

Petra Botschafter und Martin Moers

Pflegewissenschaft und Pflegenotstand

Einrichtung eines Studienganges »LehrerIn der Pflege«
an der Freien Universität Berlin?

Nachdem von 1976 bis 1982 an der Freien Universität Berlin der Modellstudiengang »Lehrer/in für Kranken- und Kinderkrankenpflege« erfolgreich durchgeführt wurde, scheiterte seine Institutionalisierung vordergründig an Haushaltsvorgaben. Entscheidend waren dagegen die politischen und hochschulpolitischen Widerstände. Aktiv hatte sich seinerzeit der medizinische Vizepräsident Brückner bei den Senatsverwaltungen »Gesundheit, Soziales und Familie« und »Wissenschaft und Forschung« für eine Ablehnung eingesetzt.

Die sechsjährige Arbeit wurde abschließend von der Senatsverwaltung für Gesundheit zusammengefaßt: »Es handelt sich im wesentlichen um ein kämpferisches Studium für eine vom Arzt und von anderen Akademikern sowie gegenüber dem Betrieb Krankenhaus unabhängige Krankenpflege. An die Stelle der aufgegebenen Bezüge tritt das Konzept der Pflegepersonalbezogenheit.

Als Konsequenz daraus erwächst im Hinblick darauf, daß Lehrkräfte herangebildet werden sollen, die Gefahr eines Primats der Eigenbrötelei. Von solchen Lehrkräften ausgebildete Krankenpflegeschüler brauchten m.E. eine andere als die reale berufliche Wirklichkeit, wenn sie eine Chance haben sollen, in ihrem Beruf zurechtzukommen.« (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Familie, 1983).

Konzept und Zielrichtung des Modellstudienganges wurden klar erkannt. Die daraus gezogene Schlußfolgerung macht deutlich, was hinter den Widerständen steht. Wenn das Konzept einer theoretisch eigenständigen, patienten- und personalorientierten Pflege Eingang findet in die Ausbildungspraxis, wird sich notwendig auch die Pflegepraxis verändern. Das Verhältnis zur Medizin, zu anderen Wissenschaften und zum Betrieb Krankenhaus wird davon nicht unberührt bleiben. Die Tage des pflegeleichten, dem Arzt assistierenden, sich für alles zuständig fühlenden, bis zum Umfallen schuftenden und die eigene materielle und psychosoziale Situation ignorierenden Pflegepersonals wären gezählt.

Die rot-grüne Koalition in Berlin und die den Hochschulen zusätzlich zur Verfügung gestellten Mittel haben Bedingungen geschaffen, die

einem erneuten Versuch, den Studiengang zu institutionalisieren, zumindest eine Chance versprechen.

Im Zusammenhang mit der Vorbereitung eines entsprechenden Antrages an die zuständigen Gremien der FUB entstand ein Papier, in dem die Begründung für einen solchen Studiengang zusammengefaßt wurde. Das Papier bildet die Grundlage für diesen Artikel.

1. Notwendigkeit einer Verwissenschaftlichung der Pflege

Krankenpflege gilt in der Bundesrepublik als praktischer Beruf. Die dreijährige Ausbildung ist in einem eigenen Gesetz geregelt. Dabei ist nicht die Tätigkeit, die Pflege des kranken oder pflegebedürftigen Menschen, gesetzlich geschützt, sondern nur die Berufsbezeichnung »Krankenschwester/-pfleger«. Die Bezugswissenschaft ist bisher die Medizin.

Für die Einrichtung eines Studienganges im Zusammenhang mit der Pflege stellt sich daher die Frage nach der Notwendigkeit der Akademisierung der Pflege.

