Schwesternschule der Universität Heidelberg (USH) und eine private Schule in Stuttgart („Schule Witte“). Außerdem gab es seit Anfang der 1980er Jahre sowohl an der Universität als auch an der Fachhochschule Osnabrück Weiterbildungsstudiengänge für Lehrende in den Gesundheitsberufen und Leitende in der Pflege, für die ein Zertifikat verliehen wurde. Die „Ständige Konferenz“ tagte zweimal jährlich, teilweise auch international. Ziel war neben einem Erfahrungsaustausch die Diskussion der Rahmenbedingungen für die Weiterbildungen, die damals sehr unterschiedlich waren (Dielmann 2018).

Aus dieser „Ständigen Konferenz“ hatte sich eine „AG Pflegeforschung“ gebildet, die am 5.9.1987 in Essen tagte und laut Protokoll über ein „übergeordnetes Gremium in Deutschland für die Pflegeforschung“ (Auer 2008: 2) diskutierte. Unterstützt wurde die „AG Pflegeforschung“ aus der Schweiz, wo ähnliche Aktivitäten vor allem durch Silvia Käppeli und Martha Meier initiiert worden waren, beide damals an der Kaderschule für Krankenpflege des Schweizer Roten Kreuzes in Aarau beschäftigt.

Die Ansprüche und Wünsche für die Aufgaben dieses geplanten übergeordneten Gremiums waren hochgesteckt: *„Es wurde als notwendig gesehen, eine Einrichtung/Institution zu schaffen, die als einflussreiches Gremium von allen Fort- und Weiterbildungsinstituten/Hochschulen und von staatlicher Seite anerkannt und beauftragt wird, Forschungsprojekte zu koordinieren, nach außen zu vertreten, finanzielle Quellen zu erschließen, Pflegeforschung in Deutschland zu fördern und im deutschsprachigen Ausland zusammenzuführen. Dieses Gremium soll verbandsunabhängig sein, aber alle Interessengruppen müssen sich vertreten wissen.“* (Auer 2008: 3).

Vor der eigentlichen Gründung des DVP fanden 1988 drei weitere Sitzungen der „AG Pflegeforschung“ statt. Neben der Präzisierung von Aufgaben für die zukünftige Gesellschaft mussten auch andere Themen diskutiert werden: Wie sollte eine Finanzierung aussehen? Welche Rechtsform ist angemessen: Eingetragener Verein mit Gemeinnützigkeit? Wer darf Mitglied werden? Etliche Bedenken gegen die Neugründung einer separaten Gesellschaft wurden geäußert (Auer 2008): Es wurde angemahnt, dass bereits bestehende Ansätze zur Pflegeforschung auf jeden Fall integriert werden müssten, wie z. B. die Arbeit der Agnes-Karll-Stiftung für Pflegeforschung (angebunden an den DBfK), unter deren Dach das damals laufende Projekt zur Pflege bei Patienten nach ei-

nem Schlaganfall angesiedelt war. Von anderer Seite wurde gefordert, die Pflegeforschung gänzlich beim DBfK zu belassen. Schließlich gab es Überlegungen, ob nicht eine gemeinsame Interessenvertretung mit dem Verband der Leitenden und dem der Lehrenden in der Pflege möglich wäre. Von Seiten einer evangelische Einrichtung wurde zu bedenken gegeben, dass „Großinstitutionen“ – gemeint sind hier wohl sämtliche evangelische Träger von Pflegebildungseinrichtungen – nur schwer von „der Wichtigkeit von Krankenpflegeforschung und von gemeinsamer Krankenpflegeforschung“ (Auer 2008: 5) überzeugt werden könnten. Es bestanden darüber hinaus Befürchtungen, dass ein Trägerverband gegenüber anderen eine Vormachtstellung erhalten könnte. Daher wurde beschlossen, dass es keine institutionellen Mitglieder geben sollte, sondern nur Einzelpersonen.

Aus dem August 1988 existiert eine Unterschriftenliste zur Unterstützung der Gründung einer Deutschen Gesellschaft für Pflegeforschung aus 14 Weiterbildungsinstituten, teilweise von zwei Verantwortlichen eines Instituts unterzeichnet (Auer 2008). Als Verbände sind die kirchlichen Organisationen sowohl von katholischer als auch evangelischer Seite, der DBfK, das Deutsche Rote Kreuz, die Gewerkschaften (DGB, ÖTV, DAG) vertreten sowie die USH und die Universität Osnabrück als Institutionen.

Im Februar 1989 wurde der Termin 10.5.1989 für die Gründungsversammlung festgelegt, die in Frankfurt am Main beim Berufsbildungswerk (bfw) mit der Einladung durch Hilde Steppe stattfinden sollte.

4. Anfänge und Strukturentwicklungen

An der Gründungsversammlung im Mai 1989 nahmen 12 Gründungsmitglieder teil, von denen die meisten bei den Vorbereitungsaktionen bereits aktiv waren. Ein Satzungsentwurf war vorhanden, der aber erst von einer regulären Mitgliederversammlung beschlossen werden sollte. Er bildete die Grundlage für Vorstandswahlen und weitere Aktivitäten der Vereinsgründung.

Danach sollte der Verein heißen: „Deutsche Gesellschaft zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung – eine Initiative der Weiterbildungsinstitute für Pflegeberufe in der Bundesrepublik Deutschland“. Die Namensgebung erfuhr erstaunliche Einschränkungen: Bei der Anmeldung des Vereins beim Amtsgericht Osnabrück, das wohl gewählt war, weil dort die Erste Vorsitzende ihren Arbeitssitz hatte, wurde der gewählte Name nicht akzeptiert. Der dortige Amtspfleger lehnte die Eintragung in das Amtsregister mit dem Begriff „Gesellschaft“ ab, obwohl dies schon damals ein gängiger Begriff für ähnlich geartete Vereine war. Über Gründe könnte ich hier nur spekulieren. Die „Gesellschaft“ musste zum „Verein“ werden und hieß nunmehr „Deutscher Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung“, der Zusatz mit der Initiative blieb. Die vorläufige Ablehnung der Registereintragung führte dazu, dass die vorgesehene Mitgliederversammlung im September 1989 in eine „öffentliche Sitzung der Gründungsmitglieder“ umfunktioniert wurde, auf der der erste Satzungsentwurf be-

geschlossen wurde. Der DVP behielt diesen Namen bis 2000, als der „Verein“ zwar noch nicht fallen durfte, dafür aber die inzwischen nicht mehr bedeutsam erscheinende ursprüngliche „Initiative der Weiterbildungsinstitute ...“ gestrichen wurde ebenso wie Förderung und Forschung: er hieß fortan kurz „Deutscher Verein für Pflegewissenschaft“. Der „Verein“ konnte erst im November 2005 durch die „Gesellschaft“ ersetzt werden, nachdem der frühere Amtspfleger in Osnabrück nicht mehr hierfür zuständig war.

Zu Beginn konnten laut „Satzung gemäß Beschluss der außerordentlichen Sitzung der Gründungsmitglieder vom 19.9.1989“ ordentliche Mitglieder im DV Pflegewissenschaft nur „hauptamtliche Mitarbeiter_innen von Institutionen, die Mitarbeiter_innen aus pflegerischen Berufen zu Pflegedienstleiter_innen oder Unterrichtsschwestern/ -pflegern fort- und weiterbilden“ (§2, DVP 1989/90) werden. Die Konzentration auf Mitarbeiter von Weiterbildungseinrichtungen wurde mit dem Bildungsauftrag dieser Institute begründet. Personen, die nicht hauptamtlich in Weiterbildungsinstituten beschäftigt waren, konnten immerhin außerordentliche Mitglieder werden, hatten aber kein Stimm- und Wahlrecht. Bereits auf der 1. Mitgliederversammlung im Februar 1990 wurde eine Satzungsänderung hierfür beantragt. Mit Beschluss der 2. Mitgliederversammlung vom November 1990 wurde die ordentliche Mitgliedschaft auf Personen, „*zu deren Tätigkeitsbereich pflegewissenschaftliches Arbeiten oder Pflegeforschung gehört*“ und auf „*Angehörige pflegerischer Berufe, die an der Entwicklung pflegewissenschaftlicher Grundlagen für die Praxis interessiert sind*“ (§ 2, DVP 1989/90) ausgedehnt. Heute werden zusätzlich Studierende und Auszubildende als potentielle Mitglieder benannt.

Neben den ordentlichen Mitgliedern gab es Fördermitglieder, von denen vor allem ein finanzieller Grundstock erhofft wurde. Die erste reguläre Mitgliederversammlung fand im Februar 1990 mit der Aufnahme einer Reihe neuer Mitglieder statt. Im Mai 1990 waren es bereits 73.

Bereits in der 2. Mitgliederversammlung wurden zwei Ehrenmitglieder aufgenommen: Antje Grauhan – vielseitige Wegbereiterin der Akademisierung der Pflegebildung und ihrer Inhalte, langjährige Leiterin der USH und später des Modellstudiengangs für Lehrerinnen in der Pflege an der FU in Berlin (1978-81) und Renate Reimann, bis 1990 Leiterin des Bildungszentrums Essen des DBfK, wo sie erste Forschungsseminare für interessierte Pflegende unterstützt von Monika Krohwinkel organisierte (DVP 1990). In der 3. Mitgliederversammlung 1991 erfolgte die Aufnahme von Anna Sticker, Historikerin und Diakonisse im Kaiserswerther Diakonissenmutterhaus, als Ehrenmitglied des DVP (DVP 1991).

5. Ziele und Vorhaben

Als Zweck des Vereins waren in der Satzung neben der allgemeinen Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung auch die Koordination von Forschungsvorhaben angegeben, sowie „*deren Ergebnisse für alle Gebiete der Pflege in Theorie und Praxis nutzbar*“

zu machen“ (§ 1, DVP 1989/90). Wie dies geschehen sollte, wurde etwas konkreter angegeben mit der Anregung und Förderung von „*Dokumentation, Theorieentwicklung und Forschung*“, der Vertiefung des Verständnisses für Pflegeforschung und der Heranführung an die Methoden der Forschung. Der Satzungszweck sollte durch die „*Unterhaltung einer Dokumentationsstelle Koordination und Vergabe von Forschungsaufträgen sowie Durchführung wissenschaftlicher Veranstaltungen*“ (§ 1, Satz 3.3, DVP 1989/90) verwirklicht werden.

In der Einladung zur ersten öffentlichen Versammlung der Gründungsmitglieder im September 1989 sind einige konkrete Vorhaben genannt, die hier als „kurzfristige Initiativen“ bezeichnet werden:

- „- *die Errichtung eines Archivs ‚Pflegeforschung‘*
- *die Erfassung aller abgeschlossenen und gängigen Forschungsvorhaben in der Krankenpflege im deutschsprachigen Raum*
- *die Aufstellung von Informationen über wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Krankenpflege im deutschsprachigen Raum*
- *die Benennung von Kontaktpersonen, die an der Forschung interessierten Schwestern und Pflegern unmittelbar Rat und Hinweise zukommen lassen können*
- *die Zusammenstellung von Informationsmaterial über Hochschulstudien für Krankenschwestern und -pfleger in der Bundesrepublik und im Ausland sowie über weiterführende akademische Studien und Promotionsmöglichkeiten“* (Recken 2017).

Es zeigt sich deutlich, dass Basisinformationen zu sammeln und weiterzugeben ein zentrales Anliegen war in einer Zeit, in der sich reguläre Pflegestudiengänge in der BRD allenfalls in der Planung befanden, Wissenschaftsstrukturen in Vorbereitung waren, die meisten tatsächlichen Aktivitäten außerhalb dieser Strukturen stattfanden und vor allem einzelnen Pionierinnen zuzuordnen waren. Das Internet als Kommunikationsinstrument und Technik zur Informationssuche für „Informatik-Laien“ existierte noch nicht. Neben dieser Informationsbündelung und -verbreitung sollte für Forschungsinteressierte auch so etwas wie eine Methodenberatung angeboten werden. Als wichtiger Schritt Richtung Normalisierung akademischer Bildung in der Pflege ist die Berufung von Ruth Schröck als erster „Pflegeprofessorin“ in der BRD an die FH Osnabrück zu bezeichnen.

Erste Produkte waren Mitgliederlisten, um Vernetzung zu fördern sowie eine immer wieder ergänzte Liste mit Literaturangaben zu pflegerelevanter wissenschaftlicher Literatur, deren Vorläufer in der ZAPF des DBfK erstellt worden war. Wichtig war die recht mühsame Sammlung von Pflegeforschungsberichten, die bisher nicht veröffentlicht waren oder nur als „graue“ Literatur, z. B. in Form von Qualifizierungsarbeiten, existierten. Außerdem wurden an der FH Osnabrück in einem Archiv für Pflegeforschung Veröffentlichungen der letzten 10 Jahre erfasst, dazu gehörten auch Tagungsberichte. Eine Reihe inoffiziell aus dem Englischen übersetzter Pflegeartikel wurde zum persönlichen Gebrauch für Mitglieder angeboten. Daraus entwickelte sich eine AG Übersetzungen, aus der später auch offiziell veröffentlichte Übersetzungen hervorgingen (z. B. Schröck et al. 1997).

Archive wie das Dokumentationszentrum des Deutschen Krankenhausinstituts und das Institut für Zeitgeschichte der FU Berlin wurden für potentielle Kooperationen angeschrieben. Kontakte zu verschiedenen potentiellen Förderorganisationen wurden aufgenommen wie z. B. zur Robert-Bosch-Stiftung, zur B. Braun Stiftung.

Fünf Arbeitsgruppen werden im Protokoll der 2. Mitgliederversammlung (DVP 1990) genannt, bei denen die Öffentlichkeitsarbeit des Vereins im Vordergrund steht: Es geht um Informationsmaterial, Mitgliederwerbung, Stiftungen und Fördermitglieder sowie die Suche nach einem Vereinsorgan. Zu letzterem sei angemerkt, dass es zwar Angebote verschiedener Verlage und Zeitschriften gab, diese aber zunächst nicht angenommen wurden (DVP 1991). Dafür erschienen in den Fachzeitschriften Berichte über den DVP, allerdings unregelmäßig. Ein eigenes Vereinsorgan entwickelte sich erst aus der Sektion „Pflege und Gesellschaft“, die nach einigen Anläufen 1993 auf Initiative von Jörg Alexander Meyer (später Hallensleben) gegründet wurde (Bartholomeyczik 2010). Es erhielt den Sektionsnamen, den es bis heute trotz einiger Umwandlungen trägt. Die Zeitschrift erschien seit 1996 mit regulären Ausgaben, allerdings wie die meiste Arbeit im DVP fast ausschließlich in ehrenamtlicher Arbeit, die im Vorstand vor allem von Gerd Dielmann mit geleistet wurde.

Kontakte zur „Deutschen Gesellschaft für Krankenpflege“ der ehemaligen DDR mit dem Ziel, sie in den DVP aufzunehmen, werden 1991 als gescheitert berichtet (DVP 1991a).

Trotz der geringen finanziellen Mittel konnten auf Antrag einige kleinere Forschungsprojekte eine Anschubfinanzierung beim DVP erhalten. Dies reichte jedoch nie zur Sicherstellung eines gesamten Projektes, waren sie doch eher zur Unterstützung von Personen gedacht, die ohnehin ein Projekt durchführen wollten oder mussten (Qualifizierungsarbeiten).

6. Sektionen und Geschäftsstelle

Sehr viele Regularien mussten geschaffen werden, um der Arbeit an Inhalten der Pflegewissenschaft einen handhabbaren Rahmen zu geben. So wurde besprochen, dass die inhaltliche Arbeit des Vereins vor allem in Sektionen erfolgen sollte, was damals jedoch noch nicht, heute aber wohl in der Satzung der DGP mit verankert ist. Für die Gründung der Sektionen wurden Kriterien festgelegt. Die erste Sektion war die „Historische Pflegeforschung“, die bereits auf der 3. Mitgliederversammlung im April 1992 auf Initiative von Hilde Steppe gegründet wurde (DVP 1991). Diese Sektion ist bis heute mit verschiedenen Projekten aktiv und mit Tagungen, die auch international ausgerichtet wurden. Das zu erwähnen ist nicht bedeutungslos, da (fast?) alle anderen Sektionen der ersten 10 Jahre mit ihren Höhe-, aber auch Tiefpunkten befristet, aber recht unterschiedlich lange existierten. 1992 folgte die Sektion „Bildungsforschung“ und 1993 die Sektion „Pflege und Gesellschaft“. Beide existieren in dieser Form heute nicht mehr.

In den ersten drei Mitgliederversammlungen wurden so viele Anträge auf Sektionsgründungen gestellt, dass es auch mahnende Stimmen gab, sich hier nicht zu verzetteln, sondern die Initiativen und vor allem die aktiven Kolleginnen zu bündeln.

Auch hierbei erfolgte die Arbeit ausschließlich ehrenamtlich ebenso wie im Vorstand des DVP. Erst nachdem ein kleiner finanzieller Grundstock vorhanden war, konnte Unterstützung in der Geschäftsstelle geringfügig finanziert werden. Mit Sabine Brendel wurde 1992 eine interessierte und über diese Bezahlung weit hinaus engagierte Mitarbeiterin gewonnen, die die Aufbauarbeit lange Jahre unterstützte. Von 1992 bis 1994 stellte Gerda Kaufmann ein Büro in ihrer Wohnung in Mülheim an der Ruhr kostenlos zur Verfügung, danach konnte in Duisburg eine kleine Wohnung angemietet werden, die auch heute noch die Geschäftsstelle beherbergt.

Die Mitgliederzahlen entwickelten sich von den 12 Gründungsmitgliedern und der danach erfolgten Öffnung für alle pflegewissenschaftlich Interessierte auf 73 Mitglieder im Juli 1990. Ein Jahr später waren es bereits 121, im November 1992 231 und zum Ende der ersten Wahlperiode Anfang 1994 wurden 284 Mitglieder gezählt.

7. Vorstandmitglieder

Es waren eine ganze Reihe hoch engagierter und von der Pflegewissenschaft überzeugter Personen aus der Pflege, die in dieser ersten Phase eine ausschlaggebende Rolle spielten. Des Umfangs wegen habe ich mich hier auf einige wenige beschränkt, nämlich auf jene, die in der ersten Wahlperiode den Vorstand des DVP bildeten. Am 10.5.1989 war ein Vorstand aus fünf Mitgliedern für fünf Jahre zu wählen.:

- Erste Vorsitzende wurde Ruth Schröck, die seit 1.12.1987 an der FH Osnabrück die erste Professur mit dem Begriff Pflege – Krankenpflege und Sozialwissenschaften – in der Fachkennzeichnung in der BRD innehatte. In dieser Funktion stellte sie eine stabile Kontinuität über 10 Jahre dar, denn alle anderen bei der Gründung gewählten Vorstandmitglieder waren in ihren Funktionen kürzer tätig. Ruth Schröck war nach einem Studium der Biologie, Philosophie und Sport in Berlin bereits in den 1950er Jahren nach Großbritannien gegangen, um dort eine Krankenpflegeausbildung mit psychiatrischem Schwerpunkt zu absolvieren. Ende der 1960er Jahre studierte sie in Edinburgh Pflegewissenschaft, Philosophie und Sozialwissenschaft. Sie promovierte nach etlichen Lehrtätigkeiten an anderen Orten wiederum in Edinburgh und wurde 1984 Professorin für Pflege und Leiterin des Fachbereichs Gesundheit und Pflege an der Queen Margret University in Edinburgh, von wo aus sie 1987 nach Osnabrück berufen wurde. Nach ihrer dortigen Emeritierung war sie von 1997-2007 Professorin für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke, wo sie vor allem das Postgraduiertenprogramm und später das Doktorandenkolleg aufbaute und leitete (Schädle-Deininger 2013).

- Gerda Kaufmann wurde stellvertretende Vorsitzende und blieb dies über die gesamte Wahlperiode. Sie war zu dieser Zeit Dozentin im Weiterbildungsstudiengang für

Lehrende an Pflegeschulen an der Universität Osnabrück, hatte in den 1950er Jahren ihre Krankenpflegeausbildung an der USH absolviert, studierte später an der Columbia University in New York Pädagogik und Pflege. Nach Arbeit als Pflegelehrerin in Deutschland machte sie eine Weiterbildung in Lausanne in der Schweiz, lernte im französischen Lyon an der Internationalen Pflegehochschule der WHO, war beim DBfK und in Kaiserswerth mit Bildungsaufgaben betraut bis sie 1980 als wissenschaftliche Mitarbeiterin an die Universität Osnabrück für den Aufbau des genannten Weiterbildungsstudiengangs kam, wo sie 1992 aus Altersgründen ausschied (Trockel et al. 1999).

- Weiterhin in den Vorstand gewählt wurde Inge Vollstedt, die zu dieser Zeit Leiterin der USH war. Nach ihrer Pflegeausbildung in den 1960er Jahren in Hamburg begann sie einen international geprägten Lern- und Arbeitsweg mit Arbeitsaufenthalten in England, einem Studium der Theologie in den USA in den 1970er Jahren, Arbeit in Israel und in Deutschland. Ab 1992 studierte und promovierte sie in Edinburgh zu einem philosophischen Thema. Deswegen schied sie Ende 1991 aus dem Vorstand des DVP aus. Nachfolgerin wurde Barbara Hobbeling, ebenfalls Lehrerein an der USH (DVP 1991a). Als Barbara Hobbeling ein Jahr später ebenfalls für ein Studium den Vorstand des DVP verließ, wurde sie von Elke Müller, ehemals ebenfalls Lehrerin an der USH, Mitarbeiterin am Projekt zur Pflege bei Schlaganfallpatienten und im „Nachtwachenprojekt“ sowie Mitglied der ZAPE, für einen begrenzten Zeitraum von einem Jahr vertreten.

- Weiteres Vorstandsmitglied war Marianne Arndt, die zum Zeitpunkt der Gründung des DVP berufsfachliche Leiterin des katholischen Weiterbildungsinstituts für Krankenpflege in Freiburg war. Sie hatte ihre Krankenpflegeausbildung in den 1960er Jahren in Großbritannien absolviert und später in europäischen und afrikanischen Ländern in verschiedenen Bereichen der Pflege gearbeitet, machte ihre Ausbildung zur Lehrerin für Pflege an der USH, arbeitete in Israel und studierte schließlich Pastoraltheologie in Paderborn. Sie schied nach sehr kurzer Vorstandsarbeit im DVP bereits 1990 aus, da sie Stipendien der Robert Bosch Stiftung und des Europarats für das Studium der Pflegewissenschaft in Edinburgh mit anschließender Promotion erhalten hatte (Trockel et al. 1999). Später war sie Dozentin an dem Studiengang der Pflegepädagogik an der HU Berlin und auf den Hebriden, weitere Lehraufträge in verschiedenen europäischen Ländern kamen hinzu. Als Sr. M. Benedicta lebt sie im neuen Jahrtausend im Zisterzienserinnenorden an verschiedenen Orten in Deutschland und Großbritannien.

- Nachfolger von Marianne Arndt im Vorstand des DVP wurde Gerd Dielmann, Gründungsmitglied und wahrscheinlich von allen Vorstandsmitgliedern des DV Pflegewissenschaft und der DGP derjenige, der die Vorstandsarbeit am längsten und kontinuierlichsten vorangetrieben hat, nämlich bis 2004. Er hatte in der Gründungsversammlung gleich viele Stimmen wie Marianne Arndt bekommen, hat aber zu ihren Gunsten auf das Mandat verzichtet, damit eine „paritätische Besetzung des Vorstands“ (DVP 1989) erfolgen konnte. Zur Zeit der Gründung des DVP war er Leiter des ÖTV-

Fortbildungsinstituts für Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen in Duisburg. Nach einem Pädagogikstudiums Ende der 1970er Jahre hatte er eine Ausbildung zum Krankenpfleger abgeschlossen, arbeitete nach einiger Zeit in der Pflege als Gewerkschaftssekretär der ÖTV mit Zuständigkeit für Gesundheitsberufe und wurde 1984 in die Leitung des ÖTV-Bildungsinstituts berufen, die er insgesamt 15 Jahre innehatte. Nach einem nochmaligen Abstecher als Gewerkschaftssekretär der ÖTV in Stuttgart wurde er Fachgruppenleiter Gesundheitsberufe in der ver.di Bundesverwaltung in Berlin, wo er später bis zu seiner Berentung 2015 Bereichsleiter Berufspolitik mit dem Schwerpunkt der beruflichen Bildung der Gesundheitsberufe war (Dielmann 2018).

- Als Schriftführerin wurde Hilde Steppe gewählt, die zu dieser Zeit, wie beschrieben, Leiterin des Fortbildungszentrums für Berufe im Gesundheitswesen des Berufsbildungswerks (bfw) des Gewerkschaftsbundes in Frankfurt am Main war. Sie hatte nach ihrer Pflegeausbildung und einer Intensivpflege-Weiterbildung in verschiedenen Krankenhäusern mit verschiedenen Funktionen in Deutschland gearbeitet, eine Weiterbildung zur Pflegedienstleitung abgeschlossen, sich in psychologischen Methoden bilden lassen und seit 1978 im bfw in Frankfurt gearbeitet, seit 1980 als Leiterin. In dieser Zeit absolvierte sie ein pädagogisches Studium an der Fernuniversität Hagen. Ab 1992 gestaltete sie als Leiterin das erstmalig eingerichtete und mit einer Pflegeexpertin besetzte Referats „Pflege“ im hessischen Gesundheitsministerium in Wiesbaden. 1997 promovierte sie mit einer Arbeit über die jüdische Krankenpflege in Deutschland an der Universität Frankfurt am Main und wurde 1998 als Professorin für Pflegewissenschaft an die FH Frankfurt am Main berufen, deren Pflegestudiengänge sie intensiv mit aufgebaut hatte (Steppe 2003). Als sie im April 1999 starb, war der Pflegewissenschaft und der Pflegepolitik eine äußerst kluge und kenntnisreiche Wissenschaftlerin, die gleichzeitig politisch vorausschauend argumentieren konnte, durchsetzungsstark war und über alle pflegepolitischen Ansichten hinweg vernetzen konnte, verloren gegangen.

Ebenso wie Inge Vollstedt verließ Hilde Steppe den Vorstand Ende 1991 zugunsten ihrer Arbeit im hessischen Gesundheitsministerium. Ihre Nachfolgerin war Elisabeth Drerup, damals Leiterin des Weiterbildungsinstituts für Krankenpflegeberufe in Koblenz-Arenberg – und Mitarbeiterin bei der „Nachwachenstudie“ sowie der ZAPF.

8. Schluss

Die Darstellung der DGP-Anfänge ist relativ detailliert geraten und trägt dadurch das Risiko, dass zeitübergreifende Entwicklungslinien verloren gehen. Für jüngere Generationen sollte in Erinnerung zu gerufen werden, dass bei der Vorbereitung und Gründung des DVP die DDR noch existierte. Leider hat sich die „Westlastigkeit“ des DVP/der DGP auch in den neueren Jahrzehnten kaum verändert.

Vor der Gründung des DVP waren die Ziele hoch gesteckt, sie beschrieben so etwas wie ein staatliches Institut zur Entwicklung und Steuerung von Pflegeforschung. Möglicherweise gab es Vorstellungen, die sich am us-amerikanischen National Institute of Nursing Research (NINR) orientierten, einem staatlichen Institut, das Forschungs-

programme aufstellt, Ausschreibungen für konkurrierende Bewerbungen veröffentlicht und umfangreiche Forschungsgelder für Pflegeforschung vergibt (nir 2018). Derartige Vorstellungen für die BRD waren damals illusorisch und sind es heute noch. Damals waren aber auch Forderungen einer akademischen Erstausbildung in der Pflege in der BRD illusorisch, die heute selbstverständlich sind, universitäre und hochschulische Forschungsinstitute mit pflegewissenschaftlichem Schwerpunkt ebenso. Pflegewissenschaftlerinnen beteiligen sich regelmäßig an öffentlichen Ausschreibungen. Bei den großen Forschungsförderern fehlen allerdings pflegespezifische Ausschreibungen, daran hat leider auch die Agenda Pflegeforschung für Deutschland, die mit Beteiligung aus der DGP entwickelt wurde, nichts geändert (Behrens et al. 2012).

Den großen Plänen gegenüber standen Befürchtungen aus Pflegeverbänden, dass sich hier eine verbandliche Konkurrenz auf tun, die dem eigenen Verband die Mitglieder und damit die Schlagkraft abspenstig machen und den Verband schwächen könnte. Am Ende der ersten Wahlperiode Anfang 1994 befasste sich der Vorstand in einem Mitgliedersreiben damit: Für die Berufsverbände sei die Förderung von Wissenschaft und Forschung ein Teil vieler Aufgaben, während sich der DVP ausschließlich darauf konzentrieren könne. Er könne daher besser Wissen bündeln, Netzwerke herstellen, ein klarer Ansprechpartner sein, berufs- und bildungspolitische Strategien entwickeln und im Wissenschaftsbetrieb die Pflege erkennbar vertreten (DVP 1994). Meine persönliche Erfahrung ist, dass es noch lange gedauert hat, bis mehreren Berufsverbänden eine wissenschaftliche Gesellschaft der Pflege als Selbstverständnis bewusst wurde.

Kommunikationstechniken wie Internet, eMails etc. waren noch nicht allgemein nutzbar, eine Homepage konnte es daher noch nicht geben. Viel Zeit musste mit der brieflichen Korrespondenz (Anfragen, Mitteilungen) verbracht werden. Die Öffentlichkeitsarbeit verschlang unendlich viel Zeit und Kraft, war aber dennoch nicht professionell, es fehlten dafür die Mittel.

Selbstvergewisserung war nicht nur inhaltlich von großer Bedeutung, sondern auch bei einigen formalen Fragen: Wer war als Pflegewissenschaftler zu bezeichnen? Wer durfte Mitglied im DVP werden? Musste eine pflegerische Erstausbildung Voraussetzung für eine Mitgliedschaft sein?

Allgemein erforderte die Entwicklung einer wissenschaftlichen Gesellschaft ohne ausreichende Finanzgrundlage in rein ehrenamtlicher Arbeit, fast ohne wissenschaftliche Strukturen, die einen Halt hätten geben können, und das alles im Zusammenhang mit einer sich inhaltlich erst ausbildenden wissenschaftlichen Disziplin ein außerordentliches Engagement der Aktiven. Sie sind daher als Pionierinnen zu bezeichnen, deren es so mancher in diesen Jahren bedurfte.

Glücklicherweise hat sich trotz aller noch bestehenden Desiderata einiges entwickelt. Als neuester Höhepunkt der DGP ist neben der Kooperation mit etlichen Organisationen auch außerhalb der Pflege die erste englischsprachige internationale Konferenz zu nennen, die 2018 von der DGP ausgerichtet wurde.

Dank

Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. Christine Auer, die unter der Federführung von Prof. Dr. Eva-Maria Ulmer im Auftrag der Sektion Historische Pflegeforschung der DGP aus Nachlässen von Ruth Schröck und von Hilde Steppe in der Dokumentationsstelle Hilde Steppe Archiv an der FH Frankfurt am Main Auszüge aus Dokumenten mit der Bezeichnung „Vorstudie DGP“ zusammengestellt und mir überlassen hat (Auer 2008). Andrea Thiekötter und Heinrich Recken von der Sektion Historische Pflegeforschung haben mir ebenfalls Material zur Verfügung gestellt, Gerd Dielmann konnte mir schließlich mit Details weiterhelfen. Ihnen allen sei für die Unterstützung gedankt.

Ein großer Teil an Unterlagen nach der Gründung des DVP und der Zentralen Arbeitsgruppe Pflegeforschung (ZAPF) befindet sich in meinem persönlichen Besitz.

Literatur

- Auer, C. (2008): Vorstudie 1 DGP, Entstehung der Pflegewissenschaft in Deutschland. Federführung: Prof. Dr. Eva-Maria Ulmer Fachhochschule Frankfurt am Main. Unveröffentlichtes Typoskript.
- Bartholomeyczik, S./ Dieckhoff, T./ Drerup, E./ Korff, M./ Krohwinkel, M./ Müller, E./ Sowinski, C./ Zegelin, A. (1993): Die Nacht im Krankenhaus aus der Sicht der Pflegenden. Vom Lernprojekt zum Forschungsvorhaben. Eschborn: Verlag Krankenpflege
- Bartholomeyczik, S. (2010): Jörg Hallensleben und die Geschichte von Pflege & Gesellschaft. In: Pflege & Gesellschaft, 15 (1), 96
- Bartholomeyczik, S. (2017): Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland – eine schwere Geburt. Pflege & Gesellschaft 22 (2), 101-118
- Behrens, J., Görres, S., Schaeffer, D., Bartholomeyczik, S., Stemmer, R. (2012): Agenda Pflegeforschung für Deutschland. www.agenda-pflegeforschung.de. Halle: Geschäftsstelle Agenda Pflegeforschung
- Botschafter, P., Moers, M. (1992): Pflegemodelle in der Praxis. 11. Folge: Martha Rogers, Pflege als Wissenschaft vom einheitlichen Menschen. In: Die Schwester/ Der Pfleger 31 (2), 110-121
- Dielmann, G. (2018): Persönliche Mitteilung, November 2018
- Drerup, E. (1990): Modelle der Krankenpflege. Hrsg. Wodraschke, G. Freiburg: Lambertus
- DVP (1989/90): Satzung gemäß Beschluß der außerordentlichen Sitzung der Gründungsmitglieder vom 19.9.1989 und Satzung gemäß Beschluß der 2. Mitgliederversammlung vom 16.11.1990
- (1989): Protokoll der 3. Vorstandssitzung des DVP am 18.9.1989 in Heidelberg.
- (1990): Protokoll der 2. Mitgliederversammlung am 16.11.1990 in Osnabrück.
- (1991): Protokoll der 3. Mitgliederversammlung vom 30.04.1991 in Göttingen.
- (1991a) Protokoll der 4. Mitgliederversammlung am 13.11.1991 in Heidelberg.
- (1994) Mitgliederbrief vom Januar 1994.
- Alle unveröffentlicht, persönliche Unterlagen der Autorin
- Juchli, L. (1982): Krankenpflege – Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. 4. Aufl., Stuttgart: Thieme
- Krohwinkel, M. (Hrsg.)(1992): Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos
- Krohwinkel, M./ Schröck, R./ Bartholomeyczik, S. (1992): Denkschrift zur Lage der Pflegeforschung in der Bundesrepublik Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Frankfurt am Main 1991. In: Krohwinkel, M. (Hrsg.): Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos, 13-19
- Krohwinkel, M. (Hrsg.)(1993): Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung Ganzheitlich-Rehabilitierender Prozeßpflege. Baden-Baden: Nomos
- National Institute of Nursing Research – ninr 2018: <https://www.ninr.nih.gov/> (Stand 2018-11-25)

- Recken, H. (2017): Aus den Anfängen der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. Unveröffentlichte Präsentation für die Akademische Feier im Gedenken an Hilde Steppe (1947-1999) „Pflege-Impulse. Hilde Steppe und ihr Einfluss auf die Pflege“, Frankfurt am Main, 06.10.2017
- Schädle-Deininger, H. (Hrsg.)(2013): Ruth Schröck – „Es gibt keinen Grund nichts zu tun“. Bern: Huber
- Schröck, R. (1992): Entwicklung und Perspektiven der Pflegeforschung. In: Krohwinkel, M. (Hrsg.): Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos, 96-104
- Schröck, R., Drerup, E. (Hrsg.)(1997): Pflege-theorien in Praxis, Forschung und Lehre. Materialien zur Pflegewissenschaft, Band I. Freiburg: Lambertus
- Steppe, H. (1989): Pflege-theorien und ihre Bedeutung für die Praxis. In: Die Schwester/ Der Pfleger 28 (4), 255-262
- Steppe, H. (1990): Pflegemodelle in der Praxis, 1. Folge: Entwicklung und Strukturmodell. In: Die Schwester/ Der Pfleger 29 (4), 291-293
- Steppe, H. (2003): „Die Vielfalt sehen statt das Chaos zu befürchten“. Ausgewählte Werke. Hrsg. von Ulmer, E.-M., Krampe, E.M., Haas, W., Wackerhagen, H. Bern: Huber
- Trockel, B., Notthoff, I., Knäuper, M. (Hrsg.)(1999): Who is Who in der Pflege. Deutschland, Schweiz, Österreich. Bern: Huber
- Weltbund der Krankenschwestern (1963): Grundregeln der Krankenpflege. Zusammenge-stellt von Virginia Henderson. Frankfurt a.M.: Deutsche Schwestern-gemeinschaft e.V.

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft

Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten

Sabine.Bartholomeyczik@uni-wh.de

Klaus R. Schroeter

Die Pflege und ihre Wissenschaft(en) – im Spagat zwischen Professionalisierung und disziplinenübergreifender Wissenschaftspraxis

Nursing and its science(s) – a balancing act between professionalisation and comprehensive scientific practice

Nursing is a broad field and broad fields are very difficult to be defined. In order to do this a variety of abilities is needed – especially those of the science(s), in particular the abilities of the emerging and constantly developing nursing science. The article describes the position of the German nursing science on its way to professionalisation by taking a look at the point of view of both the philosophy of science and the sociology of professions. In this argumentation nursing science is not yet to be seen as a discipline but it is on its way of becoming one. In the practical context of both interdisciplinarity and transdisciplinarity, nursing as applied science is more focused on solving problems specifically than on the establishment of the truth in an abstract way. The historical and social identity of nursing science is undeniable. Still there is a lack of development of a cognitive identity.

Keywords

academisation, cognitive identity, disciplinarity, interdisciplinarity, nursing science, professionalisation, transdisciplinarity

Die Pflege ist ein weites Feld. Und weite Felder sind mühsam abzustecken, zu ergründen und zu beackern. Das im Einzelnen zu tun, erfordert die Kräfte Vieler – auch der Wissenschaft(en), vor allem der sich seit mehreren Jahren konstituierenden Pflegewissenschaft. In dem Beitrag wird aus wissenschaftstheoretischer und professionssoziologischer Sicht ein Blick auf den derzeitigen Standort der deutschsprachigen Pflegewissenschaft auf ihrem Weg der Professionalisierung geworfen. In der hier entfalteten Argumentation ist die Pflegewissenschaft derzeit (noch) keine Disziplin, sondern erst noch auf dem Wege der Disziplinwerdung. Im Gefüge der inter- und transdisziplinären Wissenschaftspraxis ist die Pflegewissenschaft als weitgehend anwendungsorientierte Wissenschaft stärker im Bereich der konkreten Problemlösung als der abstrakten Wahrheitsfindung ausgerichtet. Auch wenn ihr eine historische und soziale Identität kaum abzusprechen ist, ist es ihr bislang noch nicht gelungen, eine weitgehend konsensfähige kognitive Identität auszubilden.

Schlüsselwörter

Akademisierung, Disziplinarität, Interdisziplinarität, kognitive Identität, Pflegewissenschaft, Professionalisierung, Transdisziplinarität

1. Einleitung

Die Pflege hat sicherlich eine längere Geschichte als die Pflegewissenschaft. Sie hat sich im Laufe vieler Jahrhunderte von der Nächstenliebe zu einem Beruf entwickelt und ist nun seit einigen Jahrzehnten auf dem Wege der Professionalisierung bzw. zur Disziplin. Ein wesentlicher Schritt dorthin ist der eingeleitete Prozess der Akademisierung. Dieser lange Weg vom ‚barmherzigen Samariter‘ zur professionellen Pflegekraft wurde mehrfach beschrieben und der aktuelle Standort wird stets aufs Neue auf den Prüfstand gehoben und neu justiert. Zur Orientierung wird dabei gerne auf Phaseneinteilungen zurückgegriffen, die sich – mit zeitlichen Verschiebungen in den einzelnen Ländern – zumeist in vier Stufen darstellen lassen: nach a) einer frühen beruflichen Praxisphase, folgen die Phasen b) der beginnenden Ausbildung und Verwaltung, in der vornehmlich über die Ausbildung von Pflegenden, Pflegelehrkräften und Pflegeleitungen das Forschungsinteresse geweckt und verstärkt wurde, c) dann eine Phase der Ausweitung von Forschung, in der Forschungsmethoden entwickelt und erprobt, die Theorieentwicklung eingeleitet und die Forschungsinfrastruktur ausgebaut wurde, ehe dann d) grundlegende Fragen zur Pflegeforschung formuliert, entsprechende wissenschaftliche Antworten gesucht und die Pflegeforschung strategisch weiterentwickelt wurde bzw. wird (vgl. Meleis 1999: 63; Tierney 1998). Die jeweiligen Etappen sind hier nicht im Einzelnen aufzuzeigen, sie wurden an anderer Stelle kursorisch umrissen (für die Entwicklung in Deutschland vgl. u. a. Bartholomeyczik 2017; Brandenburg et al. 2003: 47ff.; Hackmann 2000).

Unabhängig davon, wie und wo auch immer man den aktuellen Entwicklungsstand der Pflegewissenschaft in Deutschland verorten mag – bereits Ende der 1990er Jahren sprachen Görres und Friesacher (1998) vom Eintritt in eine Phase der Konsolidierung –, dürfte weitgehender Konsens darüber bestehen, dass mit der ‚Pflege‘ ein gesellschaftlicher Teilbereich erwachsen ist, den man differenzierungstheoretisch im Anschluss an Bourdieu als ‚soziales Feld‘ (Schroeter 2006) oder im Anschluss an Luhmann als ‚soziales System‘ (Hohm 2002) herleiten kann. Die Pflegewissenschaft hat ein massives Interesse an der Aufrechterhaltung und vor allem an der positionalen Ausrichtung und Gestaltung dieses Feldes. Deshalb ist sie darum bemüht, die ‚jurisdictional claims‘ (Abbott 1988, 1995) abzusichern und muss entsprechende Anstrengungen vornehmen und Überzeugungen liefern, die ihre Ansprüche legitimieren. Das wird sie kaum im Alleingang schaffen und ist auf den inter- oder transdisziplinären Schulterchluss mit anderen Disziplinen angewiesen. Umso wichtiger ist es für sie, ihr eigenes Profil zu konturieren und zu schärfen und vor allem gegenüber konkurrierenden Disziplinen abzugrenzen.

Wenn in den Geburtswehen der deutschen Pflegewissenschaft der damalige Entwicklungsstand noch wie ein „buntes Kaleidoskop“ (Schaeffer 1989: 5) erschien, so hat die Pflegewissenschaft in Deutschland zwischenzeitlich beachtliche Entwicklungsschritte gemacht und die Konturen sind heute deutlich klarer umrissen (vgl. u. a. Moses 2015; Schaeffer, Wingefeld 2014). Gleichwohl werden aber noch immer „*Professionalisierungsbedarfe konstatiert, Professionalisierungshindernisse erläutert, Professionalisierungsanforderungen formuliert und Professionalisierungsfortschritte verkündet, auch wenn weiterhin mit guten Argumenten die Meinung vertreten wird und werden kann, dass selbst der Verberuflichungsprozess der Pflege nicht wirklich abgeschlossen ist*“ (Kälble 2017: 27f.).

2. Akademisierung und Professionalisierung der Pflege

Der eingeschlagene Weg zur Professionalisierung ist eng mit der Akademisierung der Pflege verknüpft. Das rührt von einem Professionsverständnis, nach dem Professionen als Sonderformen von Berufen gelten, die mit besonderen Merkmalen versehen sind. Dazu zählen u. a.: eine Kollektivitätsorientierung (Parsons 1939), eine besondere Wissenssystematik und Sozialorientierung (Hartmann 1968), ein Bezug auf zentrale gesellschaftliche Werte (Rüschemeyer 1972), eine Ausrichtung auf die Gemeinschaft oder den Dienst am Anderen (Goode 1960), ein gesellschaftliches Mandat (Hughes 1958; Schütze 1996), vor allem aber eine Berufsorganisation mit entsprechender Klienten- und Organisationsautonomie (Freidson 1986; Daheim 1992) sowie ein auf einer fallverstehenden therapeutischen Kompetenz beruhendes spezialisiertes Expertentum, das die ‚stellvertretende Deutung‘ der professionell Handelnden für ihre Klientinnen und Klienten betont (Oevermann 1996).

Auch wenn Professionen keine starren und unverrückbaren Gebilde sind (Abbott 1988), setzen sie jedoch ein eigenes, systematisch entwickeltes und auf gesellschaftlich relevante Probleme anzuwendendes Wissen voraus und sind gewissermaßen an eine

(eigene) wissenschaftliche Disziplin gebunden. Insofern ist die eingeleitete Akademisierung der Pflege mit mancherlei Hoffnungen und Wünschen verbunden: Dabei geht es weniger darum, sämtliche pflegerische Tätigkeiten zu akademisieren, sondern vor allem ein eigenes, wissenschaftlich fundiertes – insbesondere von der Medizin unabhängiges – wissenschaftliches Wissen zu generieren und sowohl in die akademischen als auch in die nicht-akademischen Ausbildungspfade der Pflege zu überführen.

Damit verbinden sich gleichsam pflege- und versorgungspolitische als auch berufs- und professionsstrategische Ziele. Zum einen sind im Zuge des allgemeinen sozialen und technischen Wandels die fachlichen Anforderungen an den Pflegeberuf ständig gestiegen und verändern sich stetig. Zum anderen gärt seit Längerem der Wunsch der Pflege, aus dem Schatten der Medizin herauszutreten, eine größere eigene Autonomie zu erlangen und damit den Status des Pflegeberufes aufzuwerten. In diesem Kontext ist auch von einer ‚inneren‘ und einer ‚äußeren Professionalisierung‘ der Pflege zu sprechen (Hülken-Giesler 2015). Demnach orientiert sich die äußere Professionalisierung vor allem an den Strategien zur gesellschaftlichen Anerkennung der Pflege. Die innere Professionalisierung zielt hingegen auf die Entwicklung einer spezifischen Pflegehaltung bzw. auf spezifische Pflegekompetenzen an der Schnittstelle von Gesundheitssystem und Lebenswelt, wenn es darum geht, eine medizinisch-pflegerisch orientierte Versorgung mit den Handlungskompetenzen einer sozialpflegerisch orientierten Sorgearbeit zu vermitteln.

Inwieweit es der Pflege in ihrem bisherigen Akademisierungs- und Professionalisierungsprozess dabei gelungen ist, eine kognitive Identität des Faches und eine professionelle Identität der Pflegenden aufzubauen, ist indes eine andere Frage. Noch scheint kaum bekannt, ob die gegenwärtig ausgebildeten Pflegeakademikerinnen und Pflegeakademiker *„überhaupt über gemeinsame Haltungen und Orientierungen, ein geteiltes berufliches Selbstverständnis und/oder geteilte berufliche Vorstellungen verfügen“* (Gerlach 2017: 60). Erste Forschungserkenntnisse deuten jedoch auf unterschiedliche (‚akademische‘ vs. ‚traditionelle‘) Orientierungsrahmen bei den akademisch aus- bzw. weitergebildeten Pflegenden hin. Dabei scheint die Trennungslinie weniger – wie vielleicht zunächst zu vermuten – zwischen den Absolventen der unterschiedlichen Studiengänge von Pflegepädagogik, Pflegemanagement und Pflegewissenschaft zu verlaufen, sondern eher davon abhängig zu sein, ob die Personen zuvor eine berufliche Pflegeausbildung absolviert haben und die vorgängige berufliche Identität daran hindert, eine kritische Distanz zur traditionellen Ausbildung und Pflegepraxis aufzubauen (Gerlach 2013, 2017).

Das hier angedeutete Dilemma verweist auf ein wohl tiefer liegendes Problem, dem sich die Pflegewissenschaft, vielleicht noch stärker als bislang getan, stellen muss: Sie muss nicht nur ihren Gegenstandsbereich klar(er) konturieren, sondern dabei zugleich das ihr ‚Eigene‘ und ihr ‚Wesentliche‘ deutlich(er) definieren und ihren Zuständigkeitsbereich von denen anderer Disziplinen abgrenzen.

Hier lohnt ein Blick in die professionstheoretischen Überlegungen von Andrew Abbott. Seinem Verständnis nach legitimieren sich Professionen vor allem durch selbst

definierte Zuständigkeiten für bestimmte Aufgabenbereiche („jurisdiction“) als die wichtigste Eigenschaft von Professionen (Abbott 1988: 87). Innerhalb dieser Aufgabenbereiche führen sie unter eigener Kontrolle ihre Arbeiten der Diagnose, Analyse und Behandlung von Problemen durch (Abbott 1988: 40ff.). Aber diese Zuständigkeiten bleiben oftmals nicht unangefochten, sie werden zur Diskussion gestellt und sind ggfs. gegenüber den Zuständigkeitsansprüchen anderer Professionen neu zu begründen und zu verteidigen. Insofern besteht ein wesentlicher Teil der professionalen Arbeit darin, dieses mehr oder weniger exklusive Recht, einen besonderen Arbeitsbereich zu dominieren, stets aufs Neue zu sichern (Abbott 1995a: 551). Die entsprechenden Auseinandersetzungen und Kämpfe finden dann zumeist in den Arenen der rechtlichen Verankerung, der Öffentlichkeit sowie im Bereich der Arbeitsorganisation statt (Abbott 1988: 40ff.).

Eine solche Sicht öffnet den Blick dafür, dass Professionen alles andere als starre und stabile Gebilde sind, vielmehr spielen sie munter mit im sozialen Feld der Pflege (Schroeter 2006) und müssen ständig um ihre Position und um ihren Stellenwert kämpfen. Das gilt auch für die Pflege, die in dieser Lesart zunächst einmal nichts anderes ist als „*a set of turf battles that are later yoked into a single defensible position in the system of professions*“. (Abbott 1995b: 867) Diese Revierkämpfe („turf battles“) hat die Pflege nicht nur mit der Medizin, sondern auch mit anderen Wissenschaften und (Semi-)Professionen – wie z.B. den Gesundheitswissenschaften, der Sozialen Arbeit oder der Sozialen Gerontologie – auszufechten, die in ihrem Selbstverständnis ebenso die Hoheit beanspruchen, in Teilen ihrer Handlungsfelder für ‚Pflege‘ zuständig zu sein. Das wirft bei allen Distinktionsbestrebungen auch die Frage nach der Inter- oder Transdisziplinarität auf.

3. Pflegewissenschaft als Disziplin ...?

Die Pflegewissenschaft steckt möglicherweise in einer partiell ähnlich gelagerten Situation wie derzeit auch die Soziale Gerontologie oder vormals auch die Soziale Arbeit. Sie betrachten aus je verschiedenen Blickwinkeln mit jeweils fachspezifischen Akzentuierungen ihr jeweiliges Sujet. Mit Argwohn könnte man auch formulieren, dass sie sich irgendwie „zwischen“ den Disziplinen bewegen, ohne selber Disziplin zu sein (Künemund, Schroeter 2015: 215). Allerdings gehört zu einer Profession eben auch eine wissenschaftliche Disziplin. Wodurch aber zeichnet die sich aus? Den bloßen Gegenstand (z. B. Pflege) als Kriterium zu nehmen, reicht kaum aus, weil sich damit auch andere Fächer befassen. Gleiches gilt für die Methoden, die ebenfalls in verschiedenen Disziplinen zum Einsatz gebracht werden. Letztlich scheint das Disziplin stiftende Element ein Theorieentwurf oder ein Paradigma (Krüger 1987: 116) bzw. ein spezifisches „theoretisches Integrationsniveau“ (Heckhausen 1987: 132) zu sein.

Eine Disziplin lässt sich also nicht allein über ihre Wissensbestände bestimmen, vielmehr entwickelt sie sich über gegenstandsorientierte Systeme wissenschaftlicher Tätigkeiten, die erst ihre Gegenstände hervorbringen. Damit wäre eine Disziplin in er-

ster Linie ein Tätigkeitssystem und erst in zweiter Linie eine Wissenseinheit (Balsiger 2005: 66). Zu einem solchen wissenschaftlichen Tätigkeitssystem einer Disziplin gehören nach Guntau und Laitko (1987: 27ff.) sowohl all jene Wissenschaftlichkeit anleitende und regelnde Eigenheiten (wie u. a. permanente Gegenstandsorientierung, prozedurales Wissen, terminologische Normierung, Wissenschaftlichkeitskriterien, Theorie) als auch all die Maßnahmen, die zur Institutionalisierung der Disziplin beitragen (Akademisierung, Professionalisierung, Selbstproduktion).

Systemtheoretisch formuliert sind Disziplinen damit „Formen sozialer Institutionalisierung eines mit vergleichsweise unklaren Grenzziehungen vorlaufenden Prozesses kognitiver Differenzierung der Wissenschaft“ (Stichweh 1979: 83), die auf einen „*homogenen Kommunikationszusammenhang*“ innerhalb der scientific community, auf ein in Lehrbüchern repräsentiertes wissenschaftliches Wissen, auf je gegenwärtig problematische Fragestellungen, auf einen Katalog von Forschungsmethoden und paradigmatischen Problemlösungen sowie auf eine „*disziplinenspezifische Karrierestruktur*“ und auf „*institutionalisierte Sozialisationsprozesse*“ verweisen, „*die der Selektion und Indoktrination des Nachwuchses dienen*“ (Stichweh 1979: 83). Auf diese Weise werden die Identitäten der Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen geschliffen und ihr wissenschaftliches Denken und Handeln gewissermaßen fachspezifisch diszipliniert und an eine Disziplin gebunden. Zugleich werden auch verschiedene Identitätsformen der Wissenschaft (historische, soziale und kognitive Identität) erkennbar (Lepenies 1981: I).

Demnach wird der Pflegewissenschaft eine historische und (eine sich gegenwärtig entwickelnde) soziale Identität kaum abzustreiten sein. Ihre historische Identität lässt sich durch die Rekonstruktion ihrer disziplinären Vergangenheit nachzeichnen. Hier blickt die internationale Pflegeforschung auf eine mehr als 100jährige Geschichte zurück, und auch in Deutschland hat sich seit den 1980er Jahren vieles getan, das hier jetzt im Einzelnen nicht nachzuzeichnen ist. Jedenfalls ist in vielen Lehrbüchern und Standardwerken der (stets gegenwärtige und sich verändernde) Wissensstand sorgsam dokumentiert. Auf wissenschaftlichen Kongressen und Tagungen werden inhaltliche Kontroversen ausgefochten und in hochschulischen Schriftenreihen und Arbeitspapieren werden aktuelle Forschungsstände festgehalten.

Die soziale Identität bezieht sich nach Lepenies auf den Institutionalisierungsprozess eines Faches. Auch hier ist zu konstatieren, dass u. a. Lehrstühle und Professuren geschaffen, eine wissenschaftliche Fachgesellschaft mit eigenem Organ und ersten Sektionen gegründet (vgl. Schröck 1996) und verschiedene Fachzeitschriften am Markt etabliert wurden (vgl. Nettingsmeier et al. 1999). Die Institutionalisierung der Pflegewissenschaft scheint auf gutem Wege. Dass die dabei vor allem an staatlichen und zunehmend auch an privaten Fachhochschulen und nur an wenigen Universitäten angesiedelt ist, mag wissenschaftspolitisch so gewollt sein, hat aber in der Konsequenz wohl auch dazu beigetragen, dass die kognitive Identität des Faches bislang nicht so recht aufscheinen mag.

Die kognitive Identität steht für die „Einzigartigkeit und Kohärenz“ der Orientierungen, Paradigmen, Problemstellungen und Forschungswerkzeuge eines Faches (Le-

penies 1981: I). Hier scheint es in der Pflegewissenschaft derweil noch immer etwas zu stocken.

Die Bestimmung des Gegenstandes der Pflegewissenschaft – so argumentierten Görres und Friesacher (1998: 161) vor einigen Jahren, sei „*weitestgehend unklar angesichts zahlreicher Handlungsfelder, in denen Pflege in der Praxis agiert*“ und auch Remmers (2011: 24) klagt, dass „*[e]ine differenzierte und schlüssige Definition dessen, was Pflegewissenschaft ist, (...) sich kaum (findet)*“.

Insofern hat sie auch eine intensive Debatte darüber zu führen, ob sie eine Praxis- und/oder Handlungswissenschaft sei (vgl. Dornheim et al. 1999). Den ihr zugeordneten ‚Sonderstatus‘, gleichermaßen über einen Wissenschafts- als auch über einen Klienten- bzw. Fallbezug charakterisiert zu sein (vgl. u.a. Remmers 2014), teilt sie u. a. mit der Sozialen Arbeit und partiell auch mit der Sozialen Gerontologie, sodass das Spezifische an der ‚pflegerischen Beziehungsarbeit‘ ebenfalls noch stärker zu konturieren wäre. Doch sie tut sich noch immer schwer, ihren definitorischen und identitätsstiftenden Kern genauer auszumachen. Eine Debatte über das der Pflege ‚Eigene‘ oder ‚Wesentliche‘ wird sich nur über eine intensive Diskussion des Theorie-Praxis-Verhältnisses der Pflege führen lassen.

Zur näheren Gegenstandsbestimmung werden verschiedenenorts Termini wie ‚pflegerische Beziehungsarbeit‘ (Remmers 2011: 27) oder ‚Pflege als Performance‘ (Hoops 2013) herangezogen, die freilich noch näher zu explizieren sind. Ein früher Vorschlag findet sich bei Dornheim et al. (1999: 73): „*Pflegewissenschaft ist auf die Praxis der Pflege verwiesen. Sie untersucht Praxissituationen, indem sie diese beschreibt, analysiert und deutet.*“ Die Autoren kündigten in einer Fußnote auch gleich eine künftige Diskussion darüber an, „*wie und unter welchen Prämissen die spezifisch körper- bzw. leibbezogenen Dimensionen pflegerischen Handelns als besonderes Problem handlungstheoretischer Konzepte zu fassen und ggfs. zu lösen ist*“ (Dornheim et. al 1999: 78)

Wenn man dem in der Pflegeforschung derzeit gern vertretenen Ansatz der evidenzbasierten Pflege folgt, in dem zwischen dem aus den Erfahrungen Dritter gespeisten externen Evidenz und der sich aus der unmittelbaren Begegnung mit dem oder der je einzigartigen Klientin bzw. Klienten erwachsenen internen Evidenz unterschieden wird (Behrens, Langer 2016), dann kann der Blick auf die körperlich-leiblichen Ausdrucksformen in der unmittelbaren Pflegebeziehung vor allem das Verständnis für die interne Evidenz der Pflege schärfen (Remmers, Hülsken-Giesler 2012).

Zwischenzeitlich wurden in der Pflegeforschung einige Arbeiten vorgelegt, in denen das pflegerische Handeln in den Kontext der Körper- und Leiberfahrung gesetzt wurde (vgl. Friesacher 2008; Hülsken-Giesler 2008; Uzarewicz, Moers 2012; Uzarewicz 2006; Uzarewicz, Uzarewicz 2005). Das ist nicht voraussetzungslos und verweist u. a. auf die traditionsreichen Arbeiten aus der Philosophischen und/oder Soziologischen Anthropologie von Gehlen, Merleau-Ponty, Plessner und Scheler bzw. auf den neophänomenologischen Ansatz von Schmitz. Dabei ist es sinnvoll, die Ansätze weiterzudenken, die „*Pflege als eine an Grundbedürfnissen hilfebedürftiger Menschen an-*

setzende Beziehungsarbeit“ (Remmers 2011: 28) verstehen. Allerdings müsste diese Beziehungsarbeit eben auch in ihrer Besonderheit handlungstheoretisch erschlossen und der Doppelaspekt des Handelns von Erleben und Gestalten (Lenk 2013: 28) berücksichtigt werden. Insofern wäre das handlungstheoretische Paradigma mit seinem Universalitätsanspruch zu hinterfragen, bzw. der Handlungsbegriff so anzulegen, um mit ihm auch Formen der Passivität, Sensibilität und Rezeptivität zu umschliessen und damit auch all jene – von Joas mit dem Husserl'schen Begriff der passiven Intentionalität bezeichneten – Handlungen einzufangen, „in denen der Körper intentional freigesetzt, losgelassen, nicht kontrolliert werden soll“ (Joas 1992: 248).

4. ... oder als disziplinenübergreifende Wissenschaftspraxis?

Die Vielfältigkeit und Komplexität gesellschaftlicher Herausforderungen, wie z. B. der demographische Wandel oder der Altersstrukturwandel, und die damit verflochtenen Probleme – wie sie sich z. B. in den immer wieder aufkeimenden Debatten um den ‚Pflegenotstand‘ zeigen – scheinen das alleinige disziplinäre Wissen und Forschen an seine Grenzen stoßen zu lassen. Und so ertönt schon seit Längerem der Ruf nach interdisziplinärer Zusammenarbeit. Dabei ist Interdisziplinarität kein neues Phänomen (vgl. Schroeter 2018). Im sozialwissenschaftlichen Kreis wurde sie bereits im Rahmen der frühen multi-methodisch angelegten empirischen Fallstudien der Chicago School praktiziert. Diese problemfokussierte Form praktizierter interdisziplinärer Zusammenarbeit brachte zwar mit der Sozialpsychologie, der Sozialanthropologie oder der politischen Soziologie einige „hybride sozialwissenschaftliche Disziplinen“ (Röbbecke et al. 2004: 36) hervor, hatte aber zunächst keine nachhaltige Wirkung auf die späteren Interdisziplinaritätsdiskurse. Heute sind u. a. mit den Life Sciences, den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, den Alter(n)swissenschaften weitere neue hybride Wissenschaftskulturen erwachsen, die mehr oder weniger komplexe Einsichten in komplexe Zusammenhänge ihrer Wissenschaften versprechen.

Seit den späten 1960er Jahren wird die forschungspraktische Öffnung von Disziplinengrenzen immer wieder proklamiert und angestoßen. Seitdem zirkulieren verschiedene Ideen und Begriffe, wobei dem Begriff der Disziplin verschiedene Präfixe vorangestellt und diverse Neologismen entwickelt wurden, die zu einer Binnen- und Außendifferenzierung des Disziplinären aufrufen, sodass bereits seit Anfang der 1970er Jahre von Multi-, Pluri-, Cross-, Inter- und Transdisziplinarität (Jantsch 1970: 411; Berger 1972: 25f.) gesprochen wird.

Interdisziplinarität gilt als eine Art „Wissensproduktion zweiter Ordnung“, die „*einschlägiges disziplinäres Wissen voraus(setzt)*“ und sich „*wesentlich in der Identifikation vergleichbarer Fragestellungen, Begrifflichkeiten und Forschungsergebnisse im Kontext unterschiedlicher disziplinärer Grundannahmen, Fachsprachen und Methoden (vollzieht)*“. (Kaufmann 1987: 70) Allerdings variieren die Vorstellungen darüber, wie das im Einzelnen geschehen kann, wo sich Grenzen auftun und wie und ob man diese Grenzen überschreiten kann.

Eher skeptisch urteilt Heckhausen, dass man in der interdisziplinären Zusammenarbeit zwar fachwissenschaftliche Aspekte anderer Disziplinen beleuchten und in Beziehung setzen kann, dass Interdisziplinarität es aber „*nicht (vermag), die verschiedenen Perspektiven ineinanderzuführen oder zu vereinigen*“ (Heckhausen 1987: 137). Dem steht die deutlich weniger skeptische Lesart von Mittelstraß entgegen, nach der Interdisziplinarität „*mehr (bedeutet) als eine bloße Zusammenstellung disziplinärer Partikularitäten*“ (Mittelstraß 1987: 155). Vereinfacht könnte man auch sagen, dass in der interdisziplinären Forschung Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unterschiedlicher Disziplinen „*zusammen an einem Problem arbeiten*“ (Heckhausen 1987: 129).¹ Das kann jedoch in sehr heterogener Form geschehen, sodass es den Gedanken nahe legt, die Unterscheidung von disziplinärer und interdisziplinärer Forschung nicht als kategoriale, sondern als graduelle anzusehen (Kaufmann 1987: 68), gewissermaßen als eine Art Interdisziplinaritätskontinuum mit den zwei konträren Polen von Multi- und Transdisziplinarität.

Transdisziplinarität (Mittelstraß 2003; Balsiger 2005; Jahn 2008) bezeichnet dabei ein forschungsleitendes Prinzip und eine wissenschaftliche Organisationsform, die wissenschaftliche Engführungen aufhebt und möglicherweise zu einer neuen wissenschaftssystematischen Ordnung führt. Es geht um gemeinsame Anstrengungen, praktische Problemstellungen ko-kreativ anzugehen und entsprechend neue Methoden zu ihrer Bearbeitung oder Lösung zu entwickeln und erproben. Dabei wird oft auch der Einbezug der Praxis, der Betroffenen bzw. des Erfahrungswissens erwartet (z. B. Blätzel-Mink et al. 2003; Dubielzig, Schaltegger 2004; Jahn 2008). Das wird seit einiger Zeit auch gerne unter das Label der translationalen Forschung gestellt (vgl. Woolf 2008). Gemeint sind insbesondere anwendungsorientierte und oftmals an Fachhochschulen beheimatete Forschungen, die auf einer ersten Ebene dazu dienen, Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung in die Entwicklung von Interventionsmethoden zu überführen und auf einer zweiten Ebene die Umsetzung derartiger Methoden in konkretes praktisches Handeln zu untersuchen.