Ein Hauptgrund liegt in den gesellschaftlichen Veränderungen der letzten Jahrzehnte. Im 19. Jahrhundert ist die Krankenpflegeausbildung als medizinische Assistenz Tätigkeit angelegt worden, wobei sich die Medizin zunehmend als Naturwissenschaft verstand. Seit dieser Zeit haben erhebliche demographische und soziale Veränderungen stattgefunden, deren Hauptmerkmale die Verstärkung und die Auflösung der festen familiären Sozialstrukturen sind. Mit der Zunahme der Lebenserwartung und der Häufung von chronischen Krankheiten, besonders im Alter, führte dies zu einem enormen Zuwachs an Pflegeaufgaben. Diese Aufgaben liegen verstärkt im Bereich der psychosozialen Betreuung der Patienten, der Rehabilitation, der Gesundheitsvorsorge und -beratung.

Diese Aufgaben lassen sich schon längst nicht mehr mit dem caritativen Versorgungsmodell der Pflege lösen, ebenso wenig wie mit dem medizinischen Assistenzmodell. Vielmehr braucht Pflegepersonal zusätzlich ein fundiertes pflegetheoretisches, aber auch pädagogisches, psychologisches und soziologisches Wissen, um besonders im Kommunikations- und Interaktionsbereich selbständig und zielgerichtet Menschen betreuen zu können. Um diesen Aufgaben gerecht werden zu können, muß Krankenpflege letztlich ein gleichberechtigter, entscheidungsbefugter Partner innerhalb der Gesundheitsberufe sein, denn pflegerische Betreuungsaufgaben lassen sich nicht unter medizinische Tätigkeiten subsumieren. Eine Professionalisierung kann nur aufgrund

einer Verwissenschaftlichung der Pflege erreicht werden, wie sie in zahlreichen Ländern längst praktiziert wird.

Ein weiterer Grund für eine notwendige wissenschaftliche Basis der Pflege liegt in den erhöhten Anforderungen an die Pflege durch die technologische Medizin.

Der Pflege sind dabei zahlreiche Aufgaben zugewachsen, die im Gefolge dieser Technisierung vor allem der Krankenhäuser entstanden sind: Managementaufgaben, Verwaltungstätigkeiten und der Umgang mit hochkomplizierter Technik. Eine hochtechnisierte Medizin und sozial isolierte Patienten erfordern ein fachlich-technisch wie psychosozial-betreuerisch qualifiziertes Personal. Die Begleitung und Betreuung eines psychisch Kranken, eines Leukämiepatienten mit Zytostatikatherapie, eines AIDS-Kranken oder eines polymorbiden, alleinstehenden alten Menschen zu Hause sind keine Aufgaben, die ohne pflegerische Konzepte auf wissenschaftlicher Grundlage bewältigt werden können.

Diese Konzepte sind auch für eine an den Bedürfnissen des kranken Menschen orientierte Kritik der Medizintechnik erforderlich. Längst nicht jede neue OP-Technik, die im naturwissenschaftlichen Sinne einen Fortschritt der Medizin darstellt, trifft die individuellen Bedürfnisse eines kranken Menschen. Eine ganzheitliche Sicht der Lebenssituation eines Patienten erfordert mehr als die Diagnose eines erkrankten Organs. In diesem Feld liegen wichtige Aufgaben der Pflege.

Und als drittes Argument: Seit Jahren verstärkt sich wieder einmal der Gegensatz zwischen den ständig wachsenden Anforderungen an die Pflegekräfte und den fehlenden Möglichkeiten, diesen Anforderungen gerecht zu werden. Aufgrund dieses Widerspruchs steigt die Berufsunzufriedenheit bei den Pflegenden. Hohe Fluktuation, schlechtes Arbeitsklima und Abwanderung gerade der qualifizierten Pflegenden in andere Berufe und berufsfremde Studiengänge führen zu einem Teufelskreis, der sich in Demotivierung der Pflegenden und mangelnder Qualität in der Ausübung des Berufs bemerkbar machen.

Der aktuelle Pflegenotstand ist nicht der erste in der Geschichte des Berufs. Vielmehr treten die Krisen der Pflege geradezu zyklisch auf (Seidler 1966). Die Pflege hat schon lange unter ihrer mangelnden Professionalität zu leiden, die ihr bisher gerade als Frauenberuf verweigert wurde (Bischoff 1984). Zu 85 % von Frauen ausgeübt, ist die Eingliederung der Pflege in den Hochschulbereich darüberhinaus ein konkreter Schritt der Frauenförderung.