Eine andere Form nicht nur interdisziplinärer, sondern auch interprofessioneller Zusammenarbeit basiert auf dem Modell der kooperativen Wissensbildung (vgl. Gredig 2005; Gredig, Sommerfeld 2008). Dabei werden in einem kooperativ gestalteten und vier Phasen umfassenden Prozess (Konzeptentwicklung, Verfahrensentwicklung, Implementation, Evaluation) theoretische und forschungsrelevante Erkenntnisse aus der Wissenschaft mit dem Innovationsbedarf und dem (Erfahrungs-)Wissen der Praxis verknüpft.

Wie ‚ertragreich‘ auch immer man eine translationale Forschung oder eine kooperative Wissensbildung einschätzt, sie scheinen zumindest implizit dem Gedanken von

1 Die Formulierung „gemeinsame Arbeit an einem Problem“ kann hermeneutisch sehr unterschiedlich ausgelegt werden und muss nicht zwangsläufig auf die Lösung eines Problems hinauslaufen. Zum einen sind nicht alle (individuellen oder technischen) Probleme sozial oder gesellschaftlich relevant, sondern müssen zunächst einmal im Kontext sozialer bzw. gesellschaftlicher Verhältnisse erschlossen und als solche (an)erkannt werden, was wiederum von den gesellschaftlich (auch wissenschaftlich und politisch) domierenden Deutungsmustern abhängt. Zum anderen haben nicht alle (administrativen) Organisationen ein zwingendes Interesse daran, die Probleme zu lösen, sondern sie vor allem zu regulieren und zu verwalten (managen) (vgl. u. a. Groeneyer et al. 2012).

Mittelstraß zu folgen, dass Interdisziplinarität „*nicht zwischen den Fächern oder den Disziplinen hin und her (geht) oder (...), dem absoluten Geist nahe, über den Fächern und den Disziplinen (schwebt)*“, sondern „*vielmehr fachliche und disziplinäre Engführungen, wo diese der Problementwicklung und einem entsprechenden Forschungshandeln im Wege stehen, wieder auf(hebt)*“ und „*in Wahrheit Transdisziplinarität*“ ist (Mittelstraß 2005: 19).

In einer solchen Logik setzt Transdisziplinarität die professions- und disziplinübergreifenden Forschungs- und Arbeitsformen zur Bearbeitung und Lösung sozialer und gesellschaftlicher Phänomene und/oder Probleme (wie z. B. Pflege, Umwelt, Gesundheit) voraus, geht aber zugleich auch deutlich darüber hinaus, insofern sie „*ein innerwissenschaftliches, die Ordnung des wissenschaftlichen Wissens und der wissenschaftlichen Forschung selbst betreffendes Prinzip*“ darstellt, „*das dort wirksam wird, wo eine allein fachliche oder disziplinäre Definition von Problemlagen und Problemlösungen nicht möglich ist bzw. über derartige Definitionen hinausgeführt wird*“ (Mittelstraß 2003: 10).

5. Fazit

Unabhängig von der fortschreitenden Akademisierung und Professionalisierung der Pflege ist festzuhalten, dass sich verschiedene Fächer und Disziplinen mit den ihnen jeweils eigenen Theorien und Methoden dem Forschungsgegenstand der ‚Pflege‘ widmen. Dazu gehören sowohl verschiedene Disziplinen aus den Human-, Kultur- und Geisteswissenschaften als auch aus den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften wie auch aus der Medizin und aus den Natur- und Technikwissenschaften. Insofern ist Pflege nicht nur Gegenstand und Thema der Pflegewissenschaft, sondern vor allem auch ein mehrdimensionaler Begriff (Görres, Friesacher 1998: 161), der vielfache Zugriffe durch andere Fächer oder Disziplinen ermöglicht.

Derartige Zugänge oder Zugriffe werden jedoch in der Regel nicht als spezielle Ausrichtungen an den universitären Disziplinen institutionell verankert, sondern erfolgen zumeist in den Zuständigkeitsbereichen der in Hochschulen für angewandte Forschung (Universities of Applied Sciences) umbenannten Fachhochschulen, wo sie dann neben der Pflegewissenschaft u. a. im Rahmen der Pflegepädagogik, Pflegeökonomie, gerontologischen Pflege oder des Pflegemanagements gelehrt und weiter erforscht werden.

Die Pflegewissenschaft ist vor allem eine angewandte Wissenschaft, die auch vom anhaltenden wissenschaftstheoretischen Diskurs um die Inter- und Transdisziplinarität profitiert, der eben durchaus wissenschaftsexterne Motive in sich trägt, wenn vor allem vonseiten der Politik und Praxis dazu aufgefordert wird, „*Forschernetzwerke interdisziplinär aufzustellen und am Ende anwendungsbezogene Problemlösungen zu liefern*“ (Brandenburg 2015: 223). Das weist auch darauf hin, dass Inter- und Transdisziplinarität keine (oder zumindest keine vordergründig) auf herkömmliche und auf theoretische Erklärung und Beschreibung zielende wissenschaftliche Tätigkeit, sondern auch ein Mittel zur Lösung praktischer Probleme, gewissermaßen angewandte Wissenschaft ist. Damit, so kann man zugespitzt formulieren, liegt „*Wissenschaft in transdiszi-*

plinären Projekten nicht im Dienste der wahrheitsorientierten Klärung von Fragen, sondern im Dienste der nutzenorientierten Lösung von Problemen“ (Breinbauer et al. 2010: 11).

Forschungspraktisch dürfte das zudem mit der Gefahr verbunden sein, dass der aus Politik und Praxis an die Wissenschaft herangetragene Druck von ad hoc Problemen nach schnellen ad hoc Lösungen verlangt und die *„Zeit für intensive theoretische Bemühungen fehlt“* (Stosberg 2000: 37). Zeit aber ist genau der Faktor, der für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit bzw. für eine disziplinenübergreifende Wissenschaftspraxis die notwendige Voraussetzung ist. Interdisziplinarität muss wachsen und reifen, interdisziplinäre Zusammenarbeit ist *„zeitaufwendig und umweghaft“* (Kaufmann 1987: 77). Sie verlangt immer auch nach Kenntnis und Verarbeitung der spezialisierten Wissensbestände und nach Vertrautheit mit den Logiken, Methoden und Grundannahmen der anderen Disziplinen, die häufig nur über Umwege, Redundanzen und alltags-sprachliche Übersetzungen disziplinärer Einsichten zu erreichen sind, sodass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit *„nur gegen den Strom‘ des normalen Wissenschaftsbetriebs zu realisieren ist“* (Kaufmann 1987: 78) und der kurzfristigen Forderung nach ‚impact‘ widerspricht.

Literatur

- Abbott, A. (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press
- Abbott, A. (1995a): *Boundaries of Social Work or Social Work of Boundaries?* In: *Social Service Review* 69/4, 545–562
- Abbott, A. (1995b): *Things of Boundaries*. In: *Social Research* 62/4, 857–882
- Balsiger, P.W. (2005): *Transdisziplinarität. Systematisch-vergleichende Untersuchung disziplinenübergreifender Wissenschaftspraxis*. München: Fink
- Bartholomeyczik, S. (2017): *Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland – eine schwere Geburt*. In: *Pflege & Gesellschaft* 22/2, 101–118
- Behrens, J./Langer, G. (2016): *Evidence based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 4., vollst. überarbeitete u. erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe
- Berger, Guy (1972): *Opinions and Facts*. In: *Apostel, Léo; Berger, Guy; Briggs, Asa; Michaud, Guy: Interdisciplinarity. Problems of Teaching and Research in Universities*. Paris: OECD, 23–74
- Blättel-Mink, B./Kastenholz, H./Schneider, M./Spurk, A. (2003): *Nachhaltigkeit und Transdisziplinarität: Ideal und Forschungspraxis*. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg (Arbeitsbericht 229)
- Brandenburg, H. (2015): *Interdisziplinarität in der Gerontologie. Theoretische Probleme und praktische Herausforderungen*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 48/3, 220–224
- Brandenburg, H./Dorschner, S. (Hrsg.) (2003): *Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft*. Unter Mitarbeit von Gerd Bekel, Volker Fenchel, Reinhard Lay. Bern u.a.: Huber
- Breinbauer, I.M./Ferring, D./Haller, M./Meyer-Wolters, H. (2010): *Transdisziplinäre Alter(n)sstudien als disziplinäre Ko-Konstruktion*. In: *Breinbauer, I.M./Ferring, D./Haller, M./Meyer-Wolters, H. (Hrsg.): Transdisziplinäre Alter(n)sstudien. Gegenstände und Methoden*. Würzburg: Königshausen & Neumann, 9–20
- Daheim, H. (1992): *Zum Stand der Professionssoziologie. Rekonstruktion machttheoretischer Modelle der Profession*. In: *Dewe, B./Ferchhoff, W./Radtke, F.-O. (Hrsg.): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*. Opladen: Leske + Budrich, 21–35

- Dornheim, Jutta; van Mannen, Harm; Meyer, Jörg Alexander; Remmers, Hartmut; Schöniger, Ute; Schwerdt, Ruth; Wittneben, Karin (1999): Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft. In: *Pflege & Gesellschaft* 4/4: 73-79
- Dubielzig, F./Schaltegger, S. (2004): Methoden transdisziplinärer Forschung und Lehre. Ein zusammenfassender Überblick. Lüneburg: Centrum für Nachhaltigkeitsmanagement (CNM) e.V.
- Freidson, E. (1986): *Professional Power. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. London, Chicago: University of Chicago Press
- Friesacher, H. (2008): *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. Göttingen: V&R
- Gerlach, A. (2013): *Professionelle Identität in der Pflege. Akademisch Qualifizierte zwischen Tradition und Innovation*. Frankfurt a.M.: Mabuse
- Gerlach, A. (2017): Zur Frage der professionellen Identität akademisch Qualifizierter in der Pflege. Ergebnisse einer empirischen Studie. In: Sander, T./Dangendorf, S. (Hrsg.): *Akademisierung der Pflege. Berufliche Identitäten und Professionalisierungspotentiale im Vergleich der Sozial- und Gesundheitsberufe*. Weinheim, Basel: Beltz, Juventa, 60-82
- Görres, S./Friesacher, H. (1998): Pflegewissenschaft in Deutschland – Gegenwärtiger Stand und Entwicklungsperspektiven. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31/3, 157-169
- Goode, W.J. (1960): Encroachment, Charlatanism, and the Emerging Profession: Psychology, Medicine, and Sociology. In: *American Sociological Review* 25/6, 902–914
- Gredig, D. (2005): The co-evolution of knowledge production and transfer. Evidence-based intervention development as an approach to improve the impact of evidence on social work practice. In: Sommerfeld, P. (Ed.): *Evidence-based social work – Towards a new professionalism?* Bern u.a.: Lang, 175-200
- Gredig, D./Sommerfeld, P. (2008): New Proposals for Generating and Exploiting Solution-Oriented Knowledge. In: *Research on Social Work Practice* 18/4, 292–300
- Groenemeyer, A./Hohage, C./Ratzka, M. (2012): Die Politik sozialer Probleme. In: Albrecht, G./Groenemeyer, A. (Hrsg.): *Handbuch soziale Probleme*. Bd. 1. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer VS, 117-191
- Guntau, M./Laitko, H. (1987): Entstehung und Wesen wissenschaftlicher Disziplinen. Der Ursprung der modernen Wissenschaften. In: Guntau, M./Laitko, H. (Hrsg.): *Der Ursprung der modernen Wissenschaften: Studien zur Entstehung wissenschaftlicher Disziplinen*. Berlin: Akademie Verlag, 17-89
- Hackmann, M. (2000): Development of nursing research in Germany in the European Context. In: *International Journal of Nursing Practice* 6, 222-228
- Hartmann, H. (1968): Arbeit, Beruf, Profession. In: *Soziale Welt* 19/3-4, 193–216
- Heckhausen, H. (1972): Discipline and Interdisciplinarity. In: Apostel, L./Berger, G./Briggs, A./Michaud, G. (Hrsg.): *Interdisciplinarity. Problems of Teaching and Research in Universities*. Paris: OECD, 83–89
- Heckhausen, H. (1987): ‚Interdisziplinäre Forschung‘ zwischen Intra- Multi- und Chimären-Disziplinarität. In: Kocka, J. (Hrsg.): *Interdisziplinarität. Praxis – Herausforderung – Ideologie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 129-145
- Hohm, H.-J. (2002): *Das Pflegesystem, seine Organisationen und Karrieren. Systemtheoretische Beobachtungen zur Entstehung eines sekundären Funktionssystems*. Freiburg: Lambertus
- Hoops, W. (2013): *Pflege als Performance. Zum Darstellungsproblem des Pflegerischen*. Bielefeld: transcript
- Hughes, E. C. (1958): *Men and Their Work*. Glencoe, Ill.: Free Press
- Hülksen-Giesler, M. (2008): *Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsverhältnis von Mimesis und Maschinenlogik*. Göttingen: V&R
- Hülksen-Giesler, M. (2015): Professionskultur und Berufspolitik in der Langzeitpflege. In: Brandenburg, H./Güther, H. (Hrsg.): *Lehrbuch Gerontologische Pflege*. Bern: Hogrefe, 163-175
- Jahn, T. (2008): Transdisziplinarität in der Forschungspraxis. In: Bergmann, M./Schramm, E. (Hrsg.): *Transdisziplinäre Forschung. Integrierte Forschungsprozesse verstehen und bewerten*. Frankfurt a.M.: Campus, 21–37

- Jantsch, E. (1970): Inter- and Transdisciplinary University: A System Approach to Education and Innovation. In: *Policy Sciences* 1, 403-428
- Joas, H. (1992): *Die Kreativität des Handelns*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Kälble, K. (2017): Zur Professionalisierung der Pflege in Deutschland. Stand und Perspektiven. In: Sander, T./Dangendorf, S. (Hrsg.): *Akademisierung der Pflege. Berufliche Identitäten und Professionalisierungspotentiale im Vergleich der Sozial- und Gesundheitsberufe*. Weinheim, Basel: Beltz, Juventa, 27-58
- Kaufmann, F.-X. (1987): Interdisziplinäre Wissenschaftspraxis. Erfahrungen und Kriterien. In: Kocka, J. (Hrsg.): *Interdisziplinarität. Praxis – Herausforderung – Ideologie*. Frankfurt a.M: Suhrkamp, 63-81
- Krüger, L. (1987): Einheit der Welt – Vielheit der Wissenschaft. In: Kocka, J. (Hrsg.): *Interdisziplinarität. Praxis – Herausforderung – Ideologie*. Frankfurt a.M: Suhrkamp, 106-125
- Künemund, H./Schroeter, K.R. (2015): Gerontologie – Multi-, Inter- und Transdisziplinarität in Theorie und Praxis? In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 48/3, 215-219
- Lenk, H. (2013): Interpretationskonstrukte beim Handeln. Ein methodologisch-interpretatorischer Ansatz für die philosophische Handlungstheorie. In: Birgmeier, B./Mührel, E. (Hrsg.): *Handlung in Theorie und Wissenschaft Sozialer Arbeit*. Wiesbaden: Springer VS, 21-34
- Lepenies, W. (1981): Einleitung. Studien zur kognitiven, sozialen und historischen Identität der Soziologie. In: Lepenies, W. (Hrsg.): *Geschichte der Soziologie. Studien zur kognitiven, sozialen und historischen Identität einer Disziplin*. Bd. 1. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, I-XXXV
- Meleis, A. I. (1999): *Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektive des theoretischen Denkens in der Pflege*. Bern: Huber
- Mittelstraß, J. (1987): Die Stunde der Interdisziplinarität? In: Kocka, J. (Hrsg.): *Interdisziplinarität. Praxis – Herausforderung – Ideologie*. Frankfurt a.M: Suhrkamp, 152-158
- Mittelstraß, J. (2003): *Transdisziplinarität – wissenschaftliche Zukunft und institutionelle Wirklichkeit*. Konstanz: UVK
- Mittelstraß, J. (2005): Methodische Transdisziplinarität. In: *Technikfolgenabschätzung – Theorie und Praxis* 14/2, 18-23
- Moses, S. (2015): *Die Akademisierung der Pflege in Deutschland*. Bern: Huber, Hogrefe
- Nettingsmeier, A./Witte, H./Laaser, U. (1999): Deutschsprachige Pflegezeitschriften als wissenschaftliche Informationsquelle. In: *Pflege & Gesellschaft* 4/3, 61-63
- Oevermann, U. (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A./Helsper, W. (Hrsg.): *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 70-182
- Parsons, T. (1939): The Professions and Social Structure. In: *Social Forces* 17, 457-467
- Remmers, H. (2011): Pflegewissenschaft als transdisziplinäres Konstrukt. Wissenschaftssystematische Überlegungen – Eine Einleitung. In: Remmers, H. (Hrsg.): *Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog. Eine Forschungsbilanz*. Osnabrück: V&R, 2011: 7-47
- Remmers, H. (2014): Pflegewissenschaft – Disziplinarität und Transdisziplinarität. In: *Pflege & Gesellschaft* 19/1, 5-17
- Remmers, H./Hülken-Giesler, M. (2012): Evidence-based Nursing and Caring – Ein Diskussionsbeitrag zur Fundierung und Reichweite interner Evidenz in der Pflege. In: *Pflege & Gesellschaft* 17/1, 79-83
- Röbbelcke, M./Simon, D./Lengwiler, M./Craetsch, C. (2004): *Inter-Disziplinieren. Erfolgsbedingungen von Forschungsk Kooperationen*. Berlin: edition sigma
- Rüschemeyer, D. (1992): Ärzte und Anwälte: Bemerkungen zur Theorie der Professionen. In: Luckmann, T./Sprondel, W. M. (Hrsg.): *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 169-181
- Schaeffer, D. (1998): *Pflegewissenschaft in Deutschland. Zum Entwicklungsstand einer neuen wissenschaftlichen Disziplin*. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) (P98-101). Bielefeld: IPW
- Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.) (2014): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, Basel: Beltz, Juventa
- Schröck, R. (1996): Wieder eine Premiere. In: *Pflege & Gesellschaft* 1/1, 1-2

- Schroeter, K. R. (2006): Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Weinheim, München: Beltz
- Schroeter, K. R. (2018): Interdisziplinarität – ein Tanz auf dünnem Eis. In: Soziale Innovation 13, 8-12
- Schütze, F. (1996): Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen. Ihre Auswirkungen auf die Praxen des professionellen Handelns. In: Combe, A./Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 183–227.
- Stichweh, R. (1979): Differenzierung der Wissenschaft. In: Zeitschrift für Soziologie 8/1, 82-101
- Stosberg, M. (2000): Allgemeine Soziologie und Geronto-Soziologie: Nach wie vor eine Nicht-Beziehung? In: Backes, G. M. (Hrsg.): Soziologie und Alter(n). Neue Konzepte für Forschung und Theorieentwicklung. Opladen: Leske + Budrich, 33-44
- Tierney, A. J. (1998): Nursing Research in Europe. In: International Nursing Review 45/1, 15-19
- Uzarewicz, C. (2006): Leiblichkeit. In: Dibelius, O./Uzarewicz, C.: Pflege von Menschen höherer Lebensalter. Stuttgart u.a.: Kohlhammer, 126–146
- Uzarewicz, C./Moers, M. (2012): Leiblichkeit in Pflege-theorien – eine Relektüre. In: Pflege & Gesellschaft 17/2, 135-148
- Uzarewicz, C./Uzarewicz, M. (2005): Das Weite suchen. Einführung in eine phänomenologische Anthropologie für Pflege. Stuttgart: Lucius und Lucius
- Wolf, S. H. (2008): The Meaning of Translational Research and Why It Matters. In: The Journal of the American Medical Association (JAMA) 299/2, 211-213

Prof. Dr. habil. Klaus R. Schroeter

Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Institut Integration und Partizipation
Ringenbachstrasse 16, CH 4600 Olten, klaus.schroeter@fhnw.ch

Michael Simon

Gesundheitspolitik und Pflege

Health Policy and Nursing

This article deals with institutional structures and processes of health policy in Germany, and shows how the interests of nursing practice and the knowledge of nursing science find entrance into political decisions.

Keywords

Health policy, nursing associations, nursing science

Der vorliegende Beitrag befasst sich mit institutionellen Strukturen und Prozessen der Gesundheitspolitik in Deutschland und zeigt auf, wo in welchem Maße die Interessen der Pflegepraxis und die Erkenntnisse der Pflegewissenschaft Eingang in gesundheitspolitische Entscheidungen finden.

Schlüsselwörter

Gesundheitspolitik, Pflegeverbände, Pflegewissenschaft

1. Einleitung

Die Beschäftigung mit Strukturen und Prozessen der Gesundheitspolitik zählt nicht zu den Kernthemen der Pflegewissenschaft, aus durchaus naheliegenden Gründen. Die Analyse und Erforschung der institutionellen Strukturen und typischen Entscheidungsprozesse der Politik, und somit auch der Gesundheitspolitik, ist vielmehr primär Gegenstand der Politikwissenschaft. In gewissem Maße erscheint es allerdings durchaus angebracht, dass sich auch Pflegewissenschaft mit Fragen der Gesundheitspolitik befasst. Zum einen ist ihr Gegenstand, die pflegerische Versorgung, in hohem Maße durch gesundheitspolitische Entscheidungen gestaltet. Was im Rahmen empirischer Pflegeforschung vorgefunden und untersucht wird, ist wesentlich von Rahmenbedingungen beeinflusst, die durch gesundheitspolitische Entscheidungen gestaltet werden. Das Verstehen und Erklären empirischer Befunde pflegewissenschaftlicher Forschung ist somit nicht selten auch auf die Kenntnis gesundheitspolitischer Rahmensetzungen angewiesen, wie sie sich beispielsweise in den geltenden Vorschriften des Berufsrechts, des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung oder Pflegeversicherung manifestieren.

Sollen pflegewissenschaftliche Konzepte in die Praxis umgesetzt werden, wird der Erfolg entsprechender Projekte direkt oder indirekt auch von gesundheitspolitischen Rahmensetzungen beeinflusst. Sehr deutlich tritt der Zusammenhang insbesondere bei solchen Projekten zutage, die auf Grundlage von Modellprojektklauseln in Gesetzen durchgeführt und finanziert werden. Aber auch dort, wo der Zusammenhang möglicherweise nicht auf den ersten Blick sichtbar ist, sind Projekte der Veränderung pflegerischer Praxis auf vielfältige Weise durch gesundheitspolitische Entscheidungen beeinflusst, beispielsweise indem das geltende Finanzierungsrecht nur eine bestimmte, häufig nicht ausreichende Personalausstattung des betreffenden Bereiches ermöglicht.

Pflegewissenschaft kann sich auf sehr unterschiedliche Weise zu diesen Zusammenhängen verhalten. Sie kann sie als außerwissenschaftlich zur Kenntnis nehmen und in der eigenen Forschung und Theoriebildung als von ihrer Einflussosphäre unabhängig und gegeben behandeln, oder sie kann es sich zur Aufgabe machen, soziale Wirklichkeit nicht nur zu beforschen, sondern auch verändern zu wollen.

Der vorliegende Beitrag folgt dem zweiten Wissenschaftsverständnis und plädiert dafür, die gegebenen Chancen der Beeinflussung gesundheitspolitischer Entscheidungen im Interesse der Pflegepraxis, der Patienten, Pflegebedürftigen und Angehörigen mehr als bislang zu nutzen. Dies als interessen geleiteten Lobbyismus zu kritisieren, würde verkennen, dass Gesundheitspolitik auf die Unterstützung durch Wissenschaften angewiesen ist und auch ein explizites Interesse an der Nutzung wissenschaftlicher Expertise hat. Und jede Form wissenschaftlicher Politikberatung ist unvermeidbar zugleich auch Beeinflussung von Politik. Die entscheidende Frage ist nicht, ob Wissenschaft Politik beeinflusst, sondern in welche Richtung sie beeinflusst.

Der vorliegende Beitrag befasst sich nicht nur mit den Möglichkeiten der Einflussnahme von Pflegewissenschaft auf die Gesundheitspolitik, sondern bezieht auch die

Handlungsoptionen der Pflegeverbände als Vertretungen der Pflegepraxis mit ein. Dem liegt die Einschätzung zugrunde, dass es ein hohes Maß an Interessenübereinstimmungen zwischen Pflegewissenschaft und Pflegepraxis gibt und beide in der gesundheitspolitischen Arena umso erfolgreicher sein können, je besser sie ihre auf die Gesundheitspolitik gerichteten Aktivitäten koordinieren.

Wesentliche Voraussetzung für eine stärkere Einflussnahme sind Kenntnisse über die Strukturen und typischen Entscheidungsprozesse der Gesundheitspolitik. Der vorliegende Beitrag richtet den Blick vor allem auf solche Strukturen und Prozesse, die für die Pflegepraxis und Pflegewissenschaft von besonderer Bedeutung sind bzw. sein können.

Die Darstellung und Diskussion beschränkt sich auf gesundheitspolitische Strukturen und Prozesse der Bundesebene, da dort die zentralen und wichtigsten Entscheidungen getroffen werden. Vieles, was für die Bundesebene gilt, kann auch auf die Gesundheitspolitik auf Landesebene und kommunaler Ebene übertragen werden. Allerdings sind dort auch zahlreiche Besonderheiten anzutreffen, auf die hier jedoch nicht näher eingegangen werden kann.

2. Institutionelle Strukturen und Prozesse der Gesundheitspolitik

Zentrales Ziel gesundheitspolitischer Aktivitäten ist in der Regel eine allgemein verbindliche Entscheidung, entweder in Form eines Gesetzes oder einer Verordnung. Verordnungen werden zwar von dem jeweils zuständigen Ministerium erlassen, das Ministerium braucht dazu allerdings eine ausdrückliche Ermächtigung durch eine entsprechende Passage in einem Gesetz. Insofern stehen vor allem Gesetze im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik. Sie werden in Deutschland im Rahmen eines Zwei-Kammer-Systems gemeinsam von Bundestag und Bundesrat beschlossen.

Dem Bundestag kommt dabei die maßgebliche und initiierende Rolle zu (Hesse/Ellwein 2012: 374-407; Rudzio 2015: 213-252). In der Regel beschließt der Bundestag ein Gesetz und legt es dem Bundesrat zur Zustimmung vor. Die Initiative für einen gesundheitspolitischen Gesetzentwurf geht entweder von den Regierungsfractionen oder vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aus. Aber auch wenn die Gesetzesinitiative aus dem Parlament kommt, wird der Gesetzentwurf bis auf wenige Ausnahmen von den Beamten des Gesundheitsministeriums oder – insbesondere im Fall pflegespezifischer Gesetze – von den Beamten mehrerer Ministerien erarbeitet und formuliert. Den Ministerialbeamten kommt folglich eine sehr zentrale Rolle bei der Gesetzgebung zu (Hesse/Ellwein 2012: 407-436; Schmidt 2011: 167-199). Darum soll an späterer Stelle dieses Beitrags auch näher auf diese Akteursgruppe eingegangen werden.

Entscheidend für die Inhalte der Gesetze ist und bleibt jedoch das Parlament und innerhalb des Parlamentes wiederum die jeweilige regierende Mehrheit. Sie entscheidet letztlich über die Annahme des Gesetzentwurfes. Allerdings zeigt sich bei genauerer

Betrachtung des parlamentarischen Systems, dass die zentralen gesundheitspolitischen Entscheidungen nicht von allen Abgeordneten der Regierungsfractionen in gleichem Maße getroffen werden.

Aufgrund der Vielzahl an Politikfeldern und der Anforderungen an spezielles Fachwissen über das jeweilige Politikfeld können aus naheliegenden Gründen nicht alle Abgeordneten in allen Politikfeldern sachkundig sein. Aus diesem Grund arbeitet der Bundestag in hohem Maße arbeitsteilig.

Die Arbeitsteilung findet ihren Ausdruck vor allem in der Wahl von Sprecherinnen oder Sprechern der jeweiligen Parlamentsfractionen für die verschiedenen Politikfelder und in der Bildung von Parlamentsausschüssen, in denen die Fachdiskussion über das jeweilige Politikfeld stattfindet und über vorgelegte Entschliessungen und Gesetzentwürfe beraten wird. Für die Gesundheitspolitik zuständig ist der „Ausschuss für Gesundheit“ (AfG). Die Abgeordneten spezialisieren sich in der Regel jeweils auf ein Politikfeld und sind Mitglied in mindestens einem Parlamentsausschuss.

2.1 Die Bedeutung der gesundheitspolitischen Sprecherinnen und des Gesundheitsausschusses

Zu Beginn einer neuen Legislaturperiode wählt jede Fraction eine gesundheitspolitische Sprecherin oder einen Sprecher und zugleich auch die Mitglieder für den Gesundheitsausschuss in der ihr zustehenden Zahl der Sitze. In den letzten Jahren hat es sich zudem etabliert, dass zusätzlich auch pflegepolitische Sprecherinnen oder Sprecher gewählt werden. Dies kann als Ausdruck einer gestiegenen Bedeutung der Pflege gedeutet werden.

Die gesundheits- und pflegepolitischen Sprecherinnen und Sprecher sind aus naheliegenden Gründen von hervorgehobener Bedeutung und von daher in der Regel auch hauptsächliche Ansprechpartnerinnen für Verbände und andere Interessenvertretungen. Hat ein Pflegeverband ein Anliegen oder will eine Stellungnahme zu einem geplanten Gesetzesvorhaben platzieren, ist es ratsam, dies an die gesundheits- und pflegepolitischen Sprecherinnen und Sprecher vor allem der Regierungsfractionen aber auch der Opposition heranzutragen.

Neben den gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprechern ist vor allem der Gesundheitsausschuss von besonderer Bedeutung. Ihm gehören gegenwärtig 41 Mitglieder an, und seine Zusammensetzung entspricht den Sitzverhältnissen des Bundestages (AfG 2018b). Folglich hat die jeweils regierende Koalition auch die Mehrheit der Sitze im Gesundheitsausschuss. Die besondere Bedeutung des Gesundheitsausschusses wird deutlich, wenn man sich den üblichen Ablauf des Gesetzgebungsprozesses vergegenwärtigt (zum Ablauf des Gesetzgebungsprozesses im Allgemeinen vgl. Hesse/Ellwein 2012: 363-374).

Üblicherweise wird ein Gesetzentwurf in das Plenum des Bundestages eingebracht, dort in einer ersten Lesung jedoch noch nicht diskutiert, sondern vom Plenum einver-

nehmlich und ohne Beratung direkt an den jeweils zuständigen Ausschuss überwiesen. Der Ausschuss berät über den Gesetzentwurf, führt öffentliche Anhörungen zum Gesetzentwurf durch und verabschiedet am Ende seiner Beratungen eine Beschlussempfehlung für das Bundestagsplenum. Da die jeweilige Regierungskoalition über die Mehrheit der Sitze im Gesundheitsausschuss verfügt, ist die Abstimmung über die Beschlussempfehlung im Grunde bereits die Vorentscheidung über den Inhalt des anschließend im Plenum zu beschließenden Gesetzes. Zwar werden in der an die Ausschussberatungen anschließenden zweiten und dritten Lesung von Vertreterinnen und Vertretern aller Fraktionen im Bundestag Reden zum Gesetzentwurf gehalten, die dabei vorgetragene Argumente haben jedoch keine Auswirkung mehr für die anschließende Abstimmung, da es einen Fraktionszwang für die Abgeordneten der Regierungskoalitionen gibt.

Aber auch wenn die jeweilige Regierungskoalition über die Mehrheit der Sitze im Ausschuss verfügt, so sind die Beratungen im Ausschuss doch keineswegs ohne Belang. Es kommt immer wieder vor, dass Argumente, Hinweise und Anregungen, die von der Opposition oder im Rahmen öffentlicher Anhörungen von Verbänden und Einzelsachverständigen eingebracht werden, zu Änderungen von Gesetzesvorlagen führen. Für die Arbeit des Gesundheitsausschusses gilt, dass kein Gesetz den Ausschuss so verlässt, wie es in den Ausschuss eingebracht wurde. Wollen Pflegeverbände und Gewerkschaften Einfluss auf Inhalte geplanter Gesetze nehmen, sollten sie sich vor allem auch an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses wenden.

Der Gesundheitsausschuss kann darüber hinaus auch für Pflegewissenschaft von Bedeutung sein, da er zu seinen Anhörungen nicht nur Verbände einlädt, sondern auch wissenschaftliche Einzelsachverständige. Sie werden in den mündlichen Anhörungen zu einzelnen Themen und Gesetzesinhalten befragt und können eine schriftliche Stellungnahme zum Gesetzentwurf abgeben, die zu den Beratungsunterlagen genommen wird (zu den bisherigen Anhörungen der laufenden Legislaturperiode vgl. AfG 2018a).

Während der Deutsche Pflegerat und einzelne Berufsverbände der Pflege regelmäßig zu Anhörungen des AfG eingeladen werden, zählt die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) bislang noch nicht zu den üblicherweise einzuladenden Organisationen und werden Pflegewissenschaftlerinnen oder Pflegewissenschaftler – wenn überhaupt – nur sehr selten als Einzelsachverständige geladen. Wenn pflegewissenschaftliche Expertise gewünscht war, wurde in den letzten Jahren stattdessen bereits mehrfach ein privater Verein eingeladen, der sich der Gesundheitspolitik offensiv als pflegewissenschaftlich sachkundige „Fachgesellschaft“ präsentiert hat (vgl. u. a. Fachgesellschaft Profession Pflege 2018). Hier wäre es an der Zeit, dass sich die DGP als legitime Vertretung der deutschen Pflegewissenschaft in der Wahrnehmung der Gesundheitspolitik etabliert. Erreicht werden kann dies beispielsweise, indem eigene schriftliche Stellungnahmen zu bestimmten Themen oder Gesetzesvorhaben auch ohne ausdrückliche Aufforderung durch den Gesundheitsausschuss auf elektronischem Weg an das Sekretariat des Gesundheitsausschusses gesendet werden, mit der Bitte, diese an die Mitglieder des Ausschusses weiterzuleiten. Ein solches Vorgehen ist durchaus legi-

tim und üblich. Darüber hinaus kann es sinnvoll sein, als Fachgesellschaft gezielt den Kontakt zu einzelnen Ausschussmitgliedern zu suchen, beispielsweise zu Abgeordneten mit pflegerischer Berufsausbildung und Berufserfahrung.¹

2.2 Die Rolle der Ministerialbeamten

Wie bereits erwähnt, kommt den Beamten des Gesundheitsministeriums eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Formulierung von Gesetzen und Verordnungen zu (zur Bedeutung der Ministerialbürokratie allgemein vgl. Hesse/Ellwein 2012: 407-436; Rudzio 2015: 277-284; Schmidt 2011: 167-199).

Um politische Reformvorhaben in eine fachlich angemessene und sachgerechte Gesetzesform zu bringen, bedarf es neben einem entsprechenden juristischen Fachwissen vor allem auch fundierter inhaltlicher Sachkenntnisse über den jeweiligen zu regulierenden Gegenstandsbereich. Da die Ministerialbeamten nicht zu allen Themen über fundierte Fachkenntnisse verfügen können, sind sie auf Unterstützung durch externe Expertise angewiesen, die sie entweder von Verbandsexpertinnen und -experten oder Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler beziehen (Speth 2006).

Dies gilt selbstverständlich auch für alle die Pflege betreffenden Themen. Insofern bietet sich sowohl für Pflegeverbände als auch die Pflegewissenschaft die Chance, Zugang zur Ministerialbürokratie zu erhalten und dabei nicht nur ihr Fachwissen zur Verfügung zu stellen, sondern auch Sichtweisen der Pflege einzubringen. Dies ist durchaus legitim und anerkannter Teil des politischen Prozesses. Problematisch wird dies erst, wenn Verbände ihren Zugang zu Ministerialbeamten nutzen, um gemeinwohlschädliche Partialinteressen zu platzieren und durchzusetzen (Lösche 2007; Speth 2006).

Aufgrund des Bedeutungszuwachses der Pflege für die Gesundheitspolitik hat sich für die Pflegeverbände in den letzten Jahren die Chance auf einen Zugang zum Ministerium deutlich verbessert. Nicht nur allgemein, sondern auch weil es mittlerweile einen ‚Pflegebevollmächtigten‘ im Rang eines Staatssekretärs im BMG gibt und diese Funktion seit Anfang 2018 vom früheren Präsidenten des Deutschen Pflegerates ausgeübt wird (BMG 2018).

Die Pflegewissenschaft ist aus Sicht des Gesundheitsministeriums vor allem hinsichtlich ihres möglichen Beitrages zur wissenschaftlichen Politikberatung von Interesse. Wie andere Ministerien hat auch das BMG Bedarf an wissenschaftlicher Politikberatung und beruft aus diesem Grund unter anderem einen „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“, der im Auftrag des BMG Gutachten erstellt und dessen Mitglieder das BMG in Einzelfragen beraten (SVR-G 2018a, 2018b). Im Gesundheitssachverständigenrat ist neben der Gesundheitsökonomie und Medizin seit knapp zehn Jahren auch die Pflegewissenschaft vertreten.

¹ Dem gegenwärtigen Gesundheitsausschuss gehören fünf Abgeordnete mit Pflegeausbildung an: Sabine Dittmar (SPD), Claudia Moll (SPD), Bettina Müller (SPD), Kordula Schulz-Asche (Grüne), Emmi Zeulner (CSU); Sabine Dittmar ist gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion und Cordula Schulz-Asche pflegepolitische Sprecherin der Grünen.

Darüber hinaus werden zu einzelnen Themen Aufträge für empirische Studien und Gutachten auch an wissenschaftliche Institutionen und einzelne Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler vergeben, darunter auch solche aus dem Bereich der Pflegewissenschaft (vgl. u. a. Wingenfeld/Büscher/Ganswald 2011; Wingenfeld/Büscher/Schaeffer 2007).²

2.3 Der Bundesrat als wichtiger Vetospieler in der Gesundheitspolitik

Während der Bundestag im Mittelpunkt des öffentlichen politischen Interesses steht, richtet sich die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit eher selten auf die Bedeutung des Bundesrates. Die Länderkammer hat allerdings einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Gesetze des Bundes (Hesse/Ellwein 2012: 436-449; Rudzio 2015: 285-298; Schmidt 2011: 167-199). Dies gilt insbesondere auch für die Gesundheitspolitik.

Wie bereits erwähnt, muss jedes vom Bundestag beschlossene Gesetz dem Bundesrat zur Abstimmung vorgelegt werden. Dabei werden grundsätzlich zwei Arten von Gesetzen unterschieden (Bundesrat 2018). Bei ‚zustimmungsbedürftigen‘ Gesetzen ist die Zustimmung der Mehrheit des Bundesrates erforderlich. Ohne Zustimmung der Bundesratsmehrheit können zustimmungspflichtige Gesetze nicht in Kraft treten. Bei den übrigen, nicht-zustimmungspflichtigen, sogenannten ‚Einspruchsgesetzen‘ kann der Bundestag einen Einspruch des Bundesrates in einer erneuten Abstimmung überstimmen und so seinen Gesetzeswillen auch gegen eine Bundesratsmehrheit durchsetzen. Es gibt zwar keine klare und eindeutige Vorgabe dafür, wann ein Gesetz ‚zustimmungsbedürftig‘ ist, in der Regel ist aber maßgeblich, ob und in welchem Umfang ein Gesetz Auswirkungen auf die Finanzen der Länder hat oder ob die Länder in der Ausübung ihrer Aufgaben von einem Gesetz betroffen sind (ebd.). Da die Länder, und nicht der Bund, den ‚Sicherstellungsauftrag‘ für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zu erfüllen haben, ist darum ein wesentlicher Teil der gesundheitspolitischen Gesetzgebung von der Zustimmung des Bundesrates abhängig.

Vor dem Hintergrund der Bedeutung des Bundesrates sind die Bundesländer und die für Gesundheitspolitik zuständigen Länderressorts von besonderer Bedeutung auch für die Einbringung von Pflegeinteressen in den Gesetzgebungsprozess auf Bundesebene. Wollen Organisationen der Pflegeberufe oder der Pflegewissenschaft bestimmte Anliegen für die Bundesgesetzgebung vorbringen oder durchsetzen, ist es folglich wichtig, gute und vertrauensvolle Beziehungen zu Länderressorts aufzubauen und zu pflegen. Von besonderer Bedeutung sind dabei solche Länder und Länderressorts, die die formelle oder informelle Verhandlungsführerschaft der jeweiligen parteibezogenen Bundesratslager innehaben, wie beispielsweise für die Gesundheitspolitik der SPD-geführten Länder (A-Länder) seit einigen Jahren Hamburg und seine Gesundheitssenatorin.

² Die Aufträge für die beiden zitierten Studien wurden zwar vom GKV-Spitzenverband vergeben, da dieser als Körperschaft des öffentlichen Rechts dem BMG untersteht und in dieser Angelegenheit im Auftrag der Bundesregierung tätig war, können die Aufträge dem Zuständigkeitsbereich des BMG zugerechnet werden.

2.4 Die Bedeutung der Verbände und der ‚gemeinsamen Selbstverwaltung‘ im Gesundheitswesen

Verbände nehmen in modernen Gesellschaften vielfältige und wichtige Funktion wahr. Für die parlamentarische Demokratie ist dabei vor allem die Funktion als ‚intermediäre‘ Organisationen der Vermittlung von Interessen zwischen Politik und Staat auf der einen und gesellschaftlichen Interessen auf der anderen Seite von Bedeutung (Lösche 2007; Sebaldt/Straßner 2004; Winter/Willems 2007). Wie bereits bei der Diskussion der Rolle der Ministerialbeamten angesprochen, greift es zu kurz, alle Verbände nur als Lobbyorganisationen zur Durchsetzung von Partialinteressen zu betrachten. Dies wird bei dem hier erörterten Thema bereits daran erkennbar, dass auch Pflegeverbände und Gewerkschaften im allgemeinen Sinne Interessenverbände sind, die sich bemühen, die Interessen ihrer Mitglieder an die Politik und staatliche Verwaltung zu ‚vermitteln‘. Und dabei geht es in den seltensten Fällen um unmittelbare wirtschaftliche Interessen der Angehörigen von Pflegeberufen, sondern zumeist um Fragen der Ausgestaltung der medizinischen und pflegerischen Versorgung, bei denen Pflegeverbände bestrebt sind, auch die Interessen von Patienten, Pflegebedürftigen und Angehörigen zur Geltung zu bringen.

Zwar gleichen sich so gut wie alle Verbände in der Gesundheitspolitik hinsichtlich ihrer interessenvermittelnden Funktion, die Chancen auf Wahrnehmung und Berücksichtigung der jeweiligen Verbandsinteressen sind jedoch sehr unterschiedlich verteilt. Um es in einem bildhaften Vergleich auszudrücken: Zwar kämpfen alle mit Speeren, die Speere sind jedoch höchst unterschiedlich lang und stabil. Die unterschiedliche Verteilung von Chancen resultiert vor allem aus einer sehr unterschiedlichen finanziellen Ausstattung. Dies wird insbesondere erkennbar, wenn man die Ressourcenausstattung der Spitzenverbände der Krankenkassen, niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser mit der des Deutschen Pflegerates (DPR) vergleicht, der von der Politik als eine Art Spitzenverband der Pflegeverbände betrachtet und behandelt wird.

Während der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in Berlin in eigenen mehrstöckigen und teilweise großflächigen Gebäuden residieren und über einen umfangreichen Personalbestand verfügen, kann sich der DPR lediglich einen Teil einer Büroetage in einem mittelgroßen Bürokomplex und wenige hauptamtliche Beschäftigte leisten.

Die extremen Unterschiede in der Ressourcenausstattung resultieren vor allem aus einer höchst unterschiedlichen Finanzierungsgrundlage. GKV-SV, KBV und DKG finanzieren sich aus Pflichtbeiträgen finanzkräftiger Mitglieder, zu denen Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen oder Krankenhausträger gehören. Im Fall der Krankenkassen und Ärzte besteht zudem eine Pflichtmitgliedschaft aller Kassen bzw. Vertragsärzte und wird der Beitrag an den GKV-SV oder die KBV automatisch von den Einnahmen der jeweiligen Krankenkasse oder des einzelnen niedergelassenen Arztes einbehalten und an den Spitzenverband abgeführt. Der Pflegerat hingegen finanziert sich aus Zuweisungen von Pflegeverbänden, in denen sich Pflegekräfte freiwillig orga-

niert haben, deren Einkünfte und somit auch Verbandsbeiträge zudem erheblich geringer sind als die der Krankenkassen, niedergelassene Ärzte oder Eigentümer von Krankenhäusern. Insgesamt ist der Organisationsgrad der Pflegeberufe zudem weit von einer hundertprozentigen Erfassung entfernt, auf der die Einnahmen des GKV-SV, der KBV und DKG beruhen.

Der Verweis auf die höchst unterschiedliche finanzielle Ausstattung mag banal erscheinen, die finanzielle Ausstattung ist allerdings von außerordentlich großer Bedeutung für die politische Handlungsfähigkeit eines Verbandes. Sie entscheidet darüber, welches und wie viel Personal beschäftigt werden kann, was wiederum entscheidend dafür ist, wie viel Arbeitszeit für Kontakte zur Politik und zu Ministerien, für das Verfassen von Stellungnahmen, die Pressearbeit etc. eingesetzt werden kann. Die verfügbaren finanziellen Ressourcen sind zudem auch maßgeblich dafür, ob zu bestimmten Themen wissenschaftliche Studien und Gutachten in Auftrag gegeben werden können, mit denen eigene Positionen gestützt und in die Öffentlichkeit transportiert werden können, oder ob aufwändige ‚parlamentarische Abende‘ angeboten werden können, bei denen informelle Kontakte zur Politik geknüpft und gepflegt werden.

Leider gibt es bislang keine institutionellen Arrangements der Gesundheitspolitik, durch die versucht wird, diese systematische Ungleichverteilung von Einflusschancen auszugleichen. Im Gegenteil: Es ist in den letzten Jahren eine zunehmende Konzentration von Macht auf die drei großen Spitzenverbände (GKV-SV, KBV, DKG) zu beobachten.

Es hat sich mittlerweile als Standard gesundheitspolitischer Gesetzgebung etabliert, in Gesetzen nur allgemeine Rahmenvorgaben zu beschließen und die Konkretisierung der Vorgaben und Umsetzung in Detailregelungen den großen Verbänden im Gesundheitsbereich zu übertragen. Im Zentrum dieses Regulierungsmusters steht ein organisatorisches Arrangement, das als ‚gemeinsame Selbstverwaltung‘ bezeichnet wird.³ Der Gesetzgeber beauftragt dabei in der Regel zwei der drei großen Spitzenverbände, auf dem Verhandlungsweg eine oder mehrere vertragliche Vereinbarungen zu vorgegebenen Regelungsbereichen zu treffen, die durch Gesetz vorab für alle Krankenkassen und Leistungserbringer des jeweiligen Bereiches als ‚unmittelbar verbindlich‘ erklärt werden. Nur wenn sich die beauftragten Verbände nicht einigen können, tritt – sozusagen als ‚Ausfallbürge‘ – das BMG in Aktion und nimmt die durch Gesetz geforderten Regelungen auf dem Wege einer sogenannten ‚Ersatzvornahme‘ durch Verordnung vor.⁴

Welche Verbände beauftragt werden, hängt von dem jeweiligen Regelungsbereich ab. Sind Regelungen für die ambulante medizinische Versorgung zu treffen, werden der

3 Der für diese Arrangements verwendete Begriff der ‚gemeinsamen Selbstverwaltung‘ ist von der Selbstverwaltung der Krankenkassen abgeleitet. Als im Rahmen der Bismarck’schen Sozialgesetzgebung die bereits bestehenden Hilfs- und Unterstützungskassen der Arbeiter in Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt und dadurch dem Staat einverleibt wurden, erhielten die neu gebildeten Kassen als eine Art ‚Entschädigung‘ und zur Befriedung der Arbeiterschaft das Recht auf Selbstverwaltung ihrer Angelegenheiten, allerdings nur für ein relativ geringes Spektrum von Entscheidungen (Frerich/Frey 1996: 93-101; Simon 2017a: 21-25).

4 Ein Beispiel hierfür aus neuerer Zeit ist die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV), die vom BMG erlassen wurde, nachdem sich GKV-SV und DKG nicht auf eine entsprechende Vereinbarung einigen konnten.

GKV-SV und die KBV beauftragt, sind Regelungen zur Krankenhausversorgung zu treffen, werden der GKV-SV und die DKG beauftragt.⁵ Im Bereich der Pflegeversicherung wird ebenfalls der GKV-Spitzenverband beauftragt, da er zugleich auch Spitzenverband der Pflegekassen ist. Auf Seiten der Leistungserbringer werden die Verbände der Träger von Pflegeeinrichtungen beauftragt. Die zu treffenden Vereinbarungen gehen weit über Fragen der Ausgestaltung von Vergütungsregelungen hinaus und betreffen auch Fragen der Berufsausübung in der Pflege. Dennoch werden die beruflichen Organisationen der Pflege nicht an den Entscheidungen beteiligt.

Die in der gemeinsamen Selbstverwaltung herrschende soziale Ungleichheit setzt sich auch bis in das höchste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung fort, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Der G-BA trifft unterhalb der Gesetze Entscheidungen über verschiedene Regelungsbereiche. So konkretisiert er den im Gesetz zumeist nur allgemein definierten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, erlässt Richtlinien zur ärztlichen Behandlung, zur Krankenhausbehandlung, zur Pflege sowie zur Qualitätssicherung, beschließt Vorgaben zur Personalausstattung von Krankenhäusern etc. Er wird informell auch als ‚kleiner Gesetzgeber‘ bezeichnet, da seine Vorgaben und Richtlinien quasi Gesetzeskraft haben und für alle Krankenkassen und Leistungserbringer verbindlich sind. Das Entscheidungsgremium des G-BA (Plenum) ist mit jeweils fünf Vertretern des GKV-SV auf der einen und der KBV sowie der DKG auf der anderen Seite besetzt. Die beiden Seiten werden im internen Sprachgebrauch auch als ‚Bänke‘ bezeichnet. Zusätzlich gehören dem G-BA drei stimmberechtigte unparteiische Mitglieder an, darunter auch der Vorsitzende. Können sich die beiden Bänke nicht einigen, geben die Stimmen der Unparteiischen den Ausschlag. Können sich die beiden Bänke jedoch auf einen Kompromiss oder ‚Deal‘ einigen, haben sie die Stimmenmehrheit und sind die Stimmen der Unparteiischen ohne Belang.⁶ Zusätzlich gehören dem G-BA auch Patientenvertreterinnen und -vertreter an, die allerdings kein Stimmrecht, sondern nur ein Beratungs- und Antragsrecht haben.

Die von den Verbänden im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung zu vereinbarenden Entscheidungen berühren in vielfältiger Weise auch die Belange der pflegerischen Versorgung und der Pflegeberufe. Allerdings wird die Pflege bei den Verhandlungen zwischen GKV-SV und KBV oder DKG und des G-BA selbst dann nicht an Entscheidung beteiligt, wenn diese eindeutig Angelegenheiten der pflegerischen Versorgung betreffen. Im Fall des G-BA ist durch Gesetz lediglich vorgegeben, dass die Verbände der Pflegeberufe bei Richtlinien zur Qualitätssicherung an den Beratungen zu beteiligen sind (§ 136 Abs. 3 SGB V). Dieses Mitberatungsrecht wird vom Deutschen Pflegerat wahrgenommen. Ein Stimmrecht steht ihm jedoch nicht zu, selbst wenn es um Qualitätssicherung in der Pflege geht.

5 Zumeist werden die drei Spitzenverbände auch verpflichtet, den Verband der privaten Krankenversicherung mit einzubinden. Allerdings ist er nicht gleichberechtigt an der Entscheidung zu beteiligen und wird insofern hier auch nicht weiter berücksichtigt.

6 Dieser Fall ist keineswegs so unwahrscheinlich, wie es auf den ersten Blick erscheinen mag. So einigten sich beispielsweise im Sommer 2018 DKG und GKV-SV entgegen der Forderung der Patientenvertreterinnen und der Vertreterin des Pflegerates darauf, die bisher bis auf eine Ausnahme nur sehr vagen Vorgaben zur Personalbesetzung auf Intensivstationen nicht zu konkretisieren und zu verschärfen.

Diese Arrangements als ‚gemeinsame Selbstverwaltung‘ zu bezeichnen, täuscht über deren wahren Charakter hinweg. Es handelt sich nicht um organisatorische Strukturen, in denen die Betroffenen ihre Angelegenheiten selbst verwalten, sondern um die Delegation staatlicher Macht auf einige wenige sehr mächtige Interessenverbände. Daran ändert auch nichts, dass es sich beim GKV-SV und der KBV um Körperschaften des öffentlichen Rechts handelt. Beide Organisationen agieren als Interessenverbände und nutzen ihre Macht im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung zur Durchsetzung der wirtschaftlichen Interessen der von ihnen vertretenen Krankenkassen bzw. niedergelassenen Vertragsärzte. Am deutlichsten tritt der Charakter als Lobbyverband bei der DKG zutage, die als privatrechtlicher Verein verfasst ist und keinerlei staatlicher Aufsicht unterliegt.

Es wäre dringend an der Zeit, das Konstrukt ‚gemeinsame Selbstverwaltung‘ einer grundlegenden Kritik zu unterziehen und eine Neuorganisation und Neujustierung des Systems unter gesetzlicher Regulierung auf die Tagesordnung zu setzen. Die legitimierte Vertretungen der Pflegeberufe sollten gleichberechtigt und mit Stimmrecht in die maßgeblichen Entscheidungen über die Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung eingebunden werden. Innerhalb des bestehenden Systems der gemeinsamen Selbstverwaltung wird dies allerdings nicht rechtstechnisch konsistent möglich sein, denn es handelt sich dabei um ein System, das Entscheidungsmacht auf Grundlage von Geld (Kassen) und Eigentumsrechten an Einrichtungen vergibt (Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen). Hier wäre eine Neujustierung erforderlich, die Gestaltungsmacht auf Grundlage fachlicher Kompetenz und beruflicher Zuständigkeit verteilt.

Die problematischen Strukturen der gemeinsamen Selbstverwaltung haben auch Bedeutung für die Pflegewissenschaft. So wurde von der Politik bereits mehrfach die Vergabe von Forschungsaufträgen, beispielsweise zur Evaluierung bestimmter Gesetzesmaßnahmen, an die gemeinsame Selbstverwaltung delegiert.⁷ Ein aktuelles Beispiel für die Bedeutung der gemeinsamen Selbstverwaltung für die Pflegewissenschaft ist zudem der sogenannte ‚Innovationsfonds‘ nach § 92a SGB V, dessen Mittel auch zur Finanzierung von Vorhaben der Versorgungsforschung bereitgestellt werden (G-BA 2018). Die Mittel in Höhe von insgesamt 300 Mio. Euro pro Jahr stammen aus dem Gesundheitsfonds und von den Krankenkassen. Über die Verwendung der Mittel entscheidet ein Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA 2015). Folglich fließen politische und wirtschaftliche Interessen der drei großen Spitzenverbände auch in die Entscheidungen über die Förderung von Forschungs- und Entwicklungsprojekten ein. Ob und in welchem Umfang pflegewissenschaftliche Projekte gefördert werden, ist somit von der Machtverteilung in den Entscheidungsstrukturen abhängig und der Frage, inwieweit die entscheidenden Akteure pflegewissenschaftliche Projekte

⁷ So wurde beispielsweise die Auftragserteilung für die Begleitforschung zur Evaluation der Einführung des DRG-Systems an den GKV-SV und die DKG delegiert. Obwohl die Pflege im Krankenhaus massiv von den Auswirkungen des DRG-Systems betroffen war, vergaben die beiden Spitzenverbände den Auftrag an ein primär gesundheitsökonomisch ausgerichtetes Institut und ließen pflegewissenschaftliche Expertise vollkommen unberücksichtigt (zu den Forschungsberichten vgl. IGES 2010, 2011, 2013).

als förderlich für ihre politischen und wirtschaftlichen Interessen ansehen. Ein aus Sicht nicht nur der Pflege und Pflegewissenschaft, sondern auch der Gesellschaft insgesamt nicht akzeptabler Zustand.

3. Wissenschaftliche Beratung der Gesundheitspolitik

Gesundheitspolitik braucht die Unterstützung durch Wissenschaft, und sie sucht sie auch und ist offen dafür. Allerdings wird das Feld der wissenschaftlichen Beratung von Gesundheitspolitik seit mehr als drei Jahrzehnten von Vertretern der Gesundheitsökonomie dominiert. Dies gilt leider auch für originär pflegewissenschaftliche Themen wie beispielsweise die Frage nach einem Zusammenhang zwischen Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Ergebnisqualität, Arbeitsbedingungen in der Pflege oder dem Tätigkeitsspektrum von Pflege (vgl. u.a. Augurzky et al. 2016; DKI 2010; IGES 2017, 2018; Schreyögg/Milstein 2016). Zwar ist Pflegewissenschaft seit ca. zehn Jahren auch im Gesundheits-Sachverständigenrat vertreten, im Alltag der wissenschaftlichen Beratung der Gesundheitspolitik spielt sie aber immer noch eine eher randständige Rolle.

Sucht man nach Erklärungen, so ist zunächst festzustellen, dass sich Gesundheitspolitik auf Bundesebene seit langem vor allem mit Fragen der Kosten und Finanzierung des Gesundheitssystems befasst. Insofern ist es naheliegend, dass sie ihren Blick primär auf die Gesundheitsökonomie richtet. Darüber hinaus sollte auch in Rechnung gestellt werden, dass Gesundheitsökonomien die Verbreitung von Lehrmeinungen und Erkenntnissen ihrer Disziplin in Öffentlichkeit und Politik vielfach als originären Teil ihrer Aufgaben ansehen. Sehr deutlich kommt dies auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie zum Ausdruck, wenn dort festgestellt wird, die DGGÖ *„macht sich zur Aufgabe, gesundheitsökonomische Erkenntnisse in der Öffentlichkeit zu verbreiten und gegenüber Parlamenten und Regierungen zu vertreten“* (DGGÖ 2018).

Die Dominanz der gesundheitsökonomischen Sicht in der wissenschaftlichen Beratung der Gesundheitspolitik wird zudem auch dadurch befördert, dass sich das Erkenntnisinteresse der Gesundheitspolitik bislang in starkem Maße auf quantitative Studien und darunter vor allem auf Sekundärdatenanalysen richtet. Angesichts der teilweise sehr zweifelhaften methodischen Qualität gesundheitsökonomischer Sekundärdatenanalysen⁸ und vor allem der bei genauerer Betrachtung nur sehr eingeschränkten Erkenntnisweite und Erklärungskraft quantitativer Ansätze in der Erforschung pflegerelevanter Themen, wäre es Zeit für einen Wandel. Das weit verbreitete Vertrauen der Gesundheitspolitik in die Erklärungskraft von Sekundärdaten sollte infrage gestellt und die Erkenntnischancen qualitativer Ansätze in einer für die praktische Gesundheitspolitik nachvollziehbaren Weise stärker als bislang aufgezeigt werden.

8 Für eine exemplarische Kritik der methodischen Qualität Sekundärdatenanalysen führender deutscher Gesundheitsökonomien zur Frage eines Zusammenhanges zwischen Personalbesetzung im Pflegedienst und Ergebnisqualität deutscher Krankenhäuser vgl. Simon (2017b: 79-106).

Sollte eine stärkere Wahrnehmung der Pflegewissenschaft in der Gesundheitspolitik angestrebt werden, gilt es einen Grundsatz zu beachten: Hohe Aufmerksamkeit und Anerkennung innerhalb der Wissenschaft geht nicht zwangsläufig einher mit gleich hoher Aufmerksamkeit in der Gesundheitspolitik. Wissenschaft und Politik sind zwei weitgehend voneinander getrennte gesellschaftliche Subsysteme, die auf Grundlage unterschiedlicher Regeln funktionieren und zumeist wenig von einander wissen. Die Überwindung der Grenze erfordert eine gesonderte Anstrengung. Will Pflegewissenschaft ihre Erkenntnisse stärker als bisher in den Bereich der Gesundheitspolitik transferieren, wird sie nicht umhin kommen, dies selbst zu organisieren. Es erscheint wenig wahrscheinlich, dass die Gesundheitspolitik von sich aus zukünftig mehr als bislang bei der Pflegewissenschaft nachfragt und sich durch eigene Recherchen um die Kenntnis und laufende Beobachtung des aktuellen pflegewissenschaftlichen Forschungs- und Diskussionsstandes bemüht.

4. Schlussbetrachtung

Der vorliegende Beitrag befasste sich mit wesentlichen Strukturen und zentralen Entscheidungsprozessen der Gesundheitspolitik auf Bundesebene und der Rolle der Pflegeverbände sowie der Pflegewissenschaft in diesen Strukturen und Prozessen. Insgesamt kann festgestellt werden, dass auf der gesellschaftlichen Ebene und auch im Rahmen der Gesetzgebungsverfahren in den letzten beiden Jahrzehnten eine verstärkte Berücksichtigung der Pflege zu verzeichnen sind. Die Gründung des Deutschen Pflegerates im Jahr 1998 hat dazu geführt, dass die Pflegeberufe mittlerweile durch einen Verband vertreten werden, der in der Gesundheitspolitik als Spitzenverband der Pflegeberufe anerkannt ist und als solcher in zunehmend mehr Diskussionsprozesse eingebunden wird. Pflegewissenschaft wiederum wird zunehmend mehr auch von der Gesundheitspolitik wahrgenommen. Als deutliches Zeichen dafür kann die Tatsache gewertet werden, dass in den Gesundheits-Sachverständigenrat seit ca. zehn Jahren immer auch eine Vertreterin der Pflegewissenschaft berufen wird.

Trotz dieser Fortschritte kann die Bilanz insgesamt jedoch nicht befriedigen, denn eine wirksame Vertretung der Pflegeinteressen wird durch zahlreiche Probleme behindert. So unterliegen die Pflegeverbände und der Pflegerat aufgrund ihrer erheblich geringeren finanziellen Ressourcen einer systematischen Benachteiligung gegenüber den großen und finanzstarken Spitzenverbänden der GKV, der Kassenärzte und der Krankenhäuser. Dies wird von der Gesundheitspolitik bislang offenbar nicht als Problem gesehen, zumindest versucht sie nicht, diese Chancenungleichheit durch Gegensteuerungen auszugleichen. Vor allem aber ist die Pflege aus den zentralen Entscheidungen der mächtigen gemeinsamen Selbstverwaltung ausgeschlossen.

Die Pflegewissenschaft wird zwar mehr als noch vor zwei Jahrzehnten sowohl von der Gesundheitspolitik als auch den Spitzenverbänden wahrgenommen, sie spielt in der wissenschaftlichen Beratung der Gesundheitspolitik jedoch noch immer nur eine eher randständige Rolle. Auch heute noch werden Aufträge für Studien oder Gutach-

ten zu eindeutig pflegespezifischen Themen an Gesundheitsökonominnen und gesundheitsökonomisch geprägte Institute vergeben, und zu Bundestagsanhörungen wird statt der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft ein privater Verein eingeladen, der durch seine Namensgebung den Anschein einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft erweckt.

Auf Seiten der Pflegepraxis zeichnet sich mit der Etablierung von Pflegekammern jedoch eine deutliche Verbesserung der Situation ab. Sie werden aufgrund der Pflichtmitgliedschaft aller berufstätigen Pflegekräfte und eines Pflichtbeitrages finanziell deutlich besser ausgestattet sein, als die bisherigen Berufsverbände. Das wird sie in die Lage versetzen, deutlich mehr qualifiziertes Personal zu beschäftigen, was wiederum unerlässliche Voraussetzung für eine professionelle und wirksame gesundheitspolitische Arbeit ist. Allerdings werden die Pflegekammern nicht in der Lage sein, die Benachteiligung der Pflege in den einflussreichen Strukturen der gemeinsamen Selbstverwaltung zu beseitigen, da sie weder Finanzierungsträger noch Einrichtungsträger sind. Diese systematische Benachteiligung durch Ausschluss von Entscheidungsprozessen wird nur durch eine grundlegende Reform zu erreichen sein, die zu einer neuen Machtverteilung im Gesundheitswesen führt, bei der fachliche Kompetenz Vorrang vor wirtschaftlicher Macht erhält.

Die deutsche Pflegewissenschaft wird entscheiden müssen, ob sie sich stärker als bislang aktiv in die wissenschaftliche Beratung von Gesundheitspolitik einbringen will oder nicht. Will sie mehr als bislang Einfluss auf gesundheitspolitische Diskussionen und Entscheidungen nehmen, wird sie Strategien entwickeln müssen, wie dieses Ziel erreicht werden kann. Die Rahmenbedingungen für eine stärkere Wahrnehmung der Pflegewissenschaft in der Öffentlichkeit und Gesundheitspolitik sind so gut wie nie zuvor. Das Thema ‚Pflege‘ ist in einem zuvor nicht gekanntem Maße in der Mitte der Gesellschaft angekommen und nimmt auf der gesundheitspolitischen Agenda mittlerweile einen der ersten Plätze ein. Ein stärkeres Engagement der Pflegewissenschaft in der wissenschaftlichen Beratung der Gesundheitspolitik könnte eine verstärkte Verbreitung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse befördern und dadurch den Belangen der Pflegepraxis, Patienten, Pflegebedürftigen und Angehörigen zugute kommen.