Es ist nun eine wohlbekannte Erkenntnis der Berufssoziologie, daß

eine höherqualifizierte Ausbildung und Bildung in Verbindung mit einem eigenverantwortlichen Aufgabenbereich die Motivation und Berufszufriedenheit deutlich erhöht. Pflegenotstand ist auch ein Bildungsnotstand und eine Verwissenschaftlichung der Pflege ist ein Mittel zur langfristigen Behebung der krisenzyklisch auftretenden Notstandssituationen. Qualifizierte Pflegekräfte, die heute ein Studium der Medizin oder der Sozialwissenschaften aufnehmen, tun dies mangels pflegebezogener Studienangebote.

Das langfristige Ziel einer Reform muß es daher sein, das Fach Pflege an den Universitäten zu installieren, um die Möglichkeit zu Pflegewissenschaft und Pflegeforschung zu eröffnen. Diese Möglichkeit ist in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern längst gegeben und hat dort zu einer Weiterentwicklung der Pflegetheorien und zu professionellem, gleichberechtigtem beruflichen Handeln der qualifizierten Pflegekräfte im Team der Gesundheitsberufe geführt.

Daß diese Zusammenhänge heute in der Bundesrepublik, auch auf der politischen Ebene erkannt sind, davon zeugen die Bestrebungen in fast allen Bundesländern, Aus- und Weiterbildungsgänge für Pflegende an Fachhochschulen und Universitäten einzurichten.

2. *Ansatz bei der Lehrerbildung*

Kurzfristig wird als erste Maßnahme die Einrichtung des Studienganges für Pflegelehrkräfte an der FU Berlin angestrebt. Dies soll in einer Weiterentwicklung des Modellversuchs von 1978-1982 unter Einbeziehung der Evaluationsergebnisse und Gutachten geschehen.

Bei der Lehrerbildung anzusetzen erscheint angesichts der strukturellen und personellen Schwierigkeiten eines gänzlich neuen Faches an der Universität aus zwei Gründen besonders geeignet. Erstens sind durch die Vorarbeiten des Modellversuchs die wesentlichen konzeptionellen und curricularen Arbeiten geleistet. Zweitens, und das ist der Grund, der seinerzeit auch zur Durchführung des Modellversuchs geführt hat, ist Lehrkräftequalifizierung ein dringendes Problem in der Pflege. Da die Ausbildung nur so gut sein kann wie die Ausbilder, mit der Qualität der Ausbildung aber die Zukunft des Berufes steht oder fällt, ist es dringend notwendig, mit Reformen an der Schnittstelle von Theorie und Praxis, also an den Ausbildungsstätten anzusetzen. Überdies ist dort der Multiplikationseffekt für die neuen beruflichen Grundlagen am größten, da der Ansatz bei den institutionalisierten Orten des Lernens, den Krankenpflegesschulen, schneller greifen kann als die

ebenfalls zu leistende Neuorganisation der Fort- und Weiterbildung für alle stationär und ambulant arbeitenden Pflegekräfte.

In einem universitären Vollzeitstudium ausgebildete Lehrkräfte können im Gegensatz zu den herkömmlich weitergebildeten Unterrichtsschwestern/-pflegern Motor für diese und andere notwendigen Strukturreformen in der Pflege sein.

Im übrigen ist grundsätzlich nicht einzusehen, warum LehrerInnen in der Pflege mit einer ein- bis zweijährigen Weiterbildung auskommen sollen, die sie zudem selbst bezahlen müssen, während es für jeden anderen Beruf eine akademische Lehrerqualifikation gibt, die staatlich kontrolliert und gefördert ist. Die LehrerInnen der Pflege müssen bereits heute eine fachliche und pädagogische Lehrtätigkeit im vollen Sinne leisten, ohne daß sie das nötige wissenschaftliche Rüstzeug dafür vermittelt bekommen.