Literatur

- AfG, Ausschuss für Gesundheit (2018a): 19. Wahlperiode - Öffentliche Anhörungen. <https://www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoeungen/19-wp-anhoeungsarchiv-inhalt/287086> (Stand 22.10.2018)
- AfG, Ausschuss für Gesundheit (2018b): Ausschuss für Gesundheit. Arbeit und Aufgaben. <https://www.bundestag.de/gesundheitsausschuss> (Stand 25.10.2018)
- Augurzký, B./Bünning, Ch./Dördelmann, S. et al. (2016): Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. RWI-Materialien Heft 104. http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien_104.pdf (Stand 21.05.2016)
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2018): Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung Staatssekretär Andreas Westerfellhaus. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/leitung-des-hauses/pflegebevollmaechtigter.html> (Stand 22.10.2018)

- Bundesrat (2018): Zustimmungs- und Einspruchsgesetze. <https://www.bundesrat.de/DE/aufgaben/ge-setzgebung/zust-einspr/zust-einspr-node.html> (Stand 25.10.2018)
- DGGÖ, Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (2018): Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie. Startseite. <https://www.dggoe.de> (Stand 29.10.2018)
- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (2010): Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/neuordnung_pflege_langfassung.pdf (Stand 22.01.2014)
- Fachgesellschaft Profession Pflege (2018): Stellungnahme zum Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz mit dem Fokus auf: Pflegebudgetvereinbarung, Pflegeerloskatalog, Pflegebedarfsmessung, Pflegepersonalquotient und einem Konzept zur Pflegepersonalbedarfsmessung https://www.bundestag.de/blob/571534/788d002361f19e1f9141ef3bcf3aa05e/19_14_0036-3-_fachgesellschaft-profession-pflege-e-v-_ppsg-data.pdf (Stand 22.10.218)
- Frerich, J./Frey, M. (1996): Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Band 1: Von der vorindustriellen Zeit bis zum Ende des Dritten Reiches, 2. Aufl. München: Oldenbourg
- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2015): Innovationsausschuss beim G-BA hat sich konstituiert. Pressemitteilung vom 16.10.2015. <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/590/> (Stand 12.10.2018)
- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Der Innovationsfonds und der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss. <https://innovationsfonds.g-ba.de> (Stand 15.10.2018).
- Hesse, J. J./Ellwein, T. (2012): Das Regierungssystem der Bundesrepublik Deutschland. 10., vollständig neu bearbeitete Auflage. Baden-Baden: Nomos
- IGES, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (2010): G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 Abs. 8 KHG. Endbericht des ersten Forschungszyklus (2004-2006). http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/content/view/full/2495 (Stand 9.04.2010)
- IGES, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (2011): G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 bis 2008). Juni 2011. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/drg_begleitforschung/DRG_Begleitforschung_Endbericht_2_Zyklus_2006_-_2008_2011_06.pdf (Stand 20.30.2018)
- IGES, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (2013): G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008 bis 2010). März 2013. http://www.g-drg.de/cms/Begleitforschung_gem._17b_Abs._8_KHG/Begleitforschung_gem._17b_Abs._8_KHG8-berichtBegleit13 (Stand 5.04.2013)
- IGES, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (2017): Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus. Internationale Empirie und Status quo in Deutschland. http://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_FC_Pflegepersonal_final.pdf (Stand 17.05.2017)
- IGES, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (2018): Pflegepersonaluntergrenzen – Expertenbefragung Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten zur Identifikation von pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e22175/e23031/e23032/e23034/attr_obj23036/Befragung_Pflegepersonaluntergrenzen_032018_ger.pdf (Stand 19.09.2018).
- Löschke, P. (2007): Verbände und Lobbyismus in Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer
- Rudzio, W. (2015): Das politische System der Bundesrepublik Deutschland. 10. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag
- Schmidt, M. G. (2011): Das politische System Deutschlands. Institutionen, Willensbildung und Politikfelder. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung
- Schreyögg, J./Milstein, R. (2016): Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/file->

- admin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf (Stand 15.05.2017)
- Sebaldt, M./Straßner, A. (2004): Verbände in der Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Simon, M. (2017a): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6., vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe
- Simon, M. (2017b): Möglichkeiten und Grenzen wissenschaftlicher Forschung zur Frage eines Zusammenhangs zwischen der Personalbesetzung im Pflegedienst und der Ergebnisqualität deutscher Krankenhäuser. Ein Diskussionsbeitrag. https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_2017_Pflegepersonal_Ergebnisqualitaet_in_deutschen_KH.pdf (Stand 20.04.2018)
- Speth, R. (2006): Die Ministerialbürokratie: erste Adresse für Lobbyisten. In: Leif, Thomas; Speth, Rudolf (Hrsg.): Die fünfte Gewalt. Lobbyismus in Deutschland. Berlin: Bundeszentrale für politische Bildung, 99-110.ü
- SVR-G, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018a): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. . https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (Stand 22.10.2018).ü
- SVR-G, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018b): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Startseite. <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=2> (Stand 25.10.2018).ü
- Wingenfeld, K./Büscher, A./Ganswald, B. (2011): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_2_18962.pdf (Stand 22.10.2018)
- Wingenfeld, K./Büscher, A./Schaeffer, D. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw_bericht_20070323.pdf (Stand 22.10.2018)
- Winter, T. von/Willems, U. (Hrsg.) (2007): Interessenverbände in Deutschland. Wiesbaden: VS Verlag

Prof. Dr. Michael Simon (i.R.)

Hochschule Hannover, michael.simon@hs-hannover.de

Andreas Westerfellhaus

Pflegewissenschaft aus Sicht des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung

**Leitfragen: Was will und kann der Pflegebevollmächtigte für die
Pflegewissenschaft tun? Was erwartet der Pflegebevollmächtigte
von der Pflegewissenschaft?**

Pflegewissenschaftlich war Deutschland lange Zeit ein Schlusslicht im internationalen Vergleich und besonders im Bereich der Versorgungsforschung liegt immer noch eini-

ges im Dunkeln. Aber in den letzten Jahrzehnten hat sich viel getan, denn pflegewissenschaftliches Wissen ist längst nicht mehr aus dem Versorgungsalltag wegzudenken. Am deutlichsten wird dies bei der Anwendung von Expertenstandards.

Dennoch ist die Pflegeforschung ein relativ neu bespieltes Feld im deutschen Gesundheitswesen. Sie befindet sich erst in jüngster Vergangenheit im Fokus der breiteren Wahrnehmung, getrieben durch neue Pflegewissenschaftsstudiengänge und Initiativen aus Politik und Verbänden.

Einen großen Beitrag leistet hier die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DPG). Sie hat in den letzten 30 Jahren darauf hingewirkt, dass Pflege sich als Profession (weiter)entwickeln konnte und in der Gesellschaft zunehmend als eigenständige Disziplin wahrgenommen wird. Sie positioniert und vertritt die Pflege(wissenschaft) im politischen und wissenschaftlichen Raum und ist somit wesentlicher Taktgeber. Sie trägt mit ihrer Arbeit dazu bei, dass die Pflegewissenschaft immer stärker an Bedeutung gewinnt und im Arbeitstag und in der Ausbildung von Pflegekräften eine zunehmend größere Rolle spielt. Sie schafft Strukturen die Pflege weiter zu entwickeln und dabei aus der eigenen Profession wissenschaftliche Grundlagen zu generieren. Dieser Weg der Professionsentwicklung muss konsequent weiter gegangen werden, um die Pflegewissenschaft den jeweils aktuellen Verhältnissen anzupassen. Das Schlagwort „From bench to bedside“ – also von der Bank zum Krankenbett mahnt, wofür Pflegewissenschaft stehen sollte: die Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis.

Denn genau dieses Zusammenspiels bedarf es, um die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland zu meistern. Der demographische Wandel, der medizinische/medizintechnische Fortschritt und die damit verbundene Verlängerung des Lebens haben zu einer Komplexität geführt, die mit den bestehenden Strukturen kaum noch angemessen bewältigt werden kann. Das sektorenübergreifende Spektrum der Patienten und Pflegebedürftigen reicht von Kindern, jungen Erwachsenen, den aktiven Älteren mit punktuellen Unterstützungsbedarf, chronisch und mehrfach Erkrankten, Menschen mit Demenz bis zu den Sterbenden, aber auch den Angehörigen.

Wir brauchen neue Konzepte für ein professionelles Handeln in der Pflege. Wir müssen uns fragen, wie die Pflege angesichts der Veränderung von Familienstrukturen und der steigenden Ausgaben gestaltet werden kann. Und wir brauchen Konzepte, die die (sich verändernden) Bedürfnisse der zu Pflegenden stärker berücksichtigen.

Die Perspektive der Nutzer fließt mittlerweile in die Diskussion über die Gesundheitsversorgung in Deutschland ein. Patienten bzw. Pflegebedürftige beurteilen die erbrachten Leistungen, und ihre Erfahrungen und Anliegen werden verstärkt versucht in die Qualitätsentwicklung einzubeziehen. So weisen bereits viele Einrichtungen die „Kundenorientierung“ als Leitlinie ihres Organisationshandelns aus. Allerdings ist bislang noch nicht geklärt, in wieweit Patientenbefragungen tatsächlich einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung leisten können. Es zeigt sich immer wieder, dass die Nutzerperspektive nicht so leicht zu erfassen ist und bis heute recht wenig Verlässliches über Ver-

sorgungserleben und Leistungsbeurteilungen aus der Sicht des Patienten bzw. Pflegebedürftigen bekannt ist. So kommt es vor, dass Pflegebedürftige einen hohen Grad der Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung attestieren, obwohl bei den vorgeschriebenen Qualitätsprüfungen z. T. weitreichende Mängel in der pflegerischen Versorgung offenkundig werden. Um hier Transparenz herzustellen und Indikatoren zu finden, die Qualität objektiv und subjektiv messen, bedarf es weitergehender Forschung. Noch immer wissen wir zu wenig darüber, wie Pflegebedürftige gute Pflege definieren. Was erwarten sie im stationären oder ambulanten Setting von der Pflege? Welche medizinischen, rehabilitativen oder pflegerischen Leistungen führen bei den Patienten und Pflegebedürftigen zum Behandlungserfolg? Und welche unterschiedlichen Bedürfnisse haben Pflegebedürftige in den verschiedenen Altersgruppen, bzw. welche Bedürfnisse werden Pflegebedürftige in Zukunft haben (Umgang und Einstellung zu Medien und Technik, Wandel des paternalistischen Modells)? Um Pflege individuell und klientenzentriert – jetzt und in Zukunft – gestalten zu können, brauchen wir unbedingt Antworten auf diese Fragen.

Hier ist die Forschung gefordert herauszufinden, welche Maßnahmen tatsächlich wirkungsvoll sind, welche nicht zum Erfolg führen und an welcher Stelle Ressourcen möglicherweise nicht zielgerichtet eingesetzt werden. Die Analyse zur Über-, Unter- und Fehlversorgung ist genauso notwendig wie die Erprobung neuer Versorgungskonzepte. Und dabei muss auch in den Bereich der Palliativversorgung geschaut werden, denn Pflegeforschung muss auch den Bedürfnissen unheilbar erkrankter Patienten gerecht werden und ebenso die Wünsche der Angehörigen im Fokus haben.

Ebenso machen die aktuellen Diskussionen um Fachkräftemangel und Pflegenotstand deutlich, wie groß der Druck nach Versorgungsalternativen ist. Für ein Gesundheitswesen von morgen müssen die Prozesse, die Abläufe und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufen und Bereichen neu gedacht werden. Das ist auch in der Politik angekommen. So ist erfreulicherweise im Koalitionsvertrag verankert, dass die Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe neu justiert werden muss und den Gesundheitsfachberufen mehr Verantwortung zu übertragen ist. Die Autonomiebestrebungen in der Berufsausübung der Pflegenden im Zusammenspiel mit anderen Berufsgruppen wie den Ärzten muss hier weiterverfolgt werden. Dafür müssen aber zuerst Fragen wie „Wer kann was, wo, wie und mit wem am besten an Leistung erbringen?“ beantwortet werden.

Und auch für die Pflegekräfte ist Forschung über die Qualität der Pflegearbeit und ihre ständige Überprüfung äußerst bedeutsam. Insbesondere in den letzten beiden Jahrzehnten haben sich die Anforderungen an den Pflegeberuf stark verändert. Sei es in der Anwendung von pflegerischen Leistungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen, der Verwendung neuer Techniken, dem Hinzukommen der Digitalisierung und der Telematik als auch veränderter Arbeitsstrukturen. All dem müssen die Berufstätigen gerecht werden. Die täglichen Anforderungen und Beschwerden überlasten viele Pflegekräfte und führen zum verfrühten Ausscheiden aus dem Beruf. Die Pflegeforschung kann auch hier einen Beitrag für innovative Lösungsansätze leisten.

Um aber die Pflegeforschung und somit auch Pflege als Wissenschaft weiter voranzutreiben, bedarf es eines systematischen Ausbaus primärqualifizierender Studiengänge, die Entwicklung von Masterstudiengängen sowie die Etablierung einer eigenständigen Forschungsstruktur, um Pflegewissen zu generieren. Pflegewissenschaftler müssen in ihrem eigenen Forschungsfeld auch promovieren können und nicht wie teils noch immer üblich ihren pflegewissenschaftlichen Abschluss in den USA oder Großbritannien erworben haben oder anderen wissenschaftlichen Disziplinen, wie der Soziologie, Psychologie oder Pädagogik entstammten. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist das neue Pflegeberufegesetz, da es das grundständige Pflegestudium ermöglicht und nun ohne Umwege wissenschaftliche Kompetenzen erlangt werden können. Hoffnung gibt auch, dass im Koalitionsvertrag festgeschrieben ist, die Karrierewege bis zur Fachhochschulprofessur zu gestalten und Fachhochschulen bei deren Rekrutierung zu unterstützen. Es besteht nun die Chance für Gesundheitsberufe wie die Pflege, deren Studiengänge oftmals auf Fachhochschulebene angesiedelt sind, sich weiter zu etablieren und ihre berufeigenen Forschung voranzutreiben. Der dringend benötigte wissenschaftliche Nachwuchs muss direkt an Hochschulen ausgebildet werden und Pflegewissenschaft muss in den unterschiedlichen Pflegestudiengängen als zentrale Disziplin und grundlegende Orientierung gelehrt werden.

Von zentraler Bedeutung ist aber letztendlich, dass pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in die Pflegepraxis zurückfließen. Die Akademisierung darf weder vom Bett weg führen, noch darf es so sein, dass akademisierte Pflegekräfte nicht ihr Wissen in die Berufspraxis einbringen – wie das derzeit leider oft noch der Fall ist. Im Pflegealltag fehlen nach wie vor akademisch ausgebildete Pflegenden, die in der direkten Patientenversorgung tätig sind und das bereits generierte Wissen für die nicht wissenschaftlich ausgebildeten Fachkräfte einbringen. Akademisch ausgebildete Pflegekräfte haben das Potential reale Versorgungsfragen zu identifizieren und mit wissenschaftlichen Methoden zu durchdringen, Lösungen vorzuschlagen und in der Praxis durchzusetzen. Es darf nicht sein, dass hochqualifizierte Pflegekräfte nach wie vor mit bürokratischen Aufgaben und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten überlastet werden oder vor dem Erfahrungswissen langjährig tätiger Pflegekräfte zurückschrecken und dieses nicht hinterfragen dürfen. Hier bedarf es dringend eines gesamten Bildungs- und Einsatzkonzeptes für die unterschiedlichen Kompetenzen und Qualifikationen der Pflegekräfte: von der Pflegeassistenz über die generalistische Ausbildung, über Fort- und Weiterbildung bis zu akademischen Bildungsangeboten. Nur so kann der Transfer von pflegewissenschaftlichen Ergebnissen in die Pflegepraxis gelingen.

Als Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung werde ich mich dafür einsetzen, dass die Akademisierung in der Pflege weiter vorangetrieben wird und die Rahmenbedingungen, für die in der direkten Versorgung arbeitenden Pflegekräfte so attraktiv sind, dass auch akademisierte Berufsangehörige am Patienten tätig werden. Nur wenn der Wissenstransfer in die Praxis gelingt und Forschungsfragen aus der Praxis heraus generiert werden, ist der Sinn von akademischer Ausbildung erfüllt und die Pflege wird sich als Profession weiter entwickeln und international aufschließen.

Das Ziel muss sein, die Praxis der Pflege und die Bedarfe der Pflegebedürftigen weiter zu erforschen. Die Ergebnisse dieser Forschung helfen Pflegehandlungen zu begründen und tragen zu einer an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientierten Pflege und zur Etablierung des Berufes als eigenständige Profession bei. Und am Ende wird es sich doppelt und dreifach lohnen: Die Pflegebedürftigen erhalten eine Versorgung die dem aktuellen Standard entspricht, die Pflegekräfte erhalten wissenschaftliche Grundlagen für ihre Arbeit und die Pflege als Profession profitiert insgesamt, da in Gremien der Selbstverwaltung nicht mehr andere Gruppen für sie sprechen, sondern die Pflege für sich selbst eintreten kann – mit eigener wissenschaftlicher Expertise.

Andreas Westerfellhaus

Staatssekretär, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung,
pflegebevollmaechtigter@bmg.bund.de

Matthias von Schwanenflügel

Leistungen der Pflegewissenschaft für die Weiterentwicklung der Pflegepolitik und -praxis

Achievements of nursing science for the further development of nursing policy and practice

The Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth works in close cooperation with nursing science and integrates their studies and expertise into its work. This includes the development of the Charter of Rights for People in need of Long-Term Care and Assistance, the setting up of the Advisory Committee for the Reconciliation of Care and Work (Beirat zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf) as well as the planned package of measures for the recruitment, retaining and qualification of volunteers in hospice work. Furthermore, expert opinions from nursing science were incorporated into the introduction of the new definition of the need for long-term care and the new long-term care needs assessment and building on that – integrated into the implementation of the new definition of the need for long-term care into nursing practice. Moreover, nursing science also played a part in the development and testing of a scientific procedure for the allocation of personnel and the reform of nursing care professions.

Keywords

Charter of Rights for People in need of Long-Term Care and Assistance, reconciliation of care and work, dementia research, hospice care, new definition of the need for long-term care, allocation of personnel, reform of nursing care professions

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend arbeitet eng mit der Pflegewissenschaft zusammen und bindet pflegewissenschaftliche Studien und Expertisen in seine Arbeit ein. Darunter fallen die Entwicklung der Pflegecharta, die Einsetzung des Beirats zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie das geplante Maßnahmenpaket zur Gewinnung, Bindung sowie Qualifizierung ehrenamtlich Engagierter in der Hospizarbeit. Des Weiteren flossen Expertisen aus der Pflegewissenschaft in die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsassessments und darauf aufbauend in die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in die pflegerische Praxis ein. Darüber hinaus wurde die Pflegewissenschaft auch bei der Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlichen Verfahrens zur Personalbemessung und der Pflegeberufereform beteiligt.

Schlüsselwörter

Pflegecharta, Vereinbarkeit Pflege und Beruf, Demenzforschung, hospizliche Betreuung, neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, Personalbemessung, Pflegeberufereform

1. Einleitung

Im kommenden Jahr 2019 wird die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) 30 Jahre alt und bat aus diesem Anlass um einen politisch fokussierten Blick von außen auf die Pflegewissenschaft. Vor diesem Hintergrund soll der folgende Beitrag einen Einblick in die Leistungen der Pflegewissenschaft aus Sicht eines Ministeriums für die Weiterentwicklung der Pflegepolitik und -praxis bieten.

Die Pflegewissenschaft leistet einen wichtigen Beitrag zur Konzeption und Fortentwicklung der Seniorenpolitik innerhalb der Bundesregierung. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) arbeitet eng mit der Pflegewissenschaft zusammen und bezieht pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in seine Arbeit ein. Hervorzuheben sind die Entwicklung der Pflegecharta, die Einsetzung und Begleitung des Beirats zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie das geplante Maßnahmenpaket zur Gewinnung, Bindung sowie Qualifizierung ehrenamtlich Engagierter in der Hospizarbeit.

Zudem hat die Pflegewissenschaft Einfluss auf grundlegende Paradigmenwechsel in der Pflegepolitik und somit auch auf Reformen und Gesetzesänderungen genommen. Insbesondere die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgte unter Einbindung der Wissenschaft und veranschaulicht die Wechselwirkung zwischen Politik und Pflegewissenschaft. Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse prägen auch die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlichen Verfahrens zur Personalbemessung und die praktische Ausgestaltung der Pflegeberufereform. Das Zusammenspiel dieser Akteure wird im Folgenden dargestellt und beleuchtet.

2. Politik und Pflegewissenschaft

2.1 Pflegecharta

Das BMFSFJ hatte 2003 gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) den „Runden Tisch Pflege“ einberufen, um die Lebenssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu verbessern. An dieser gemeinsamen Initiative beteiligten sich rund 200 Expertinnen und Experten aus Verbänden, Bund, Ländern, Kommunen, Praxis und verschiedenen Wissenschaftszweigen, vor allem das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg, um praxisnahe Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Auf der Grundlage guter Praxisbeispiele wurden Perspektiven zur Umsetzung menschlicher, fachlicher und finanzierbarer Anforderungen in der Pflege und Betreuung aufgezeigt. Die Ergebnisse¹ des Runden Tisches Pflege liegen seit Herbst 2005 vor, darunter Empfehlungen sowohl für die stationäre als auch die häusliche Pflege und zur Entbürokratisierung.

Weiteres zentrales Arbeitsergebnis der Expertenrunden war die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (Pflegecharta)². Ziel der Charta ist es, die Rolle und die Rechtstellung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu stärken, indem grundlegende und selbstverständliche Rechte von Menschen, die der Unterstützung, Betreuung und Pflege bedürfen, in einem kurzen und einfach verständlichen Katalog zusammengefasst werden. Die Pflegecharta und die dazu entwickelten Materialien für Aus- und Fortbildung sind heute, weit mehr als 10 Jahre nach erstmaliger Veröffentlichung, stark nachgefragt und stehen auch weiterhin online und in Printform zur Verfügung.

2.2 Demenzforschung

Die Demenzforschung wird seit 2009 strukturell durch die Gründung des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) gefördert. Mit im Jahr 2018 mehr als 1.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden in mehr als 80 Arbeitsgruppen die Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener Gehirnerkrankungen erforscht. Ziel ist die Entwicklung neuer präventiver und therapeutischer Ansätze. Dafür ist die Grundlagenforschung am DZNE eng mit der klinischen Forschung, mit Populationsstudien und auch der Versorgungsforschung verbunden. Das DZNE bringt exzellente, über Deutschland verteilte wissenschaftliche Expertisen zusammen und verfolgt einen interdisziplinären Forschungsansatz. An zehn Standorten arbeitet das DZNE eng mit Universitäten, Universitätskliniken und anderen Partnern zusammen.

Im Bereich der Versorgungsforschung liegt der Schwerpunkt unter anderem auf der Entwicklung, Untersuchung, Evaluation und Implementation von Konzepten zur Optimierung der Versorgung an Demenz erkrankten Menschen und ihren Angehörigen. Dies bezieht sich nicht nur auf einzelne Konzepte, sondern auch auf die Rahmenbedin-

1 <<https://www.dza.de/politikberatung/abgeschlossene-projekte/runder-tisch-pflege.html>> [Stand 2018-16-08].

2 <<https://www.pflege-charta.de/de/startseite.html>> [Stand 2018-16-08].

ungen. So konnte z. B. in der DelpHi-Studie die Wirksamkeit des Dementia Care Management als Ansatz zur Verbesserung der Versorgung in der Häuslichkeit lebender Menschen gezeigt werden (Thyrian et al. 2017). Bei diesem Ansatz werden Hausärzte und Betroffene durch spezifisch qualifizierte Fachkräfte in der Versorgungsplanung unterstützt. In enger Kooperation mit behandelnden Ärzten wird ein umfangreiches Assessment der persönlichen Situation des Patienten bei diesem zu Hause durchgeführt (u. a. medizinische, pflegerische, psychosoziale Bedarfe und Angehörigengrundheit/ -belastung). Nach vordefinierten und anhand geltender Behandlungsleitlinien entwickelter Algorithmen wird ein individualisierter Versorgungsplan erstellt, dessen Umsetzung vom Hausarzt supervidiert und durch Versorgungsdienstleister in der Routine entsprechend umgesetzt wird. Die Fachkraft hat hier eine den Patienten und Hausarzt unterstützende, koordinierende Funktion.

Ein anderes Beispiel, bezogen auf die Verbesserung der Rahmenbedingungen, ist die DemNet-D-Studie, bei der analysiert wurde, welche Faktoren zur Nachhaltigkeit von Demenznetzwerken beitragen. Neben den reinen personen-bezogenen Variablen standen hier explizit auch die Finanzierungsoptionen im wissenschaftlichen Interesse (Michalowsky et al. 2017).

Die Demenzforschung beeinflusste auch die Gestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und somit die Routineversorgung. Als Schnittstelle zwischen Forschung und Versorgung wurde das Internetportal www.demenznetzwerke.de etabliert (Heinrich et al. 2017).

2.3 Unterstützung pflegender Angehöriger

2.3.1 Beirat zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Mit dem im Jahr 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf wurde auch die Einsetzung eines unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf beschlossen. Der Beirat befasst sich mit Fragen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und begleitet die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zur Inanspruchnahme beruflicher Freistellungen, insbesondere die neu geschaffenen Flexibilisierungen im Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz. Im Juni 2019 wird der Beirat dem Bundesfamilienministerium erstmals einen Bericht vorlegen, in dem er auch konkrete Handlungsempfehlungen formulieren wird.

Der Beirat setzt sich aus Vertreterinnen oder Vertretern von Interessen- und Wohlfahrtsverbänden, Seniorenorganisationen, der sozialen und der privaten Pflegepflichtversicherung, der Gewerkschaften, der Arbeitgeber sowie der Länder und Kommunen zusammen und berücksichtigt so alle wesentlichen Akteure im Bereich der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Er wird von der Pflegewissenschaftlerin Frau Prof. Christel Bienstein geleitet.

Zur strukturierten Bearbeitung verschiedener Themenaspekte wurden drei Arbeitsgruppen gebildet, die sich mit der Situation pflegender Angehöriger im Allgemeinen,

den zeitlichen und finanziellen Herausforderungen sowie mit Informations- und Beratungsangeboten pflegender Angehöriger auseinandersetzen. Zur wissenschaftlichen Begleitung der Arbeit des Beirats wurde eine Reihe von Studien in Auftrag gegeben, die sich u. a. mit den Bedürfnissen und Arbeitszeitwünschen pflegender Angehöriger oder der Pflege auf Distanz auseinandersetzen.

Grundlegendes Ziel aller Beteiligten ist es, die spezifischen Herausforderungen, denen sich pflegende erwerbstätige Angehörige stellen müssen, zu identifizieren und entsprechende Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Dabei bietet der umfassende und langjährige, wissenschaftlich begleitete Beratungsprozess die Möglichkeit, Fragen der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf aus den unterschiedlichsten Perspektiven zu betrachten. Nähere Informationen zur Arbeit des Beirats finden sich unter www.wege-zur-pflege.de.

2.3.2 Verbesserung der hospizlichen Betreuung und Begleitung

Angehörige sind meist die wichtigsten Bezugspersonen für schwerstkranke und sterbende Menschen. Zu Hause tragen sie meist die Hauptverantwortung für deren Begleitung und Pflege. Die Begleitung eines Familienmitglieds bis an sein Lebensende ist eine körperlich und psychisch anstrengende und anspruchsvolle Aufgabe und stellt zudem für viele Familien zusätzlich eine wirtschaftliche Herausforderung dar. Angehörige brauchen hier Unterstützung durch Pflegekräfte im Alltag und benötigen ggf. auch beim Abschiednehmen, für die „Zeit danach“, Begleitung.

Deshalb sind professionell Pflegende zentrale Ansprechpersonen für die Angehörigen. Sie erbringen ein großes Spektrum an direkten Pflegeleistungen, benötigen aber auch Zeit für Kommunikation, denn gerade in der letzten Lebensphase gehören anspruchsvolle Aufgaben wie Symptomkontrolle und die Begleitung bei Angstzuständen und in Krisensituationen dazu. Darüber hinaus sind es die ehrenamtlich Engagierten in der Hospizarbeit, die zu wichtigen Vertrauenspersonen der Sterbenden wie auch der Angehörigen werden können. Sie entlasten im Haushalt, helfen bei Anträgen, übernehmen Sitzwachen und stehen für Gespräche zur Verfügung. Das BMFSFJ plant daher ein Maßnahmenpaket zur Gewinnung, Bindung sowie Qualifizierung ehrenamtlich Engagierter in der Hospizarbeit.

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz wurde geregelt, dass „Angehörige und andere Vertrauenspersonen“ auf „Verlangen des Versicherten“ an der Hospiz- und Palliativberatung beteiligt werden. Diese Beteiligung ist ein sehr wichtiger Schritt zur Unterstützung pflegender Angehöriger. Er allein reicht jedoch nicht aus. Die Organisation und Koordination komplexer Pflege- und Betreuungsarrangements stellt eine wesentliche Voraussetzung für die Entlastung pflegender Angehöriger dar. Die Herausforderung für die Zukunft besteht darin, Wege für eine gute Koordination und Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Dienste zu entwickeln und insbesondere Doppelstrukturen zu vermeiden. Hier ist die Pflegewissenschaft mit praxisbezogenen Ansätzen gefragt.

Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland und die dazu gehörigen Handlungsempfehlungen benennen eine Reihe von prioritären Handlungsfeldern zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung. Diese beziehen sich auf eine multiprofessionelle und ganzheitliche Versorgung, die dementsprechend auch pflegerische Aspekte beinhaltet. Deshalb haben der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK), die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V., und der Deutsche Pflegerat e.V. am sog. Runden Tisch zur Entwicklung der Charta und ihrer Handlungsempfehlungen mitgewirkt und dabei aktuelle pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in den Diskussionsprozess eingebracht.

2.4 Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsassessments (NBA)

Sowohl der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff als auch das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI wurden in enger Zusammenarbeit mit der Pflegewissenschaft erarbeitet. Die Anfänge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes wurden bereits im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 festgelegt. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) berief daraufhin einen Beirat aus Fachleuten, Fachwissenschaftler_innen und Fachinstitutionen für die Themen Pflege und Pflegeversicherung und erteilte diesen den Auftrag, für die Skizzierung und Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs pflegewissenschaftlich fundierte Vorschläge und Handlungsoptionen auszuarbeiten. Der daraus resultierende „Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ vom 26. Januar 2009 und der „Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ vom 27. Juni 2013 waren Grundlage für die folgenden Reformen.

2.4.1 Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Der vom Expertenbeirat empfohlene neue Begriff der Pflegebedürftigkeit umfasst fünf Pflegegrade anstelle der vormaligen drei Pflegestufen. Sie erlauben eine differenziertere Einstufung von Pflegebedürftigen und führen somit zu mehr Gerechtigkeit.

Zur Schaffung der wissenschaftlichen Basis für die Arbeit des Beirats wurden vom BMG verschiedene Studien und Expertisen beauftragt (Expertenbeirat 2013: 18 f.). Insbesondere der Abschlussbericht „Analysen für die Entwicklung von Empfehlungen zur leistungsrechtlichen Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ von Dr. Wingenfeld und Dr. Gansweid lieferte wichtige Erkenntnisse für den Zusammenhang von Pflegegraden, Bedarfskonstellationen und geleistete Hilfen (Wingenfeld et al. 2013: 19). So zeigten etwa die durchgeführten Untersuchungen in den verschiedenen Fallstudien, dass die Benachteiligung kognitiver Beeinträchtigung beim Leistungszugang durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vermieden wird (Wingenfeld et al. 2013: 82).

2.4.2 Das neue Begutachtungsassessment

Korrespondierend zu dem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit wurde ein neues Begutachtungsinstrument entwickelt. Das Instrument greift die Elemente des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf und spezifiziert sie.

An der Erarbeitung des neuen Begutachtungsinstruments waren u. a. das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe beteiligt. Das neue Begutachtungsinstrument unterscheidet sich vom früheren Begutachtungsverfahren insbesondere dadurch, dass der Maßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nicht der zeitliche Pflegeaufwand ist, sondern der Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen. Es vermeidet im Gegensatz zum vorherigen Begutachtungsverfahren die Engführung auf Hilfebedarf bei den Alltagsverrichtungen. Zudem bezieht es sowohl körperliche Beeinträchtigungen als auch kognitive/psychische Einbußen und Verhaltensauffälligkeiten, die einen spezifischen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen, mit ein. Das neue Instrument orientiert sich damit an renommierten internationalen Vorbildern und fußt so auf einem international anerkannten Verständnis von Pflegebedürftigkeit (Beirat 2009: 34).

2.5 Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in die pflegerische Praxis

Die im Auftrag des BMG von Dr. Klaus Wingenfeld (IPW Bielefeld) und Prof. Dr. Andreas Büscher (Hochschule Osnabrück) verfasste Studie zur „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ von November 2017 leistet seitens der Pflegewissenschaft einen wichtigen Beitrag für die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Während bis Ende 2016 ein verrichtungsorientiertes Verständnis von Pflege vorherrschte, richtet sich heute der Fokus zunehmend auf die Frage, über welche Fähigkeiten der pflegebedürftige Mensch noch verfügt und wie diese Fähigkeiten erhalten oder vielleicht sogar ausgebaut werden können. Auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs steht daher die Förderung von Selbstständigkeit im Mittelpunkt für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung. Dabei soll der Selbstständigkeitserhalt als eine wichtige Handlungsorientierung auf diversen Ebenen Berücksichtigung finden – namentlich auf konzeptioneller Ebene in Rahmenverträgen, im Bereich der Pflegeberatung auf kommunaler Ebene, in der Qualitätssicherung, in Konzepten der Personalbemessung sowie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung (Wingenfeld et al. 2017: 9).

Überdies enthält die Studie auch konkrete Vorschläge zu pflegerischen Aufgabenbeschreibungen. Beispielsweise wird angeregt den Begriff „indirekte Leistungen“ nur für Aktivitäten zu verwenden, die „keinen direkten Bezug zum Bewohner oder Patienten“ aufweisen. Es wird somit ganz konkret empfohlen nur dann von indirekten Leistungen zu sprechen, wenn eine Verrichtung keinen individuellen Personenbezug innehat, wie

z. B. Aufräumarbeiten im Dienstzimmer (Wingefeld et al. 2017: 27). Die Pflegewissenschaft nimmt mit solchen Ausführungen direkten Einfluss auf die Praxis.

Aufbauend auf diese Studie wurde eine Arbeitsgemeinschaft gegründet, die die Anregungen der Wissenschaft aufgreift und daraus eine „Roadmap zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Praxis der Pflegerischen Versorgung“ entwickelt. Die Studie spannt so einen Bogen von der Pflegewissenschaft zur Praxis und verdeutlicht damit die zentrale Bedeutung der Wissenschaft sowohl für die Politik als auch für die Praxis.

2.6 Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlichen Verfahrens zur Personalbemessung, § 113c SGB XI

Eine qualitativ und quantitativ belastbare Personalausstattung ist ein wesentlicher Baustein für eine gute Qualität der Pflege. Die Frage der Personalbemessung wird deshalb in den nächsten Jahren eine immer wichtigere Rolle spielen. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vom 21. Dezember 2015 wurde der Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene der Auftrag erteilt, im Einvernehmen mit dem BMG und dem BMFSFJ die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in voll- und teilstationären sowie ambulanten Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicherzustellen (§ 113c SGB XI). Mit der Entwicklung eines entsprechenden Verfahrens ist die Universität Bremen beauftragt worden.

In einem ersten Schritt werden hierfür einheitliche Maßstäbe ermittelt, die insbesondere Qualifikationsanforderungen, quantitative Bedarfe und die fachliche Angemessenheit der Maßnahmen berücksichtigen. Auf der Basis der ermittelten Maßstäbe werden in einem zweiten Schritt strukturierte, empirisch abgesicherte und valide Instrumente zur Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen bzw. personelle Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen entwickelt. In einem dritten Schritt soll das entwickelte Personalbemessungsverfahren hinsichtlich der Anwendbarkeit und der Auswirkungen der Ergebnisse auf die Praxis sowie auf die strukturellen, organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtungen bzw. Pflegeversicherung erprobt werden. Die Wissenschaftlichkeit des Verfahrens soll nach § 113c SGB XI durch ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Expertengremium sichergestellt werden.

Die Entwicklung und Erprobung des Verfahrens ist bis zum Juni 2020 abzuschließen.

2.7 Pflegeberufereform

Die Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung ist das Ergebnis eines längeren Diskussionsprozesses, insbesondere auf der Grundlage der Erprobung von Reformmodellen nach dem Altenpflegegesetz und dem Krankenpflegegesetz. Die durchgeführ-

ten, wissenschaftlich begleiteten Modellvorhaben (vgl. Klaes et al. 2008; Görres et al. 2008-2009) haben gezeigt, dass eine dreijährige einheitliche berufliche Pflegeausbildung die Kompetenzen vermitteln kann, die angesichts der zunehmend komplexer werdenden Pflegesituationen und unterschiedlichster Pflegekontexte notwendig sind.

Im Juli 2017 wurde das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe verkündet. Mit dem Gesetz ist ein entscheidender Grundstein für eine zukunftsfähige und qualitativ hochwertige neue Pflegeausbildung geschaffen worden. Gleichzeitig wurden jedoch auch Bedenken dahingehend aufgegriffen, die bisherigen Abschlüsse in der Altenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nicht vollständig abzuschaffen.

Gegenstand der Reform ist die Zusammenführung der bisher im Altenpflegegesetz und Krankenpflegegesetz geregelten Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einer neuen, generalistischen Pflegeausbildung mit dem Abschluss „Pflegefachfrau“/„Pflegefachmann“. Neben dem generalistischen Berufsabschluss wird auch eine Spezialisierung mit den Abschlüssen „Altenpfleger/in“ oder „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“ möglich sein. Die Auszubildenden haben hierzu ein Wahlrecht nach zwei Dritteln der bis dahin generalistisch erfolgten Ausbildung.

Zusätzlich zur beruflichen Ausbildung wird ein Pflegestudium zur unmittelbaren Berufsqualifizierung mit erweitertem Ausbildungsziel eingeführt. Das Pflegestudium eröffnet neue Karrieremöglichkeiten und spricht neue Zielgruppen an. Zudem leistet es einen wichtigen Beitrag dazu, den Transfer pflegewissenschaftlicher Innovationen in die Praxis zu verbessern und die Qualität der Pflege insgesamt weiter zu entwickeln.

Bis der erste Ausbildungsjahrgang im Jahr 2020 starten kann, müssen weitere Voraussetzungen durch den Erlass der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) und der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) sowie einer Statistikverordnung (als Teil der PflAFinV) geschaffen werden. Mit dem Inkrafttreten der PflAPrV wird eine Fachkommission eingesetzt, deren Aufgabe die Entwicklung von einheitlichen Rahmenlehr- und Ausbildungsplänen für die beruflichen Ausbildungen auf pflegewissenschaftlicher Grundlage ist. Um den Übergang zu den neuen Pflegeausbildungen für die Pflegeschulen und Träger der praktischen Ausbildung reibungslos zu gestalten, werden beim Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) Angebote zur Unterstützung, Beratung und Forschung geschaffen.

Differenzierte Regelungen zur Evaluierung der neuen Pflegeausbildung verdeutlichen, dass die Pflegewissenschaft auch in der weiteren Begleitung dieser grundlegenden Reform der Pflegeausbildung eine wichtige Rolle spielen wird.

3. Fazit

Die aufgeführten Themen verdeutlichen, wie bedeutend die Pflegewissenschaft für die Weiterentwicklung der Politik ist.

In Anbetracht des demographischen Wandels ist eine stetige Fortentwicklung der Pflege wichtig, um mit den gewachsenen Anforderungen Schritt zu halten. Die Pflegewissenschaft ermöglicht dabei der Politik die Entwicklung von Konzepten, die dem neuesten Stand der Forschung entsprechen und damit den Menschen zugutekommen. Wichtig ist allerdings, dass Politik und Wissenschaft unabhängig voneinander agieren. Nur so kann eine stetige Fortentwicklung der Pflegepolitik erfolgen, die den Menschen im Blick hat.

Literatur

- Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2013): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- Görres, S./Stöver, M./ Schmitt, S./ Bomball, J./ Schwanke, A. (2008-2009): Qualitätskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung – Synopse evaluierter Modellprojekte – abschließender Projektbericht. Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen
- Heinrich, S./ Sommerfeld, U./ Michalowsky, B./ Hoffmann, W./ Thyrian, J.R./ Wolf-Ostermann, K./ Roes, M. (2017): How to Initiate Dementia Care Networks? Processes, Barriers, and Facilitators During the Development Process of a Practice-Oriented Website Toolkit Out of Research Results. In: *Int Q Community Health Educ.* 37 (3-4): 151-160
- Michalowsky, B./Wübbeler, M./Thyrian, J. R./Holle, B./Gräske, J./Schäfer-Walkmann, S/ Fleßa, S./Hoffmann, W. (2017): Finanzierung regionaler Demenznetzwerke: Determinanten einer nachhaltigen Finanzierung am Beispiel spezialisierter Gesundheitsnetzwerke. In: *Gesundheitswesen* 79 (12): 1031-1035
- Thyrian, J.R./ Hertel, J./Wucherer, D./Eichler, T./Michalowsky, B./Dreier-Wolfgramm, A./Zwingmann, I./Kilimann, I./Teipel, S./Hoffmann, W. (2017): Effectiveness and Safety of Dementia Care Management in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. In: *JAMA Psychiatry* 74 (10): 996-1004
- Klaes, L./Weidner, F./Schüler, G./Rottländer, R./Reiche, R./Schwager, S./Raven, U./Isfort, M. (2008): Pflegeausbildung in Bewegung – ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe – Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Wingefeld, K./Büscher, A. (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- Wingefeld, K./Gansweid, B. (2013): Analysen für die Entwicklung von Empfehlungen zur leistungrechtlichen Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit

Ministerialdirektor Prof. Dr. Matthias von Schwanenflügel, LL.M.Eur.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 11018 Berlin
Matthias.vonschwanenfluegel@bmfsfj.bund.de

Renate Stemmer, Christa Büker, Bernhard Holle, Sascha Köpke, Erika Sirsch

Der Beitrag der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft angesichts zukünftiger Herausforderungen

The contribution of the German Society of Nursing Science in view of future challenges

The steering committee of the German Society for Nursing Science (DGP) has taken the 30th anniversary as an opportunity to outline the planned strategic development of the DGP with regard to the support of disciplinary development, policy advice, the opportunities and challenges of interdisciplinarity, the strengthening of international networking, the kind of cooperation of the steering committee and the divisions as well as the promotion of young researchers. The planned steps are driven by the overriding objective of initiating and advancing scientifically sound answers to the challenge of nursing and care practice. They also serve to profile the DGP as a specialist nursing society.

Keywords

disciplinary development, policy advice, interdisciplinarity, internationality, work of the divisions, promotion of young researchers

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) hat das 30-Jahre-Jubiläum zum Anlass genommen, um die strategische Weiterentwicklung der DGP hinsichtlich der Unterstützung der Disziplinentwicklung, der Politikberatung, der Chancen und Herausforderungen der Interdisziplinarität, der Stärkung der internationalen Vernetzung, dem Zusammenwirken von Vorstand und Sektionen sowie der Nachwuchsförderung zu skizzieren. Die anvisierten Entwicklungsschritte werden angetrieben durch die übergeordnete Zielsetzung, pflegewissenschaftlich fundierte Antworten auf die Herausforderung der Pflege- und Versorgungspraxis zu initiieren und voranzubringen. Sie dienen zudem der Profilierung der DGP als pflegewissenschaftlicher Fachgesellschaft.

Schlüsselwörter

Disziplinentwicklung, Politikberatung, Interdisziplinarität, Internationalität, Sektionsarbeit, Nachwuchsförderung

Einleitung

30 Jahre Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) sind mit 30 Jahren rapide wachsender pflegewissenschaftlicher Entwicklung in Deutschland verbunden. Diese dokumentiert sich strukturell in einer Vielzahl von Studienstandorten, Studiengängen, Professuren, Forschungsprojekten, Tagungen, Kongressen und Publikationen. Von politischer Seite wird heute regelhaft zur Bearbeitung pflegebezogener Fragen

pflegewissenschaftliche Expertise einbezogen. Auch in zentralen politischen Gremien wie dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, dem Ethikrat und dem Expertenbeirat zum Innovationsfond sind pflegewissenschaftliche Mitglieder vertreten. Im Rahmen der Entwicklung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie durch die in der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) zusammengeschlossenen Fachgesellschaften ist zunehmend pflegewissenschaftliche Beteiligung selbstverständlich. Und natürlich dokumentiert sich dieser Weg auch in der Überführung des 1989 gegründeten Deutschen Vereins zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung im Juni 2000 in den Deutschen Verein für Pflegewissenschaft e.V. und im November 2005 in die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) als pflegewissenschaftlicher Fachgesellschaft.

Diese Beispiele veranschaulichen eine Erfolgsgeschichte, die zwar im Verhältnis zu vielen europäischen und außereuropäischen Ländern eher nachholenden Charakter hatte, gleichwohl von beeindruckender Dynamik war, aber auch unsystematisch entwickelt und weitgehend von außen initiiert wurde.

Diesem strukturellen Aufbau hinkt die disziplinär-inhaltliche Entwicklung weiter hinterher. Die Konturen der Disziplin Pflegewissenschaft sind bis heute nur fragmentarisch abgesteckt. Die unzureichende disziplinäre Klarheit (Remmers 2014) oder mangelnde kognitive Identität (Schroeter 2019) schlägt sich u. a. äußerlich sichtbar nieder in den wechselnden Bezeichnungen von Pflegewissenschaft(en) in der singulären oder pluralen Form. Inhaltlich zeigen sich diese Defizite u. a. in der fehlenden theoretischen Grundlage für eine mögliche Systematisierung pflegewissenschaftlicher Wissensbestände ebenso wie im Mangel an pflegewissenschaftlich fundierten Begründungszusammenhängen für Pflegeforschungsfragen (Stemmer 2016).

In dieser Ausgangssituation drohen die – angesichts der drängenden Probleme in der Versorgungspraxis weithin geforderten – interdisziplinären Lösungsansätze die zarten disziplinären Bestimmungsversuche zu nivellieren. Als noch junge Disziplin kann für die Pflegewissenschaft Interdisziplinarität zu einer Einbahnstraße werden (Kollak 2014), bei der der Pflegewissenschaft die Rolle des Juniorpartners zukommt.

Gleichwohl sind die Hoffnungen, die mit dem Auf- und Ausbau der Pflegewissenschaft verbunden sind, groß. Der häufig unter dem Stichwort ‚demographische Entwicklung‘ subsumierte Umbau der Altersstruktur der westlichen Gesellschaften, die Zunahme von Multimorbidität, der steigende Bedarf an Pflegeleistungen, der Mangel an professionellen Pflegefachpersonen etc. fordern innovative Lösungen, deren bisherige Ansätze wie die Anwerbung von Pflegepersonen aus dem Ausland die bestehenden Systemgrenzen nicht überschreiten und hilflos wirken.

Die Herausforderungen betreffen alle Ebenen. Auf der Mikroebene fehlen vielfach validierte Verfahren zur Erhebung des Pflegebedarfs, evidenzbasierte Pflegeinterventionen sind die Ausnahme und so denn Studienergebnisse vorliegen, mangelt es häufig an implementierten Strukturen für die Wissenszirkulation. Das Ausmaß und die Be-

deutung der Digitalisierung und der technischen Unterstützung für das pflegerische Selbstverständnis und entsprechende Formen von Pflegeleistungen liegen noch weitgehend im Dunkeln. Auf der Mesoebene steht die Einbindung pflegewissenschaftlicher Expertise in das Versorgungsgeschehen an. Formen einer erweiterten Pflegepraxis halten nur langsam Einzug in die verschiedenen Settings. Zu den pflegewissenschaftlich und nicht nur ökonomisch zu begründenden Fragen gehört auch die Zusammensetzung eines Skill- und Grade-Mix. Die Makroebene ihrerseits steht vor der Aufgabe, Versorgungsstrukturen umzubauen, da die gewachsenen Strukturen weder personell noch finanziell gehalten oder sogar ausgebaut werden können. Der hier erforderliche Systemwechsel – nicht zuletzt im Bereich der primären Versorgung – sollte mit einer Erweiterung des Entscheidungs- und Handlungsspielraumes für gezielt qualifizierte Pflegefachpersonen einhergehen (Delamaire & Lafortune 2010; Lovink et al. 2017). Um diesen Umbau voranzutreiben ist weitere politische Überzeugungsarbeit unerlässlich.

Der nachfolgende Text positioniert die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft in dieser Gemengelage, berichtet auszugsweise über die Entwicklungen seit Gründung und skizziert Ansatzpunkte für den Beitrag der DGP zur Bearbeitung dieser Herausforderungen u. a. in wissenschaftlicher, politischer und interdisziplinärer Hinsicht.

Der Beitrag der DGP zur Disziplinbildung

Die DGP ist angetreten, die Pflegewissenschaft und -forschung in Deutschland „zu fördern, dazu insbesondere den wissenschaftlich relevanten Diskurs in der Disziplin zu unterstützen und dabei den wissenschaftstheoretischen und methodologischen Pluralismus zu gewährleisten sowie die Ergebnisse dem Berufsfeld Pflege und Gesundheit als auch der weiteren Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen“ (DGP 2017).

Mit diesem Satzungsziel geht es der DGP im Rahmen der Disziplinentwicklung Pflegewissenschaft u. a. darum, einen „homogenen Kommunikationszusammenhang“ (Stichweh 1994) als institutionelle Basis für die inhaltliche und methodologische sowie methodische Diskussion zu fördern. Bereits kurz nach der Gründung erfolgte der Auftakt zu einer Reihe von Fachtagungen, DGP-Hochschultagen, Sektionstagen etc., die bis heute fortgeführt werden. Die verschiedenen DGP-spezifischen Formate wurden 2005 ergänzt durch die gemeinsam mit dem DBfK durchgeführte deutschsprachige ‚Internationale Konferenz Pflege und Pflegewissenschaft‘, die von 2011 bis 2015 als 3-Länder-Konferenz gemeinsam von den Berufsverbänden und pflegewissenschaftlichen Fachgesellschaften aus Deutschland, Österreich und der Schweiz realisiert wurde. In 2018 erfolgte der Start einer zukünftig zweijährig stattfindenden englischsprachigen Konferenz, deren Auftakterfolg auch Ausdruck der gewachsenen internationalen Bedeutung der Pflegewissenschaft in Deutschland ist.

Reflexionen zur Selbstvergewisserung und zum Entwicklungsstand der deutschen Pflegewissenschaft wurden in den vergangenen 30 Jahren wesentlich in Pflege & Gesellschaft geführt. Die dort eingeleitete Diskussion um Pflegewissenschaft als Praxis-

wissenschaft und Handlungswissenschaft (Dornheim et al. 1999; Vollstedt 2001) beeinflusst das Selbstverständnis der Pflegewissenschaft bis heute. Weitere Reibungspunkte wurden identifiziert und in die Diskussion gebracht, sei es hinsichtlich der Herausforderungen der Pflegeforschung (Schaeffer 2002), der ethischen Begutachtung von Forschungsanträgen (Großklaus-Seidel et al. 2002), dem Verständnis von evidenzbasierter Pflege (Meyer/Köpke 2012) oder der Einordnung von Pflegewissenschaft angesichts von Interdisziplinarität und Transdisziplinarität (Kollak 2014; Remmers 2014). In der Zusammenschau dieser Aktivitäten und weiterer nationaler und zahlreicher internationaler pflegewissenschaftlich ausgerichteter Kongresse, Publikationen und Zeitschriften kann konstatiert werden, dass der aktuelle pflegewissenschaftliche Kommunikationszusammenhang einer Disziplin angemessen ist.

Im Sinne einer Vorarbeit für die Identifikation eines spezifischen Wissenskorpas als einem weiteren Kriterium einer Disziplin (Stichweh 1994) begab sich der Deutsche Verein für Pflegewissenschaft 2002 auf die Suche nach dem Originären der Pflege (DV Pflegewissenschaft e.V. 2003). Mangels Begründungsrahmen für eine pflegewissenschaftliche Systematik (Remmers 2011) musste dieser Versuch scheitern. Weder ist bis heute das Originäre der Pflege, noch der spezifische Wissenskorpas der Pflegewissenschaft abgesteckt. Daran ändern die weitgehend ins Leere laufenden Vorbehaltsaufgaben des im Juli 2017 erlassenen Pflegeberufgesetzes (PflBG) ebenso wenig wie die verschiedenen heuristischen Vorschläge für eine Systematik von der Pflegewissenschaft zugerechneten Wissens (Remmers 2014; Stemmer 2016).

Nicht zuletzt mangels eines anerkannten theoretischen Gerüsts erscheinen aus disziplinärer Sicht betrachtet die Fragen, die unter dem Dach ‚Pflegeforschung‘ untersucht werden, vielfach zufällig und unsystematisch (Ewers et al. 2012; Moers et al. 2011). Wechselnde Schwerpunktsetzungen in Ausschreibungen oder individuelles wissenschaftliches Interesse erlangen vor diesem Hintergrund eine hohe Wirkmächtigkeit. Jenseits aller Systematisierungsfragen ist aber vor dem Hintergrund steigenden Pflegebedarfs und fehlender theoretisch reflektierter und evidenzbasierter Antworten das Erfordernis an fundierter methodisch hochrangiger Pflegeforschung groß. Auf einer eher operativen Ebene unterstützt die DGP mit ihrer Ethikkommission die Pflegeforschung, bietet sie doch ein pflegewissenschaftlich ausgewiesenes ethisches Clearing auf einem anerkannt hohen Niveau an.

Um politischen Entscheidungsträgern und ggf. Förderinstitutionen den Forschungsbedarf aufzuzeigen und sie zu ermutigen ggf. eine Förderlinie zu entwickeln, wurde 2012 die *„Agenda Pflegeforschung für Deutschland“* (Behrens et al. 2012) veröffentlicht, die allerdings das anvisierte Ziel bis heute nicht erreichen konnte. Überhaupt bleibt die Verankerung der Pflegewissenschaft in den Förderstrukturen und -programmen weiterhin unbefriedigend. Umfangreiche spezifische pflegewissenschaftliche Forschungsförderung findet seit Jahren kaum noch statt. Stattdessen werden pflegewissenschaftlich ausgewiesene Kolleg_innen vielfach als Kooperationspartner_innen im Kontext von Forschungsanträgen aus Nachbardisziplinen angefragt, da die Förderstatuten Interdisziplinarität verlangen. So gelebte Interdisziplinarität bietet für die Pfl-

gewissenschaft die Chance breitflächig an Forschungsprojekten beteiligt zu sein, geht aber auch einher mit der Gefahr ‚mitzulaufen‘ statt die interdisziplinäre Zusammenarbeit inhaltlich und strukturell proaktiv zu gestalten.

Über eine kooperative und vertraglich fixierte Zusammenarbeit mit verschiedenen Organisationen und Netzwerken erweitert die DGP ihren Bezugs- und Handlungsrahmen. Beispielhaft zu nennen ist die Mitgliedschaft bei der AWMF, die sowohl zu zahlreichen Anfragen bei der Erstellung von Leitlinien geführt hat als auch zu zielgerichteter Einbindung der DGP bei der Bearbeitung einschlägiger politischer Anfragen wie Stellungnahmen zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen. Gleichzeitig stellt die Mitgliedschaft bei der AWMF eine inhaltliche Nähe zur Medizin her, die es wahrzunehmen und zu reflektieren gilt.

Anvisierte Entwicklungsschritte

Angesichts des hier skizzierten Blicks auf die Pflegewissenschaft als Disziplin und den Stand der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft plant die DGP neben der Fortführung bisheriger Aktivitäten ein besonderes Augenmerk auf die Unterstützung der theoretischen Fundierung der Pflegewissenschaft zu legen und dieses Anliegen auch strukturell zu verankern. Weiterhin wird sie einen Vorstoß zur Konsentierung einer Agenda Pflegeforschung vornehmen unter der Überlegung, dass eine breit getragene Agenda eine höhere Akzeptanz auch auf politischer Ebene findet. Als pflegewissenschaftliche Fachgesellschaft wird sie des Weiteren gezielt (weitere) Netzwerkpartner aus verschiedenen Bezügen der Philosophie, den Sozial- und Gesundheitswissenschaften sowie der Medizin suchen, um sich mit der Bandbreite relevanter Nachbardisziplinen zu vernetzen.

Wissenschaftliche Politikberatung und Pflegewissenschaft

Die Komplexität vieler Fragestellungen führt – verbunden mit einer zunehmenden Kultur der Evidenzbasierung – dazu, dass die Politik sich zunehmend von der Wissenschaft beraten lässt. Die sachlich fundierte und inhaltlich legitimierte Information der Politik über die Entwicklung von Problemlagen und Lösungsmöglichkeiten stellt hierbei den Auftrag von so genannter wissenschaftlicher Politikberatung dar (Eichhorst/Wintermann 2006).

Politikberatung hat verschiedene Ansatzpunkte. Dazu gehört die Beteiligung in Beratungsgremien wie dem Sachverständigenrat, der wissenschaftliche Stellungnahmen zu definierten Fragestellungen erarbeitet. Mittlerweise sind Pflegewissenschaftler_innen in zahlreichen derartigen Gremien auf Bundes- und Landesebene vertreten. Rund um das Jubiläumsjahr der DGP dokumentieren verschiedene Gesetzesnovellen und Gesetzesinitiativen den wachsenden politischen Handlungsdruck und die sich daraus ergebende gesellschaftspolitische Ausgestaltung pflegerischer Handlungsfelder. Beispielhaft seien hier drei Gesetzesnovellen der jüngeren Vergangenheit angeführt, anhand derer sich weitere Rollen der Pflegewissenschaft und der DGP im Zusammen-

hang mit der Ausgestaltung gesetzgeberischer Initiativen nachvollziehen lassen: die Entwicklung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes im Rahmen des am 01.01.2016 in Kraft getretenen Pflegestärkungsgesetzes 2 (PSG II), das in 2017 erlassene Pflegeberufegesetz (PflBG) sowie das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) 2018.

In alle drei Prozesse waren Pflegewissenschaftler_innen eingebunden. In den Prozess der Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes erfolgte dies über persönliche Beteiligung von Pflegewissenschaftler_innen im „Beirat für die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes“ (Bundesministerium für Gesundheit 2013). Zudem erhielt ein pflegewissenschaftlich ausgewiesenes Konsortium den Auftrag zur Erarbeitung und Erprobung einer wissenschaftlich fundierten Empfehlung (Wingefeld et al. 2011). Auch die Möglichkeit zur fachlichen Stellungnahme stellt ein Instrument der wissenschaftlichen Politikberatung dar, welches durch die DGP zunehmend genutzt wird. Der Prozess der Erstellung des Pflegeberufegesetzes wurde intensiv sowohl durch die DGP als pflegewissenschaftliche Fachgesellschaft als auch durch zahlreiche Verbände und Einzelpersonen begleitet. Die Beteiligungsformen reichten von proaktiven bis zu schriftlichen Stellungnahmen nach Aufforderung durch den Gesetzgeber und die Beteiligung an mehreren Anhörungen in den verschiedenen Stadien des Gesetzgebungsverfahrens.

Neben dem Auftreten als einzelne Fachgesellschaft kann es themenbezogen zielführend sein, gemeinsam mit Kooperationspartnern zu agieren. Als Beispiel hierfür kann der Konsultationsprozess zum PpSG angeführt werden. Die DGP als Fachgesellschaft konnte in diesem Prozess über ihre Mitgliedschaft in der AWMF das entsprechende Mandat wahrnehmen und pflegewissenschaftliche Inhalte in den Stellungnahmeprozess einbringen (DGP 2018a). Die Erfahrungen in Abstimmungsprozessen mit anderen Organisationen und Verbänden lassen erkennen, dass der pflegewissenschaftliche Blick und die entsprechende Expertise einen wertvollen Beitrag zur Diskussion leisten können. Hiermit in Zusammenhang steht fast zwangsläufig auch die Erfahrung, dass politische Entscheidungsprozesse einer eigenen Dynamik unterliegen. Dieser zu begegnen, sie aufzunehmen und auf der Grundlage von evidenzbasiertem Wissen die Pflege weiterzuentwickeln, ist eine große Herausforderung.

Diese Beispiele weisen auch darauf hin, dass nach mittlerweile fast 30-jähriger Entwicklung die Beteiligung und Beauftragung von Pflegewissenschaftler_innen zur Bearbeitung und Beantwortung drängender pflegepolitischer Fragestellungen zur Selbstverständlichkeit geworden ist, und pflegepolitische Entscheidungen mittlerweile regelmäßig unter Einbindung pflegewissenschaftlicher Expertise erfolgen.

Herausforderungen

Ist diese Entwicklung grundsätzlich zu begrüßen, so zeigt sich doch, dass eine Herausforderung für die Pflegewissenschaft darin besteht, die wissenschaftliche Arbeit in den politischen Prozess zu integrieren, ohne die wissenschaftliche Autonomie zu verlieren oder wissenschaftliche Standards aufzugeben (Brühl et al. 2016). Insbesondere kritisch

zu reflektieren ist hierbei, dass Ausschreibungen und Forschungsaufträge mitunter durch Auftraggeber strukturell so gestaltet werden, dass dem Anspruch an wissenschaftliche Qualität nur eingeschränkt nachgekommen werden kann. Zu diesem kritischen Diskurs gehört auch die Unterscheidung von einer wissenschaftlich fundierten Forschung zur Beratung politischer Gremien von der reinen Auftragsforschung, z. B. durch kommerzielle Akteure. Dieser Aspekt gewinnt insbesondere deshalb zunehmend an Gewicht, da wissenschaftliche Politikberatung zunehmend auch als eigenes Marktsegment in der Forschungslandschaft gesehen werden kann. Es kann attestiert werden, dass zunehmend auch kommerzielle Akteure (z. B. Unternehmensberatungen) in den Forschungsmarkt eintreten und als Mitbewerber um Forschungsaufträge auftreten (Färber et al. 2011). Die DGP sieht die Gefahr, dass sich durch diese neue Ausgangssituation für Forschungsprojekte (die sich in kürzeren Projektlaufzeiten und knappen finanziellen Budgets zeigt), auch die Qualität pflegewissenschaftlicher Studien, die durch politische Stellen beauftragt werden, verschlechtern könnte. Hinsichtlich der Wahrung und Entwicklung von pflegewissenschaftlichen Standards zur Durchführung von Studien, die in die politische Entscheidungsfindung Eingang finden, versteht sich die DGP auch in Zukunft als Plattform des Austauschs und als Ansprechpartnerin sowohl für die Auftraggeber als auch für die beauftragten Institutionen und pflegewissenschaftlichen Kolleg_innen. Insbesondere sieht es die DGP als ihre Aufgabe an, im Sinne der Qualitätssicherung wissenschaftliche Eckpunkte für Studien im Bereich der politischen Auftragsforschung zu definieren.

Anvisierte Entwicklungsschritte

Die Pflegewissenschaft wird sich auch auf dem Feld der politischen Beratung weiterentwickeln und professionalisieren. Die DGP strebt an, dazu einen aktiven Beitrag zu leisten. Der Vorstand der DGP versteht sich dabei als Ansprechpartner für politische Gremien und Entscheidungsträger, aber auch für die Mitglieder der DGP. Die DGP wird zunehmend im Rahmen von Konsultationsprozessen hinsichtlich pflegfachlicher und pflegewissenschaftlicher Themen angefragt oder sieht von sich aus die Notwendigkeit, sich in den politischen Prozess einzubringen. Pflegewissenschaftlich relevante Themen zu identifizieren, diese mit der notwendigen Expertise zu bearbeiten, um so an der Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung mitzuwirken, ist ein aufwändiges Unterfangen. Gleichwohl möchte der Vorstand in den nächsten Jahren die politische Wahrnehmbarkeit pflegewissenschaftlicher Positionen verstärkt fördern. Hierfür soll die Bandbreite der in der DGP organisierten Expertise für den politischen Beratungsprozess nutzbar gemacht werden. Voraussetzung hierfür ist neben der Bereitschaft der Mitglieder diesen Prozess mitzugestalten die Schaffung von Strukturen. Erste Überlegungen des Vorstandes der DGP gehen in die Richtung, eine Kommission ‚Pflegepolitik‘ einzusetzen.

Chancen und Herausforderungen der Interdisziplinarität am Beispiel pflegewissenschaftlicher Beteiligung an Leitlinien

Interdisziplinarität ist in der Versorgung bzw. in der Versorgungsforschung ein inflationär genutzter Begriff. Es ist unbenommen, dass komplexe Pflegesituationen der interdisziplinären Versorgung und damit der interdisziplinären Forschung als Grundlage bedürfen. Allerdings stellt sich die Frage, wie Interdisziplinarität gelebt werden kann, wenn bis heute der spezielle Wissenskorpus der Pflege nicht abgesteckt ist. Besteht dabei nicht die Gefahr, dass die ohnehin wenig ausgeprägte Sichtbarkeit der Pflege weiter verwischt? Am Beispiel von Leitlinien zur Qualitätsentwicklung in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen sollen hier einige Überlegungen angestellt werden. Bereits 1999 wurde in den Qualitätszielen der Gesundheitsministerkonferenz u. a. eine konsequente interdisziplinäre Patientenorientierung im Gesundheitswesen gefordert. Ärztliche Leitlinien und Pflegestandards wurden auf den Weg gebracht (GMK 1999). Diese Forderungen knüpften an Arbeiten des seit 1992 aktiven Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und der 1962 gegründeten AWMF an. Unter dem Dach der AWMF werden seit 1995 medizinische (ärztliche) Leitlinien und unter der Federführung des DNQP seit dem Jahr 2000 monodisziplinäre pflegerische „Expertenstandards“ entwickelt. Letztere wurden zwischenzeitlich Bestandteil der Gesetzgebung (§ 113a SGB XI).

Die DGP engagiert sich seit Jahren bei der Entwicklung von Leitlinien und anderen Qualitätsinstrumenten, wie der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen. Damit wird das Ziel verfolgt, den pflegerischen Beitrag im disziplinären und interdisziplinären Diskurs zu definieren und die pflegerische Perspektive in der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen systematisch zu verankern. Dabei hat sie politischen Rückenwind. Der Einbezug aller relevanten Berufsgruppen ist inzwischen ein Qualitätsmerkmal bei der Bewertung der methodischen Güte von Leitlinien (AWMF/äzq 2008).

Herausforderungen

Waren in der Vergangenheit häufig Personen als individuelle Fachexpert_innen angefragt, zeigt sich inzwischen die verstärkte Einbeziehung der DGP als wissenschaftlicher Fachgesellschaft. Insbesondere seit dem Beitritt der DGP zur AWMF im November 2016 sind die Anfragen zur Mitwirkung rasant angestiegen. Aktuell sind die Delegierten der DGP an der Entwicklung von rund 25 Leitlinien in unterschiedlichen Entwicklungsstufen beteiligt (DGP 2018b). Die Leitlinienarbeit innerhalb der DGP wird durch zwei Leitlinienbeauftragte koordiniert, die in enger Absprache mit dem Vorstand und den Delegierten diese Aufgaben wahrnehmen. Seit 2017 findet einmal jährlich ein Workshop zur DGP-Leitlinienarbeit statt. Dabei wurde zunächst eine Handreichung entwickelt, die die Rolle und die Aufgaben der Delegierten definiert. Ihnen obliegt die Vertretung der pflegefachlichen bzw. -wissenschaftlichen und methodischen Perspektive in den jeweiligen Arbeitsgruppen. Hier zeigt sich verschiedentlich

der unterschiedliche Grad der Verwissenschaftlichung der beteiligten Disziplinen. Bezogen auf die Pflegeperspektive ist der Grad der Evidenzbasierung spezifischer Fragestellungen teilweise gering. Auch die personelle Seite ist schwierig, denn pflege/-wissenschaftliche Delegierte mit solchermaßen hoher fachlicher und gleichzeitiger methodischer Kompetenz sind derzeit nicht für alle Themenbereiche zu gewinnen. Aktuell wird die Situation gelöst, indem Pflegende mit jeweils fachlicher oder methodischer Expertise sich als Duo zusammenfinden, gemeinsam delegiert werden und so ihre Kompetenzen verbinden.

Es besteht vielfach zudem ein Ungleichgewicht zwischen den beteiligten medizinischen Fachgesellschaften und der DGP, die ärztliche Beteiligung ist meist ungleich dominanter. Diese Ausgangslage geht einher mit der Gefahr, dass die pflegewissenschaftliche Vertretung als Feigenblatt in der interdisziplinären Entwicklung von Leitlinien fungiert. Eine entscheidende Zielsetzung in der interdisziplinären Arbeit muss demgegenüber die gleichberechtigte Beteiligung aller Akteur_innen im Diskurs sein. Es genügt nicht, formal den Qualitätsanforderungen Genüge zu tun, ohne eine sichtbar pflegerische Perspektive in interdisziplinären Leitlinien zu verankern.

Anvisierte Entwicklungsschritte

Die Herausforderung wird auch in der Zukunft darin bestehen, den pflegerischen Beitrag bei der interdisziplinären Versorgung von Menschen mit Pflege- und Versorgungsbedarf sichtbar und nutzbar zu machen. Die Beteiligung der DGP an Leitlinienarbeit wird sich ausweiten. Die Entwicklung, Dissemination und Implementierung von Leitlinien ist kein monoprofessioneller Prozess, vielmehr muss sich die Pflegewissenschaft im multidisziplinären Kontext als verantwortliche Profession verstärkt einbringen. Dies erfordert strukturelle Veränderungen wie eine Leitlinienkommission in der DGP. Die DGP muss zudem als wissenschaftliche Fachgesellschaft eigene Themen für Leitlinien, unter pflegerischer Leitung definieren und diese auch federführend initiieren.

Internationale Vernetzung

Wissen und Wissenschaft kennen keine Ländergrenzen und bedürfen daher stets des Blickes über den nationalen Tellerrand. Andererseits muss die Pflegewissenschaft als ‚Handlungswissenschaft‘ zwingend die Bedingungen der Pflegepraxis und -politik im eigenen Land berücksichtigen, will sie Impulse aus der Praxis aufnehmen und in die Praxis geben. Die Aktivitäten der DGP sollten daher stets von der deutschen Situation ausgehen, jedoch angesichts der vielen Berührungspunkte internationale Kooperationen suchen und ausbauen.

Die Gründung des ‚Deutschen Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung‘ sollte vor allem dazu beitragen, die international deutlich vorangeschrittene Etablierung pflegewissenschaftlichen Denkens und Handelns auch in Deutschland zu etablieren. Die Gründung war insofern bereits ein Ergebnis einer internationalen

Ausrichtung und Pflegewissenschaftler_innen, die im Ausland wirkten, wie Ruth Schröck, haben die Gründung des DGP-Vorläufers maßgeblich mitgestaltet. Viele Jahre galt es, das zarte Pflänzchen Pflegewissenschaft in Deutschland zu schützen und zu fördern. Der Blick richtete sich daher hauptsächlich nach innen. Eine Ausnahme bildete die Sektion Historische Pflegeforschung, die bereits zu Beginn der 1990er Jahre international vernetzt und entsprechend auf Tagungen vertreten war. Darüber hinaus gab es immer schon individuelle Aktivitäten einzelner (Vorstands-)Mitglieder auf internationaler Ebene. In den folgenden Jahren entwickelte sich eine lebendige Zusammenarbeit mit den pflegewissenschaftlichen Fachgesellschaften aus Österreich und der Schweiz.

Die Etablierung der deutschen Pflegewissenschaft ist auch angesichts von deutlich mehr als 100 pflegewissenschaftlichen Studiengängen nicht abgeschlossen, wenn man die Stellung der Pflegewissenschaft und die Bedeutung von Wissenschaft für die Pflegepraxis in Deutschland betrachtet (Meyer et al. 2013). Daher muss und will die DGP sich in Zukunft weiter international aufstellen. Ein Meilenstein hierbei war der erste internationale Kongress der DGP am 4. und 5. Mai 2018 in Berlin (Köpke 2018).

Anvisierte Entwicklungsschritte

Erklärtes Ziel der DGP ist es, internationale Kooperationen in Forschung und Lehre zu fördern und die Mitglieder bei internationalen Vernetzungen zu unterstützen. Nach dem erfreulich großen Zuspruch und dem ermutigenden Feedback für den ersten internationalen Kongress, scheint der logische und wichtige nächste Schritt eine Verstärkung zu sein. Die Planung für den nächsten internationalen Kongress der DGP am 08./09. Mai 2020 in Berlin hat daher schon begonnen! Hier wird die DGP in Zukunft die Möglichkeiten von Kooperationen ausloten. Mit der European Academy of Nursing Science (EANS: <https://european-academy-of-nursing-science.com>) wurde bereits vereinbart, eine der zukünftigen ‚EANS Summer Conferences‘ gemeinsam mit der internationalen DGP Tagung zu organisieren. Wir streben eine solche Zusammenarbeit anlässlich der geplanten 3. Internationalen Konferenz 2022 an. Eine Vernetzung über Kongresse wird auch durch eine mögliche Beteiligung der DGP an international etablierten Formaten wie dem ‚European Nursing Congress‘, der zuletzt 2016 in Rotterdam stattfand (<https://rotterdam2016.eu>), anvisiert.

Weitere Kooperationen, v. a. mit europäischen pflegewissenschaftlichen Organisationen, sollen etabliert und gefestigt werden. In Europa gibt es eine ganze Reihe fachlich ausgerichteter Zusammenschlüsse, wie die European Oncology Nursing Society oder Horatio: European Psychiatric Nurses. Diese definieren sich jedoch eher über fachliche als über wissenschaftliche Aspekte und sind daher v. a. für Kooperationen im Rahmen der Arbeit der entsprechenden Sektionen der DGP von Bedeutung. Fachübergreifende pflegewissenschaftliche Zusammenschlüsse, wie die EANS oder die European Nursing Research Foundation (ENRF: www.enrf.eu), scheinen daher von größerer Bedeutung für eine prinzipiell fachübergreifende Gesellschaft wie die DGP, ebenso wie etablierte nationale Vereinigungen wie das Royal College of Nursing

(RCN). Auch interdisziplinäre Kooperationsmöglichkeiten wie in dem von der Universität Turku in Finnland geführten „Baltic Sea Region Network in Personalized Health Care“ (<http://www.utu.fi/en/units/med/units/hoitotiede/baltic-sea-region>) gilt es zu identifizieren, zu dokumentieren und zu unterstützen. In Europa gibt es weiterhin großen Bedarf an gemeinsamer relevanter Forschung zu pflegerischem Handeln (Richards et al. 2018). Daher ist es auch unser Ziel, internationale Forschungsk Kooperationen zu fördern. Dies scheint v. a. über gemeinsame Anträge im Rahmen von internationalen Forschungsausschreibungen und -vorhaben möglich. Die DGP sieht sich hier als Ansprechpartnerin für Kolleg_innen aus dem Ausland, um somit Kooperationen anbahnen zu können. Ein erfolgreiches Beispiel dafür ist das RANCARE COST Action Projekt im Rahmen der Europäischen Kooperation in Wissenschaft und Technik (www.rancare-action.eu).

Zusammenfassend strebt die DGP eine verstärkte internationale Vernetzung an. Wichtige Schritte auf diesem Weg sind die Erstellung eines Strategiepapiers sowie die Schaffung einer DGP-internen Struktur z. B. in Form einer ‚Kommission Internationales‘.

Interne Entwicklung der DGP

Sektionsarbeit

Im Sinne einer nachhaltigen Ausrichtung gehören die Unterstützung der Sektionen sowie die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses zu den maßgeblichen strategischen Zielen der internen Entwicklungsarbeit der DGP.

Einen zentralen Pfeiler der themenbezogenen Arbeit der DGP bilden die Sektionen, die allen Mitgliedern offenstehen und in die sich Interessenten jederzeit einbringen können. Aktuell sind zehn aktive Sektionen zu verzeichnen, die sich verschiedenen inhaltlichen Arbeitsschwerpunkten zuordnen lassen:

- Schwerpunkt Klinische Pflege: Sektion Pflege des kritisch kranken Menschen; Sektion Beraten, Informieren, Schulen; Sektion Onkologische Pflegeforschung; Sektion Pflegephänomene.
- Schwerpunkt Lehre und Bildung: Sektion Bildung; Sektion Hochschulische Pflegeausbildung.
- Schwerpunkt Pflege und Gesellschaft: Sektion Historische Pflegeforschung; Sektion Entwicklung und Folgen von Technik und Informatik in der Pflege; Sektion Psychiatrische Pflegeforschung.
- Schwerpunkt Theorie und Methodologie: Sektion Forschungsmethoden.

Die Gestaltung der inhaltlichen Arbeit obliegt den Sektionen selbst. Ihre Aktivitäten weisen eine beeindruckende Vielfalt auf. Schwerpunkte bilden die Diskussion und Bearbeitung von spezifischen pflegewissenschaftlichen Themen, der Theorie-Praxis-Transfer, die Auseinandersetzung mit aktuellen pflegepolitischen Themen, Qualitätsentwicklung und Netzwerkarbeit sowie die Entwicklung von Positionspapieren, Dis-

kussionsbeiträgen und Fachartikeln. Die Sektionen fungieren zudem als wichtige Ansprechpartner für den Vorstand in Fragen, die den inhaltlichen Schwerpunkt der Sektionsarbeit berühren.

Um die Arbeitsergebnisse der Sektionen einem breiteren Publikum bekannt zu machen, wurden in der Vergangenheit Fachtagungen durch einzelne Sektionen organisiert. Vor dem Hintergrund des hohen Arbeitsaufwands für die jeweilige Sektion wurde mit dem DGP-Sektionstag ein neues Format entwickelt, welches allen Sektionen die Möglichkeit eröffnet, sich mit ihren Themen zu präsentieren. Zielgruppe der Veranstaltung sind sowohl alle DGP-Mitglieder als auch sonstige an der inhaltlichen Arbeit der DGP interessierte Personen. Nach einem gelungenen Start in 2018 ist die Weiterführung des neuen Formats für 2019 bereits konkretisiert.

Eine stetige Herausforderung für die Sektionsarbeit stellen die dynamische Entwicklung der Gruppenstruktur, der Erhalt von Engagement und die Sicherstellung eines regelmäßigen Austauschs der Sektionsmitglieder dar, der mit vielfältigen und kreativen Lösungen begegnet wird.

Der Austausch mit dem Vorstand der DGP erfolgt schwerpunktmäßig über die jährlichen Sektionssprechertreffen. Vor dem Hintergrund des beiderseitigen Wunsches nach einer Intensivierung der Kontakte konnte in der letzten Zeit ein Diskussionsprozess mit dem Ziel einer stärkeren Verknüpfung und Unterstützung der Sektionsarbeit sowie einer gemeinsamen strategischen Ausrichtung angestoßen werden.

Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses

Ein zentrales Anliegen und auch satzungsgemäßes Ziel der DGP ist die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Zu den diesbezüglichen Aktivitäten der Gesellschaft gehört seit nunmehr neun Jahren die Ausrichtung des DGP-Hochschultages der jungen Pflegewissenschaftler_innen die Möglichkeit bietet, erste eigene Forschungsergebnisse einem größeren Publikum zu präsentieren. Das inzwischen etablierte Format besteht aus mehreren parallel verlaufenden Vortragsessions sowie einer begleitenden Posterausstellung. Mit der Verleihung eines Posterpreises erfahren ausgezeichnete Arbeiten eine besondere Würdigung.

Ebenfalls mit dem Ziel der Nachwuchsförderung wurde im Publikationsorgan der DGP ‚Pflege & Gesellschaft‘ eine Rubrik ‚Junge Pflegewissenschaft‘ eingerichtet. Sie bietet seit 2017 jungen Wissenschaftler_innen ein Forum zur Vorstellung ihrer Forschungsarbeiten und wird seither regelmäßig genutzt (Banken/Helmbold 2018; Banovic et al. 2018; Brysch et al. 2017; Küstermann et al. 2017).

Anvisierte Entwicklungsschritte

Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Sektionen strebt der Vorstand eine Intensivierung des Dialogs an, um die interne Zusammenarbeit zu befördern und die Kompe-

tenzen der Sektionen noch gezielter als bisher zu nutzen. Zur Stärkung der strategischen Ausrichtung der DGP ist ferner die gemeinsame Vereinbarung von Rahmenzielen angedacht.

Zur Nachwuchsförderung werden aktuell vom Vorstand zwei weitere Maßnahmen auf den Weg gebracht. So engagiert sich derzeit eine Gruppe junger Pflegewissenschaftler_innen mit Unterstützung durch den Vorstand für die Gründung einer neuen Sektion Nachwuchs Pflegewissenschaft. Potentielle Zielsetzungen und Aufgaben der Sektion wurden in einem ersten Treffen der Initiator_innen mit dem Vorstand diskutiert. Als mögliche Schwerpunkte kristallisierten sich die gegenseitige Unterstützung in Form von Peer Counseling bei wissenschaftlichen Aktivitäten (z. B. Erstellung von Publikationen, methodische Ausrichtung von Dissertationsvorhaben) sowie die gegenseitige Vernetzung und Netzwerkbildung in die nationale und internationale Scientific Community heraus. Zielgruppe der neuen Sektion sind Studierende (Bachelor, Master), Doktorand_innen und Nachwuchswissenschaftler_innen an Hochschulen und Universitäten. Um weitere Interessenten zu gewinnen, konnte der 9. DGP-Hochschultag am 16. November 2018 genutzt werden, auf dem sich die Initiative erstmalig öffentlich präsentierte. Über die Gründung der neuen Sektion wird auf der nächsten Mitgliederversammlung der DGP Ende März 2019 zu entscheiden sein.

Als weitere Maßnahme zur Nachwuchsförderung ist ab Mitte 2019 die Durchführung einer bundesweiten Veranstaltungsreihe ‚Wissenschaftliche Karrierewege‘ vorgesehen. An zunächst vier Hochschulstandorten können sich Studierende, Doktorand_innen und andere Interessierte über Optionen, (Förder-)Programme und Möglichkeiten hin zu einer wissenschaftlich ausgerichteten Karriere informieren (Heidler 2017; Richert/Rick 2010). Dabei werden sowohl hochschulische als auch außerhochschulische Berufswege in den Blick genommen.

Die bereits vorgenommenen und geplanten Aktivitäten zur Nachwuchsförderung dienen nicht zuletzt auch der Mitgliedergewinnung unter jungen Menschen. Die derzeitige Altersstruktur des Vereins – weniger als 20% der DGP-Mitglieder sind zwischen 19 und 35 Jahre alt – verweist auf den Handlungsbedarf in diesem Bereich. Darüber hinaus soll ein Beitrag dazu geleistet werden, das drängende Problem der Besetzung pflegewissenschaftlicher Professuren an Hochschulen zu mildern.

Schlussfolgerung

Dieser Parforceritt durch ausgewählte zentrale Handlungsfelder der DGP hatte nicht zuletzt das Ziel, zu verdeutlichen, dass die DGP sich der aktuellen Herausforderungen bewusst ist, diese aufnimmt und angeht. Die geplanten Entwicklungsschritte in wissenschaftlichen, politischen, interdisziplinären und internationalen Bezügen werden die DGP in den nächsten Jahren fordern. Dies ist ein Grund mehr, um auch nach innen zu schauen, die Kräfte zu bündeln, die Zusammenarbeit zwischen den Sektionen und dem Vorstand zu intensivieren und Strukturentwicklung voranzutreiben. Die Pflegewissenschaft weiterzuentwickeln und pflegewissenschaftliche Ansatzpunkte für die

Lösung der Aufgaben der Pflegepraxis anzustoßen und nutzbar zu machen, ist diese Anstrengung wert.

Literatur

- AWMF/äzq (2008): Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Fassung 2005/2006 + Domäne 8 (2008). <https://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/literatur/delbi-fassung-2005-2006-domaene-8-2008.pdf> [Stand: 2018-11-30]
- Banken, K./Helmbold, A. (2018): Delir im operativen Kontext. Präventionsmöglichkeiten und Frühintervention. In: *Pflege & Gesellschaft* 23 (1), 89–90
- Banovic, A./Geis, S./Guerre, N./Hochmuth, A./Manietta, C./Widmann, M. et al. (2018): Aufgabe der Pflege in der Versorgung von geflüchteten Menschen. In: *Pflege & Gesellschaft* 23 (2), 173–174
- Behrens, J./Görres, S./Schaeffer, D./Bartholomeyczik, S./Stemmer, R. (2012): *Agenda Pflegeforschung für Deutschland*. o.V.
- Brühl, A./Planer, K./Bensch, S. (2016): Zur Diskussion: Entwicklungsperspektiven für das Neue Begutachtungssessment. In: *Pflege & Gesellschaft* 21 (1), 78–87
- Brysch, B./Hardtke, A./Maier, L./Wynne, P. (2017): TANDEM-Station. Sichert eine spezialisierte Demenzstation die Selbstständigkeit Demenzbetroffener? In: *Pflege & Gesellschaft* 22 (2), 179–180
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Pflegebegriff_RZ_Ansicht.pdf [Stand: 2018-11-28]
- Delamaire, M.-L./Lafortune, G. (2010): Nurses in Advanced Roles. A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en [Stand: 2018-11-30]
- DGP (2017): Satzung. <https://dg-pflegewissenschaft.de/ueber-uns/satzung/> [Stand: 2018-11-17]
- DGP (2018a): Gemeinsame Erklärung der Organisationen · Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) · Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) · Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) · Deutscher Pflegerat (DPR) · Organisationen der Patientenvertretung (BAGP, DAG SHG, BAG Selbsthilfe, SoVD, vdk, ISL) · Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) zu den Auswirkungen der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen. https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2018/06/2018_06_01_PPUG_Perzentilansatz_Erklärung.pdf [Stand: 2018-11-29]
- DGP (2018b): Leitlinienarbeit der DGP. <https://dg-pflegewissenschaft.de/leitlinien-2/> [Stand: 2018-11-30]
- Dornheim, J./van Maanen, H./Meyer, J. A./Remmers, H./Schöninger, U./Schwerdt, R. et al. (1999): Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft. In: *Pflege & Gesellschaft* 4 (4), 73–79
- DV Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.) (2003): *Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen*. Frankfurt/Main: Mabuse
- Eichhorst, W./Wintermann, O. (2006): Wie kann wissenschaftliche Politikberatung zu besserer Politik beitragen? In: *Wirtschaftsdienst* 86 (4), 228–235
- Ewers, M./Grewe, T./Höppner, H./Huber, W./Sayn-Wittgenstein, F./Stemmer, R. et al. (2012): Forschung in den Gesundheitsfachberufen. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 137, Suppl 2, 34–36
- Färber, G./Salm, M./Zeit, D. (2011): Renaissance wissenschaftlicher Politikberatung? In: *Zeitschrift für Politikberatung* 4 (2), 3–13
- GMK (1999): Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen. 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10. Juni 1999 in Trier. http://www.wernerschell.de/web/99/qualitaetsstrategie_im_gesundheitswesen.php [Stand: 2018-11-28]
- Großklaus-Seidel, M./Arndt, M./Kersting, K./Mayer, H. (2002): Zur Begutachtung der ethischen Dimension von Pflegeforschung. In: *Pflege & Gesellschaft* 7 (3), 80–85
- Heidler, R. (2017): Forschungsförderung und Karrierewege. Vergleichende Studie zu den DFG-Programmen zur Förderung der wissenschaftlichen Karriere. http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/geschaeftsstelle/publikationen/studien/studie_karrierewege.pdf [Stand: 2018-10-14]

- Kollak, I. (2014): Schwerpunkt: Interdisziplinarität. In: *Pflege & Gesellschaft* 19 (1), 3–4
- Köpke, S. (2018): 1st International Conference of German Society of Nursing Science. Ein Meilenstein für die DGP und die deutsche Pflegewissenschaft. In: *Pflege & Gesellschaft* 23 (3), 287–288
- Küstermann, I./Lüken, S./Nebeler, A./Söhne, L. (2017): Das Erleben von isolierten Patient/innen. Eine qualitative Studie. In: *Pflege & Gesellschaft*, 22 (3) 272
- Lovink, M. H./Persoon, A./Koopmans, R. T. C. M./van Vught, A. J. A. H./Schoonhoven, L./Laurant, M. G. H. (2017): Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: a systematic literature review. In: *Journal of Advanced Nursing*, 73 (9), 2084–2102. doi: 10.1111/jan.13299
- Meyer, G./Balzer, K./Köpke, S. (2013): Evidenzbasierte Pflegepraxis – Diskussionsbeitrag zum Status quo. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 107 (1), 30–35. doi: 10.1016/j.zefq.2012.12.001
- Meyer, G./Köpke, S. (2012): Wie kann der beste pflegewissenschaftliche Kenntnisstand in die Pflegepraxis gelangen? In: *Pflege & Gesellschaft* 17 (1), 36–44
- Moers, M./Schaeffer, D./Schnepf, W. (2011): Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft. In: *Pflege* 24 (6), 349–360. doi: 10.1024/1012-5302/a000151
- Remmers, H. (2011): Pflegewissenschaft als transdisziplinäres Konstrukt. Wissenschaftssystematische Überlegungen. In: Remmers, H. (Hrsg.): *Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog. Eine Forschungsbilanz*. Osnabrück: V&R Unipress, 7–47
- Remmers, H. (2014): Pflegewissenschaft - Disziplinarität und Transdisziplinarität. In: *Pflege & Gesellschaft* 19 (1), 5–17
- Richards, D. A./Hanssen, T. A./Borglin, G. (2018): The Second Triennial Systematic Literature Review of European Nursing Research: Impact on Patient Outcomes and Implications for Evidence-Based Practice. In: *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 15 (5), 333–343. doi: 10.1111/wvn.12320
- Richert, A./Rick, U. (2010): *Karrierewege in der Wissenschaft*. http://www.kisswin.de/typo3/kisswin_4-6/uploads/media/Broschuere_Karrierewege_in_der_Wissenschaft.pdf?Stand: 2018-11-10?
- Schaeffer, D. (2002): Pflegeforschung, aktuelle Entwicklungstendenzen und -herausforderungen. In: *Pflege & Gesellschaft* 7 (3), 73–79
- Schroeter, K. (2019): Die Pflege und ihre Wissenschaft(en) – im Spagat zwischen Professionalisierung und disziplinenübergreifender Wissenschaftspraxis. In: *Pflege & Gesellschaft* 24 (1), in diesem Heft
- Stemmer, R. (2016): Stand der Pflegewissenschaft in Deutschland. In: Brandenburg, H.; Hülsken-Giesler, M./Sirsch, E. (Hrsg.): *Vom Zauber des Anfangs und von den Chancen der Zukunft. Festschrift zum 10-jährigen Bestehen der Pflegewissenschaftlichen Fakultät an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar*. Bern: Hogrefe, 27–34
- Stichweh, R. (1994): *Wissenschaft, Universität, Professionen. Soziologische Analysen*. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Vollstedt, I. (2001): 'Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft' von Jutta Dornheim und KollegInnen. Eine kritische Betrachtung. In: *Pflege & Gesellschaft* 6 (1), 9–17
- Wingenfeld, K./Büscher, A./Gansweid, . (2011): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_2_18962.pdf [Stand: 2018-11-28]

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)

Prof. Dr. Renate Stemmer, Kath. Hochschule Mainz (Korrespondenz: stemmer@kh-mz.de)

Prof. Dr. Christa Büker, Fachhochschule Bielefeld

Dr. Bernhard Holle, DZNE e.V., Standort Witten

Prof. Dr. Sascha Köpke, Universität zu Lübeck

JProf. Dr. Erika Sirsch, PTHV Vallendar

Beiträge

Lina Heier, Florian Fischer

Man fühlt sich nicht dazugehörig – wie Pflegekräfte mit Migrationshintergrund Diskriminierung im beruflichen Alltag erleben

It feels like you do not belong – how nurses with a migration background experience discrimination in their daily work routine

In Germany, discrimination against nurses with a migration background, who were both educated and employed in German hospitals, has not been studied, although it is a problem that can lead to a reduction in the quality of nursing care and increased nurse turnover. This study was conducted using a qualitative content analysis based on partially structured interview guidance. The data collection process included seven semi-structured, in-depth interviews with nurses who were born abroad themselves, or whose parents were born abroad, and had completed their training in Germany. Data was collected between April and June 2017. All interviews were recorded, transcribed, and analysed. The categories for analysis include different experiences of social and institutional discrimination in the workplace. Although nurses with a migration background claimed to have experienced social discrimination from their patients more often than from their nurse colleagues and/or other hospital personnel, institutional discrimination still occurred. The prevalence of nurses' experiences of discrimination suggests that hospitals need to strengthen their policies to effectively address this problem.

Keywords

qualitative study, content analysis, discrimination against nurses, migrant nurses, social and institutional discrimination

In Deutschland wurde die Diskriminierung von hierzulande ausgebildeten und tätigen Pflegekräften mit Migrationshintergrund noch nicht untersucht. Dabei gibt es dieses Problem, das überdies zu einer Verminderung der Pflegequalität und hoher Fluktuation führen kann. Die vorliegende Studie untersucht mit einem qualitativen Ansatz dieses Thema. Die Datenerhebung erfolgte über sieben semi-strukturierte Interviews mit Pflegekräften, die selbst oder deren Eltern im Ausland geboren wurden und die ihre Ausbildung in Deutschland absolviert haben. Die Datenerhebung erfolgte zwischen April und Juni 2017. Alle Interviews wurden audiotekhnisch aufgenommen, transkribiert und anschließend analysiert. Die Hauptkategorien beschreiben die unterschiedlichen Erfahrungen

eingereicht 28.03.2018

akzeptiert 06.07.2018

bezogen auf die soziale und institutionelle Diskriminierung im beruflichen Alltag. Obwohl die Form der sozialen Diskriminierung weitaus häufiger genannt wurde als die institutionelle Diskriminierung, sind beide Formen im beruflichen Alltag gegenwärtig. Dies lässt darauf schließen, dass Krankenhäuser ihre Richtlinien verstärken müssen, um dieses Problem zu lösen.

Schlüsselwörter

Qualitative Studien, qualitative Inhaltsanalyse, Diskriminierung gegen Pflegekräfte, Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, soziale und institutionelle Diskriminierung

1. Einleitung

Diskriminierung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund¹, stellt ein alltägliches Phänomen dar, welches in der akutstationären und ambulanten Pflege sowie in der stationären Langzeitpflege zu finden ist (Kilcher 2007; Wheeler et al. 2014; Marschnig 2010). Diskriminieren (lat.: *diskriminare*) steht für „trennen“ bzw. „Unterscheidungen treffen“ und/oder „aussondern“ (Beutke und Kotzur 2015). Unter Diskriminierung fällt ganz allgemein jede Form der Benachteiligung, der Nichtbeachtung, des Ausschlusses oder der Ungleichbehandlung aufgrund der zugeschriebenen, in einem bestimmten Zusammenhang nicht relevanten Merkmale (Egger et al. 2003). Das Konzept Diskriminierung kann aus vielen unterschiedlichen Perspektiven mit zugrundeliegenden Theorien betrachtet werden. Beispielsweise befasst sich die sozialwissenschaftliche Diskriminierungsforschung – im Gegensatz zu der sozialpsychologischen Forschung – über eine handlungstheoretische und gruppenbezogene Analyse hinaus, ebenfalls mit gesellschaftsstrukturellen (ökonomisch, politisch, rechtlich), kulturellen (Diskurse und Ideologien), institutionellen und organisatorischen Formen von Diskriminierung (Hormel, Scherr 2010). Anlehnend an internationale Publikationen zum Thema Diskriminierung von Pflegekräften greift diese Arbeit zwei Diskriminierungsformen auf: die soziale und die institutionelle Form der Diskriminierung.

Unter sozialer Diskriminierung wird die Benachteiligung von Menschen aufgrund gruppenspezifischer Merkmale wie deren ethnische oder nationale Herkunft, Hautfarbe, Sprache, politische oder religiöse Überzeugungen, sexuelle Orientierung, Geschlecht, Alter oder Behinderung verstanden (Beutke, Kotzur 2015). Im Gegensatz dazu werden mit der institutionellen Diskriminierung allgemein jene Benachteiligungen bezeichnet, die nicht auf individuelle Handlungen zurückgeführt werden können (Scherr 2016). Ursächlich sind vielmehr Strukturen und Verfahrensweisen, Gewohnheiten oder etablierte Wertvorstellungen in Institutionen, die diskriminierende Auswirkungen haben können (Gomolla, Radtke 2009). Die häufigsten Formen der insti-

1 Eine Person hat dann einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist. Die Definition umfasst im Einzelnen folgende Personen (Statistisches Bundesamt 2015):

1. zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer_innen;
2. zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte;
3. (Spät-)Aussiedler_innen;
mit deutscher Staatsangehörigkeit geborene Nachkommen der drei zuvor genannten Gruppen.

tutionellen Diskriminierung von Personen mit Migrationshintergrund sind als formale Rechte, etablierte Strukturen, Gewohnheiten und Wertvorstellungen und bereits bewährten Handlungsmaximen in der Mitte der Gesellschaft institutionalisiert. Solche Institutionen sind vielfach Organisationen wie beispielsweise Behörden, Betriebe oder Anstalten. Die Institution Krankenhaus hat dabei einen besonderen Stellenwert, denn sie kann als ein Abbild der Gesellschaft dargestellt werden. Alle Gruppierungen, welche die Gesellschaft prägen, sind als Mitarbeitende der medizinischen Versorgung oder als Patient_innen vertreten, wodurch dieser Arbeitsplatz einen besonderen Integrationsauftrag innehat und von sozialer sowie institutioneller Diskriminierung betroffen sein kann (Kilcher 2007).

Diskriminierungserfahrungen im beruflichen Alltag von Pflegekräften mit Migrationshintergrund sind im deutschsprachigen Raum bislang nur in Ansätzen empirisch untersucht worden. Projekte mit thematischen Ausrichtungen in den Bereichen der Kultursensibilität (Friebe 2006; Gaigg 2012), interkulturellen Teamentwicklung (Karl-Trummer et al. 2010; Kilcher 2007) oder auch unter ökonomischen bzw. arbeitsrechtlichen Gesichtspunkten (Blum et al. 2015) sind weitaus häufiger publiziert als Projekte, welche die Situation von Pflegekräften mit Migrationshintergrund und deren Erfahrungen im Arbeitsalltag untersuchen. Wird der angloamerikanische Raum bzw. Großbritannien betrachtet, so fällt auf, dass sich die Publikationen schwerpunktmäßig auf migrierte Pflegekräfte konzentrieren, die in ihrem Heimatland ausgebildet wurden und in ein neues Land immigriert sind (Alexis 2015; Allan et al. 2009; Higginbottom 2011; Keshet, Popper-Giveon 2017; Mapedzahama et al. 2012; Tregunno et al. 2009; Valizadeh et al. 2015; Wheeler et al. 2014; Buchan, Sochalski 2004). Publikationen, welche sich auf Pflegekräfte konzentrieren, die einen Migrationshintergrund haben, jedoch nicht international ausgebildet wurden, sind seltener publiziert. Hieraus ergibt sich eine Forschungslücke, die diese Arbeit aufgreift: Es geht darum, Diskriminierungserfahrungen von in Deutschland ausgebildeten Pflegekräften mit Migrationshintergrund qualitativ zu erfassen und darzustellen um eine erste empirische Annäherung an diese Thematik zu ermöglichen. Konkreter wurde die Forschungsfrage bearbeitet, wie Pflegekräfte mit Migrationshintergrund Diskriminierung im Arbeitsalltag im Kontext der akutmedizinischen Versorgung erleben.

2. Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der leitenden Forschungsfrage wurden qualitative Interviews mit Gesundheits- und Krankenpfleger_innen sowie Gesundheits- und Krankenpflegeassistent_innen mit Migrationshintergrund geführt, die in der akutmedizinischen stationären Versorgung in Deutschland tätig sind und in Deutschland ihre Ausbildung absolviert haben. Die Erhebung erfolgte mittels eines semi-strukturierten Leitfadens, welcher folgende Themenbereiche abdeckte: 1) Einschätzung des Arbeitsalltags; 2) Konflikte am Arbeitsplatz; 3) Diskriminierungserfahrungen; 4) Strategien im Umgang mit Diskriminierungserfahrungen. Zur inhaltlichen Ausgestaltung des Leitfadens diente eine strukturierte Literaturrecherche im Vorhinein. Der Leitfaden wurde mit

der SPSS-Methodik zur Leitfadenerstellung angelegt (Helfferich 2011). Die Interviewpartner_innen wurden deutschlandweit durch das berufliche Netzwerk der Erstautorin mittels des Schneeballprinzips rekrutiert. Die Datenerhebung fand zwischen April und Juni 2017 statt. Insgesamt wurden sieben Interviews audiotekhnisch aufgenommen, anschließend transkribiert und aufbereitet. Im Mittel waren die Interviews 30 Minuten lang, mindestens jedoch 26 Minuten und höchstens 50 Minuten.

Anschließend wurden die schriftlich fixierten Interviews nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse im Sinne einer Kontingenzanalyse durch deduktive Kategorienbildung und Zusammenfassung ausgewertet (Mayring 2010).

Das Forschungsvorhaben wurde von der Ethik-Kommission der Universität Bielefeld nach den Ethischen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BdP) begutachtet und positiv beschieden.

3. Ergebnisse

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden sieben Gesundheits- und Krankenpfleger_innen (GKP) sowie Gesundheits- und Krankenpflegeassistent_innen (GKA) befragt, die in Einrichtungen der akutmedizinischen Versorgung in Deutschland arbeiten und in Deutschland ausgebildet wurden. Die Interviewpartner_innen waren zum Erhebungszeitpunkt durchschnittlich 27 Jahre alt und arbeiteten im Mittel seit 3,3 Jahren als Pflegekraft. Fünf von sieben Pflegekräften hatten eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpfleger_in abgeschlossen, zwei Teilnehmer_innen (IP1, IP2) hatten eine einjährige Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpflegeassistent_in absolviert (Tabelle 1).

	G	Alter	Herkunftsland	Herkunftsland der Eltern	Berufsgruppe	Berufserfahrung	Ausbildungsland	Fachbereich
IP1	M	25	Deutschland	Türkei	GKA	< 1 Jahr	Deutschland	Infektiologie
IP2	W	22	Polen	Polen	GKA	< 1 Jahr	Deutschland	Innere Medizin
IP3	W	29	Deutschland	Türkei	GKP	7 Jahre	Deutschland	Kardiochirurgie
IP4	W	26	Deutschland	Sri Lanka	GKP	3 Jahre	Deutschland	Innere Medizin
IP5	W	27	Venezuela	Deutschland, Argentinien	GKP	3 Jahre	Deutschland	Intensivmedizin
IP6	W	33	Türkei	Türkei	GKP	6 Jahre	Deutschland	Innere Medizin
IP7	W	25	Kosovo	Kosovo	GKP	2 Jahre	Deutschland	Gynäkologie

Tab. 1

3.1 Soziale Diskriminierungserfahrungen

Die Studienteilnehmer_innen beschrieben Diskriminierungserfahrungen, die häufig mit Anfeindungen und Ausländerfeindlichkeiten gegenüber den befragten Pflegekräften mit Migrationshintergrund zu tun haben. Dabei geht es hauptsächlich um abfällige Äußerungen über Menschen mit ausländischen Wurzeln in Versorgungssituationen

bzw. im pflegerischen Alltag. Das erste Zitat beschreibt eine Situation, im Rahmen derer eine Kollegin des Interviewpartners auf dessen Herkunft angesprochen wurde: *Es hat mich ein älterer Mann ähm (...) nee der hat mich gar nicht angesprochen / der die Krankenschwester angesprochen hat, die dabei stand und die fragte „Wo kommt der eigentlich her?“ (...) und ich dann ähm gesagt hab, wo ich quasi geboren bin, also hier in Deutschland in (anonymisiert, Anm. der Autorin) und dann hat er gesagt „hmh, sieht man“.* (IP1)

Hierbei entsteht der Eindruck, dass aufgrund der Tatsache, dass der Interviewpartner nicht direkt angesprochen wurde und ein Patient sich nach seinem Herkunftsland erkundigt, ein Unterschied zwischen dem Interviewpartner und seiner Kollegin auf Grundlage von äußerlichen Merkmalen („sieht man“) gemacht wurde. Ebenfalls fremd klingende Namen können zu Situationen führen, in denen sich die Interviewteilnehmer_innen diskriminiert gefühlt haben: *Da war irgendein Angehöriger, ein Mann. Als ich dann gesagt hab, dass ich / dann hat der natürlich auch gefragt „ihr Name ist irgendwie anders. Woher kommt er denn?“ Ich mein „das ist ein türkischer Name. Kommt aus dem Arabischen, aus dem Koran und bedeutet das und das und das“. „Hm, ihr seid ja die Terroristen hier“, meinte der zu mir. Ich (.) ich war einfach schockiert. Ich wusste nicht, was ich sagen sollte. Ich so „was meinen sie jetzt mit Terrorismus?“ „Ja, ihr seid doch die, die hier die ganze Zeit alle bombardieren, umbringen und hier rumlaufen mit dem Koran in der Hand“.* (IP6)

Ein weiteres Zitat beschreibt über einen Unterschied von äußeren Merkmalen bzw. dem Namen der Pflegekräfte hinaus eine Situation, in welcher die Versorgung durch eine Pflegekraft mit Migrationshintergrund gänzlich verweigert wurde: *Da wurd ich noch begleitet von der Kollegin. Und dann wollte ich den Patienten versorgen (.) und dann sagte der Patient auf einmal „ja, von solchen Ausländern lass ich mich nicht versorgen. Ich könnt mich irgendwie von dir anstecken.“ Und ich hab das erst gar nicht geschmalt, was er da von mir wollte, oder was er damit indirekt gesagt hatte. Er ist nämlich darauf hingewiesen HIV und was weiß ich alles. Und ich hab das in dem Moment gar nicht so verstanden und meinte „was wollen sie von mir? Ich versteh sie nicht“.* (IP4)

Andere Zitate beschreiben hingegen Erfahrungen, in welchen sich Pflegekräfte durch Arbeitskolleg_innen aufgrund ihres Migrationshintergrundes diskriminiert fühlten: *Da saßen die alle am Tisch, ich war mit einem Kollegen da eingesetzt auf der Station. Das war noch während der Ausbildungszeit und da fing die Schwestern (.) ganz vorlaut über Ausländer zu reden, über wie scheiße die wären und ich hab natürlich was dagegen gesagt, weil ich mich in diesem Moment angegriffen gefühlt habe, weil ich eben zu dieser Gruppe gehöre. Und ähm (.) ja das hat ihr nicht wirklich gepasst, das habe ich auch zu spüren bekommen, weil die halt auch / egal wie ich argumentiert habe, die die haben die Argumentation gar nicht an sich heran gelassen.* (IP7)

Laut den Interviewpartner_innen finden Diskriminierungen in Verbindung mit Rassismus regelmäßig in Krankenhäusern in Deutschland statt, auch wenn sie nicht immer offen ausgesprochen werden. Ausländerfeindlichkeit zeigt sich auch in distanzierendem Verhalten und wird durch Mimik und Gestik der ausführenden Personen verstärkt. Dies wird darauf zurückgeführt, dass Pflegekräfte mit Migrationshintergrund

oftmals etwas anders als ihre deutschen Kolleg_innen aussehen bzw. Merkmale aufweisen, die laut der Interviewpartner_innen nicht typisch deutsch sind. *Dass man es merkt, dass die Leute auf einen anders reagieren, weil man nicht Deutsch aussieht (...) ähm (...) macht irgendwie so (...) eine Distanz im Umgang. (...) Ja ablehnend finde ich jetzt ein bisschen hart, aber dass die eigentlich ja anders auf einen reagieren als auf andere Kollegen. Das würde ich schon sagen, kommt regelmäßig vor.* (IP1).

Darüber hinaus drehen sich die geschilderten Diskriminierungserfahrungen um das Gefühl der Entmachtung und die Erwartungen an die Rolle als Pflegekraft mit Migrationshintergrund.

Die Interviewpartner_innen berichten von Situationen, in denen sie aufgrund ihres Migrationshintergrundes nicht als professionelle Fachkraft mit Expert_innenwissen wahrgenommen werden, weder von Patient_innen und Angehörigen noch von Kolleg_innen. Ihnen wird aufgrund des Migrationshintergrundes ihr pflegerisches Fachwissen abgesprochen und lediglich eine Hilfsrolle zugeordnet. *Ich hatte schon mal Patienten gehabt, die gesagt haben aufgrund dessen, dass ich (...) da nicht Deutsche bin, kein Fachwissen habe. Das hat mich sehr verletzt und da hab ich mich wirklich sehr diskriminiert gefühlt.* (IP4)

Interviewpartner_innen berichten von Erfahrungen, in denen sie als zu jung, zu „dumm“ und zu eitel beschrieben werden, sie aufgrund dessen nicht als professionell agierend eingeschätzt und ihre Tätigkeiten als Dienstleistungen heruntergestuft werden. *Also mit ihr (...) persönlich hatte ich nie Probleme. Die war immer so ne ruhige. Also die sah ruhig aus. Aber hinten rum meinte sie zu mir, ich wär zu jung, ich wär zu dumm, ich würd mich ja mehr um meine Schminke und mein Äußeres kümmern, als um ähm als um meine Arbeit, ne. Und, obwohl auf der Station hatte ich nie Probleme mit / würde ich sagen ich war schlecht arbeiten, dann würden mir das die Kollegen schon mal vorher sagen. Meine Gegenschicht oder so, ne. Aber ich hab nie so negatives Feedback bekommen. Meistens waren alle immer zufrieden. Und dann kam sowas.* (IP6)

Diese Erfahrungen führen zu einem Gefühl der Entmachtung: auf der einen Seite innerhalb der Rolle als ausgebildete Pflegekraft, auf der anderen Seite innerhalb der persönlichen Identifizierung als Pflegekraft. Die Aberkennung der fachlichen Fähigkeiten und der dadurch entstehenden Degradierung führt zur Entmachtung der Rolle als Pflegekraft und Expert_in in dem jeweiligen Fachbereich sowie zur Entmachtung innerhalb der persönlichen Identifizierung als Pflegekraft, wie er/sie sich selbst wahrnimmt und mit welchen Eigenschaften er/sie sich identifiziert.

Als Folge der erlebten Diskriminierungserfahrungen wird ein als schockierend empfundener Zustand von den interviewten Pflegekräften mit Migrationshintergrund innerhalb sozialer Diskriminierungssituationen beschrieben. Benannt werden eine Art der Lähmung, ein Nicht-Wahrhaben-Wollen und die Ungläubigkeit, dass diese Art der Diskriminierung ihnen tatsächlich widerfährt. Wut, Traurigkeit und das Gefühl eines Schocks verhindern eine als adäquat angesehene Reaktion in der Diskriminierungssituation und werden als dominante Gefühle in Verbindung mit der Diskriminierung

genannt. Diese Gefühle gehen einher mit einer fehlenden Wertschätzung der Arbeit, der Rolle als Pflegekraft und dadurch einer fehlenden Dankbarkeit, welche die Wahrnehmung des beruflichen Alltags stark beeinflusst. *Man ist echt schockiert. In dem Moment weiß man nicht, was man sagen soll. Ähm, etwas wütend. Also ich war schon etwas wütend, auch gekränkt. Dass man sofort an sowas denken muss, wenn man sagt: „Ich komm aus der Türkei und mein Name ist arabisch ausm Koran und bla bla bla“. Ich war erschrocken, was die Leute direkt (.) also was die Leute in Verbindung bringen, wenn man denen sagt halt „mein Name kommt ausm Koran und bedeutet das“. Die verbinden ja diesen Koran und den Islam direkt mit Terrorismus. Und ich kann mir vorstellen, das war nicht der Einzige. Das war der Einzige, der das gesagt hat. Da waren wahrscheinlich sehr viele, die das auch gedacht haben. Man ist echt schockiert. (IP6)*

3.2 Institutionelle Diskriminierungserfahrungen

Institutionelle Diskriminierungen werden vorrangig mit Situationen mit Vorgesetzten beschrieben, die berufliche Erfahrungen aufgrund des Migrationshintergrundes nicht anerkennen. Antipathien sowie schlechtere Bewertungen im Vergleich zu Kolleg_innen ohne Migrationshintergrund werden wahrgenommen. In der Spitze sind gar latente Drohungen gegenüber der Pflegekraft mit Migrationshintergrund wirksam, zum Beispiel im Hinblick darauf, dass sie beobachtet würde und sich im Blick der Leitung befinde. *Ja und danach hat sie mir so einen Spruch gemacht: „Ja, Sie bekommen eine Chance, aber ich hab Sie im Blick, ich lasse Sie nicht aus den Augen, ich hab Sie im Blick. Und mal gucken, ob Sie die Probezeit schaffen“. So, ne. Schon so von Anfang an so: „Du schaffst das nicht, ich hab dich im Blick“. Ja, das war so ein bisschen ne, das hat / ich bin richtig froh, dass die (lachen) schon nicht mehr da ist. (IP2)*

Auf Ebene der Stationen im akutmedizinischen Setting berichten die Interviewpartner_innen von Stationen, die im allgemeinen Unterschiede zwischen pflegerischen Kolleg_innen mit und ohne Migrationshintergrund machen. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund erhalten schlechtere Bewertungen als Kolleg_innen ohne Migrationshintergrund, fühlen sich im Team nicht aufgenommen und erleben eine Ausgrenzung zum Team mit Mitglieder_innen ohne Migrationshintergrund. Die Interviewpartner_innen fühlen sich als billige Arbeitskräfte, die keine Unterstützung durch Kolleg_innen erfahren und eine subjektiv höhere Arbeitsbelastung haben. Es dreht sich in diesem Kontext um fehlenden Respekt und eine allgemeine Ungerechtigkeit. *Man fühlt sich nicht so dazugehörig. Also ich hab mich nicht im Team aufgenommen gefühlt. Oder überhaupt auf der Station aufgenommen gefühlt. Man fühlt sich so ein bisschen ausgegrenzt, oder man ist sogar ausgegrenzt und ähm man denkt / man versucht irgendwie da rein zu kommen, aber irgendwie klappt das nicht. Und ich bin ja dann auch die Person, ok, wenn es nicht klappt, dann lass ich es ganz sein und gut ist. Aber man fühlt sich nicht wohl. (IP7)*

4. Diskussion

Zusammenfassend sind die im Rahmen dieser Studie aufgezeigten sozialen Diskriminierungserfahrungen oftmals mit Ausländerfeindlichkeiten verbunden. Es geht um ein Gefühl der Entmachtung, schwankend zwischen einer Art Lähmung, Nicht-Wahrhaben-Wollen und Ungläubigkeit. Die Form der institutionellen Diskriminierung fokussiert auf der einen Seite die Leitungsebene und auf der anderen Seite die Ebene der Stationen. In diesem Kontext wird von fehlendem Respekt, mangelnder Unterstützung sowie einer subjektiv empfundenen höheren Arbeitsbelastung berichtet.

Situationen in welchen Pflegekräfte mit Rassismus und Ausländerfeindlichkeiten im beruflichen Alltag umgehen mussten, wurden vielfach beschrieben. So verweigern Patient_innen die Pflege von einer Pflegekraft mit Migrationshintergrund (Keshet und Popper-Giveon 2017; Tregunno et al. 2009, 2009, 2009; Allan et al. 2009) oder Pflegekräfte werden mit rassistischen Bemerkungen beleidigt (Mapedzahama et al. 2012; Mocerri 2014; Larsen 2007; Allan et al. 2009; Wheeler et al. 2014). Hierbei ist darauf zu verweisen, dass die internationalen Ergebnisse das Erleben von Pflegekräften beschreiben, die in ihrem Heimatland ausgebildet wurden und in ein neues Land emigriert sind. Folglich können Unterschiede in der professionellen Qualifikationen zu vermuten sein. Ähnliche Erfahrungen berichten die Interviewpartner_innen in dieser Erhebung, obwohl sie ihre Ausbildung in Deutschland absolviert haben: abfällige Äußerungen, Vorurteile und Beleidigungen wurden als beispielhafte Erfahrungen genannt. An dieser Stelle ist zu hinterfragen, wie es überhaupt zu Rassismus im pflegerischen Alltag kommen kann. In sozialwissenschaftlichen Disziplinen werden die Entstehung von Rassismus und das Ausüben von ausländerfeindlichem Verhalten kontrovers diskutiert. Michelle D. Byng (2013) erstellt einen Ansatz zur Erläuterung des Phänomens. Darin hinterfragt sie die Entstehung von Rassismus aus folgender Perspektive: Welche Prozesse führen zu Rassismus und ethnischen Ungleichheiten? Ihre Theorie „Social Process Theory of Racism and Race“ postuliert, dass Rassismus ein sozialer Prozess ist, in dem die Bedeutung von ethnischen Identitäten zwischen Mikro, Meso- und Makroebene der Gesellschaft getauscht werden (Byng 2013). Nach Byng (2013) definiert sich Rassismus durch die Bedeutung von ethnischen Identitäten. Rassismus ist keine generelle Empfindung, sondern ein flexibler Prozess, der zur Entstehung von Bedeutungen beiträgt. Rassismus dreht sich nicht ausschließlich um Diskriminierungen, Privilegien, Ungleichheiten und/oder Stratifizierung, sondern gleichermaßen um Sozialpolitik und derzeitige soziale Praktiken innerhalb der Gesellschaft. Das bedeutet, dass Rassismus auf der einen Seite Diskriminierungen und Ungleichheiten fördert, sie aber auf der anderen Seite ebenfalls reduzieren kann. Rassismus ist folglich ein Prozess der Entstehung von Bedeutungen, welcher ethnische Identitäten dazu nutzt, die derzeitige soziale Realität zu legitimieren. Diese Theorie, welche versucht die Entstehung von Rassismus und rassistischer Diskriminierung in der Gesellschaft zu erklären, kann ebenfalls auf das Setting Krankenhaus übertragen werden und die Entstehung von Rassismus dort erklären. Ein Krankenhaus kann als ein Abbild der Gesellschaft verstanden werden – mit allen Gruppierungen, welche die Gesellschaft prägen: Akteure mit unterschiedlichen Qualifikationen und Rollenfunktionen und Herkunftsländern, wodurch

ein komplexes soziales Gebilde entsteht. Rassismus ist ebenfalls in einem Krankenhaus ein Prozess der Entstehung von Bedeutungen, welche (ethnische) Identitäten dazu nutzt, die derzeitige soziale Realität innerhalb des Settings Krankenhaus zu legitimieren.

Wird im Folgenden die institutionelle Diskriminierung betrachtet, ist an dieser Stelle zu diskutieren, warum institutionelle Diskriminierungserfahrungen – im Gegensatz zu sozialen Diskriminierungserfahrungen – nur sehr selten angesprochen wurden; und oftmals auch nur durch direktes Nachfragen.

Die generierten Ergebnisse zu institutionellen Diskriminierungserfahrungen von Pflegekräften können in folgende Definition eingeordnet werden: Erfahrungen der befragten Pflegekräfte mit Migrationshintergrund werden nicht anerkannt, es wird von schlechteren Beurteilungen im Vergleich mit Kolleg_innen ohne Migrationshintergrund jedoch mit gleicher Qualifikation berichtet, es werden allgemeine Unterschiede zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund auf den Stationen gemacht (z. B. in Form von schlechteren Beurteilungen; die befragten Interviewpartner_innen fühlen sich nicht im Team aufgenommen, erleben Ausgrenzungen und erleben sich trotz in Deutschland absolvierter Ausbildung als „billige Arbeitskraft“). In diesem Kontext wird von fehlendem Respekt, mangelnder Unterstützung sowie einer subjektiv empfundenen höheren Arbeitsbelastung berichtet. Dies kann aufgrund von dominanten Leitungen, welche Strukturen, unausgesprochene Regeln und Gewohnheiten innerhalb des Teams etablieren, gefördert werden (Tuttas 2015).

Ein möglicher Lösungsansatz für soziale sowie institutionelle Diskriminierungen im Krankenhaus, stellt die Kontakthypothese von G. Allport (1954) dar. Sie besagt zusammengefasst, dass häufiger Kontakt zu Mitgliedern von anderen Gruppen (wie z. B. ethnischen Minderheiten oder Menschen mit Migrationshintergrund) Vorurteile und Stereotypen gegenüber dieser Gruppe reduzieren kann. Dabei sind vier Voraussetzungen essentiell, um Vorurteile gegenüber einer bestimmten Gruppe oder Personen zu reduzieren: 1) gemeinsame Ziele; 2) ein gemeinsamer Status; 3) eine Kooperation zwischen den Gruppen; 4) die Unterstützung von Autoritäten. Gemeinsame Ziele müssen aktiv entwickelt und verfolgt werden, der gemeinsame Status bezieht sich auf die Stellung der Mitglieder innerhalb der Situation, was besagt, dass niemand besser oder schlechter in einer Situation gestellt ist. Das Erreichen der gemeinsamen Ziele kann nur durch eine konkurrenzfreie Interaktion zwischen den einzelnen Akteuren stattfinden, und durch die Unterstützung von Autoritäten werden geminderte Vorurteile schneller akzeptiert. Gemeinsame Ziele im Team, Unterstützungen von Team- oder Bereichsleitungen sowie ein gemeinsam anerkannter Status der Pflegekraft – unabhängig vom Migrationshintergrund – sowie eine Kooperation zwischen den verschiedenen Professionen, können im Setting des Krankenhauses hergestellt werden, um Diskriminierungserfahrungen von Pflegekräften zu mindern.

Methodische Limitationen

Für die Rekrutierung der Interviewpartner_innen wurde das soziale und berufliche Netzwerk der Autorin genutzt, um Pflegekräfte mit Migrationshintergrund für dieses Forschungsprojekt zu gewinnen. Dadurch kann vermutet werden, dass die Interviewpartner_innen eine besondere Motivation hatten, an diesem Projekt teilzunehmen und über ihre Erfahrungen zu berichten. Eine weitreichendere Rekrutierung, bspw. über den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Fachzeitschriften, Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften, hätte die Gruppe der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund heterogener spiegeln können und wäre folglich als repräsentativer anzusehen. Von einer Datensättigung ist – trotz einer vergleichsweise heterogenen Zusammensetzung des Samples – durch den Einschluss von lediglich sieben Pflegekräften mit Migrationshintergrund nicht auszugehen. Daher stellt dieses Projekt vielmehr eine erste empirische Annäherung an das Erleben dieser Personengruppe dar: Es geht um eine Darstellung ihrer Erfahrungen und ihrer subjektiven Wahrnehmung. Generell kann festgehalten werden, dass soziale sowie institutionelle Diskriminierungserfahrungen von den befragten Pflegekräften mit Migrationshintergrund lediglich oberflächlich geschildert wurden. Ein Hinterfragen der Umstände, der Situation an sich oder des Umgangs mit der Situation erfolgte lediglich in Einzelfällen. Weiterhin wurde in sechs der sieben Interviews Diskriminierung direkt mit der rassistischen Diskriminierung gleichgesetzt. Andere Formen, wie beispielsweise die institutionelle Diskriminierung, sind weitaus weniger angesprochen worden. Eine Erklärung wäre, dass durch zum Beispiel Tarifverträge Unterschiede in beruflichen Entlohnungen seltener auftreten als in anderen Ländern. Darüber hinaus kommt die Frage auf, inwieweit sich die berichteten Erfahrungen in diesem Projekt von den Erfahrungen von Pflegekräften ohne Migrationshintergrund unterscheiden bzw. ihnen ähneln. Die hier vorgestellten Formen der Diskriminierung sind somit nicht ausschließlich auf den Migrationshintergrund zurückzuführen. So sind viele Erfahrungen, die in den Expert_inneninterviews geschildert wurden, nicht kausal mit dem Migrationshintergrund verbunden und unterliegen vielen unterschiedlichen Aspekten.

5. Fazit

Die hier vorgestellten Ergebnisse lassen darauf schließen, dass beispielsweise rassistische Äußerungen bzw. Beleidigungen, Ausgrenzungen zum Team und/oder die Absprache von professionellem Wissen, die Erfahrungen der befragten Pflegekräfte mit Migrationshintergrund prägen und nicht auf den professionellen Background oder die berufliche Sozialisation zurückzuführen sind. Dementsprechend sind Möglichkeiten zur Reflexion von Diskriminierungserfahrungen zu entwickeln und bereitzustellen, um Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, Kolleg_innen, Vorgesetzte und Arbeitgeber_innen stärker zu sensibilisieren. Es muss die Möglichkeit gegeben werden, diese Erfahrungen auf der einen Seite zu verarbeiten und mit ihnen auf der anderen Seite zu arbeiten. Um dieses Ziel zu erreichen, wäre eine Bearbeitung des Themas bereits in der Ausbildung zur Pflegekraft vorstellbar. Schüler_innen von Beginn an zu sensibilisieren

und zu stärken, kann als zukünftige Maßnahme bzw. Handlungsempfehlung betrachtet werden. Dadurch können Diskriminierungen von Pflegekräften mit Migrationshintergrund künftig reduziert werden. Weitere Forschungsprojekte können darauf aufbauend untersuchen, ob eine frühe Sensibilisierung zukünftiger Pflegekräfte eine Verminderung der Pflegequalität verhindert und die professionelle Rolle stärkt. Projekte, welche eine Qualifizierung für Pflegeberufe mit einer interkulturellen Ausrichtung haben, sind in Deutschland bereits beispielhaft implementiert. Ein nächster Schritt kann daher sein, mögliche Effekte dieser Projekte im Arbeitsalltag wissenschaftlich zu evaluieren.

Literatur

- Alexis, O. (2015): Internationally recruited nurses' experiences in England. A survey approach. In: *Nursing outlook* 63 (3), 238-244
- Allan, H. T./Cowie, H./Smith, P. (2009): Overseas nurses' experiences of discrimination. A case of racist bullying? In: *Journal of nursing management* 17 (7), 898-906
- Beutke, M./Kotzur, P. (2015): Faktensammlung Diskriminierung. Programm Integration und Bildung der Bertelsmann Stiftung. Bielefeld. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28_Einwanderung_und_Vielfalt/Faktensammlung_Diskriminierung_BSt_2015.pdf [Stand 2017-08-26]
- Blum, K./Loeffert, S./Offermanns, M./Steffen, P. (2015): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2015. Düsseldorf: Deutsches Krankenhaus Institut e.V.
- Buchan, J./Sochalski, J. (2004): The migration of nurses: trends and policies. 82. Aufl. Verfügbar unter: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0042-96862004000800008&script=sci_arttext [Stand 2017-03-29]
- Friebe, J. (2006): Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege. Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierung in Nordrhein-Westfalen. Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung
- Gaigg, M. (2012): Rassismuskritische Bildung für Pflegepersonen. Medizinische Universität Graz. Graz.
- Gomolla, M./Radtke, F.-O. (2009): Institutionelle Diskriminierung. Die Herstellung ethnischer Differenz in der Schule. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden
- Helfferrich, C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden
- Higginbottom, G. M. (2011): The transitioning experiences of internationally-educated nurses into a Canadian health care system.: A focused ethnography. In: *BMC nursing* 10, 1-13
- Karl-Trummer, U./Novak-Zezula, S./Glatz, A./Metzler, B. (2010): „Zweimal ‚Bitte‘?, dann hat die keine Geduld mehr und schimpft sie schon“: kulturelle Lernprozesse zur Integration von migrantischen Pflegekräften. In: *SWS-Rundschau* 3 (50), 340-346
- Keshet, Y./Popper-Giveon, A. (2017): Neutrality in medicine and health professionals from ethnic minority groups.: The case of Arab health professionals in Israel. In: *Social science & medicine* (1982) 174, 35-42
- Kilcher, A. (2007): Rassistische Diskriminierung am Arbeitsplatz Spital. Empfehlungen zur Prävention und Bekämpfung für Institutionen der Gesundheitsförderung. Wabern: Schweizerisches Rotes Kreuz
- Larsen, J. A. (2007): Embodiment of discrimination and overseas nurses' career progression. In: *Journal of clinical nursing* 16 (12), 2187-2195
- Mapedzahama, V./Rudge, T./West, S./Perron, A. (2012): Black nurse in white space? Rethinking the in/visibility of race within the Australian nursing workplace. In: *Nursing inquiry* 19 (2), 153-164

- Marschnig, B. (2010): Migrationserfahrung von philippinischen Pflegekräften in Vorarlberg und Wien. Universität Wien. Wien
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Aufl. Weinheim: Beltz
- Moceri, J. T. (2014): Hispanic nurses' experiences of bias in the workplace. In: Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society 25 (1), 15-22
- Scherr, A. (2016): Diskriminierung/Antidiskriminierung. Begriffe und Grundlagen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 66 (9), 3-10
- Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus - Fachserie 1 Reihe 2.2
- Tregunno, D./Peters, S./Campbell, H./Gordon, S. (2009): International nurse migration. U-turn for safe workplace transition. In: Nursing inquiry 16 (3), 182-190
- Tuttas, C. A. (2015): Perceived racial and ethnic prejudice and discrimination experiences of minority migrant nurses. A literature review. In: Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society 26 (5), 514-520
- Valizadeh, L./Zamanzadeh, V./Irajpour, A./Shohani, M. (2015): "Discrimination", the Main Concern of Iranian Nurses over Inter-Professional Collaboration. An Explorative Qualitative Study. In: Journal of caring sciences 4 (2), 115-123
- Wheeler, R. M./Foster, J. W./Hepburn, K. W. (2014): The experience of discrimination by US and Internationally educated nurses in hospital practice in the USA. A qualitative study. In: Journal of advanced nursing 70 (2), 350-359

Lina Heier, M.Sc.

Universitätsklinikum Bonn; Institut für Patientensicherheit; Sigmund-Freud-Straße 25; Gebäude 5 (Augenklinik), 53127 Bonn; lina.heier@ukbonn.de
(Korrespondenzadresse)

Dr. Florian Fischer

Universität Bielefeld, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld; f.fischer@uni-bielefeld.de

Die Autor_innen bestätigen, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Der Antrag auf ethische Unbedenklichkeit wurde bei der Ethik-Kommission der Universität Bielefeld gestellt und im Februar 2017 stattgegeben.