3. Die Defizite der jetzigen Krankenpflegeausbildung

Die Problematik läßt sich am besten beschreiben, wenn man von der aktuellen Ausbildungsform in den Krankenpflegesschulen ausgeht. Das Hauptproblem der theoretischen Ausbildung ist die Orientierung am Leitbild der Medizin, die seit dem letzten Jahrhundert ungebrochen besteht (Käppeli 1988, S. 20ff; Dittrich 1987, S. 281ff).

Dem stehen die Pflege-theorien gegenüber, die seit 20 Jahren und mehr entschieden von der Eigenständigkeit des Pflegeberufs ausgehen. Die postulierte Eigenständigkeit der pflegerischen Inhalte schlägt sich in Aufbau und Gestaltung des Unterrichts nicht nieder. Der Unterricht der ärztlichen DozentInnen in den medizinischen Fächern und anderer akademischer DozentenInnen in Fächern wie Physik, Chemie, aber auch Psychologie, Soziologie und Pädagogik steht im Mittelpunkt der Ausbildung.

Der Dozentenunterricht steht in den verschiedenen Fächern beziehungslos nebeneinander. Die Synthese dieser schwierigen Inhalte wird von den PflegeschülerInnen erwartet, die damit überfordert sind. Der Unterricht in Krankenpflege kann diese Synthese ebenfalls nicht leisten, die darin bestehen müßte, die verschiedenen Wissensgebiete in ein theoretisches Konzept der Pflege zu integrieren. Im Krankenpflegeunterricht wird hingegen oft die Assistenz-tätigkeit zum medizinischen Handeln betont, so daß der Unterricht auf dem Niveau von Handlungsanweisungen für die praktische Tätigkeit stehen bleibt (waschen, betten, pulsen, OP vorbereiten ...), während die Ebene der Pflege-theorie (Patientenorientierung in geplanter Pflege aufgrund eines Konzeptes)

selten erreicht wird. Die notwendige Folge einer theoretischen Eigenständigkeit der Pflege ist aber, daß die medizinischen und anderen Grundlagenfächer als Hilfsdisziplinen für das Fach Krankenpflege fungieren müssen, das selbst im Mittelpunkt der Ausbildung zu stehen hat, um diese pflege- und patientenorientiert und nicht nur krankheitslehreorientiert gestalten zu können (Dittrich 1987, S. 284).

4. Defizite der jetzigen LehrerInnenqualifikation

Diese Neuorientierung ist umso dringlicher geworden, seit mit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes 1985 als Ausbildungsziel unter anderem die »sach- und fachkundige, umfassende, geplante Pflege des Patienten« gefordert ist (§ 4 (1) 1). Dieses Ausbildungsziel ist mit dem dozentenorientierten Ausbildungsmodell nicht zu erreichen, da dieses nichts zu einem genuinen Pflegeverständnis beitragen kann. Die LehrerInnen für Krankenpflege sind überfordert, wenn ihrem Fach allein die Erreichung dieses Ausbildungszieles übertragen wird.

In der Berufsgruppe der Unterrichtsschwestern und -pfleger hat gerade nach dieser Gesetzesnovelle ein Umdenken über ihre Aufgaben stattgefunden. Die Arbeitsgemeinschaft der Unterrichtsschwestern und Unterrichtspfleger in Berlin e.V. (AG USUP) hat 1987 einen Arbeitskreis unter Leitung des Erziehungswissenschaftlers Prof. Dr. T. Rülcker eingerichtet, der den Auftrag hat, ein wissenschaftlich fundiertes Curriculum zu erstellen, das eine Pflege- und Patientenorientierung des Unterrichts ermöglichen soll. Die AG USUP stellt sich damit hinter die Forderung nach einer wissenschaftlichen Lehrerqualifizierung. (Ein Beschluß der Bundesarbeitsgemeinschaft ist in Vorbereitung).

Die bisherige Ausbildung der Lehrkräfte in der Krankenpflege wiederholt spiegelbildlich die Situation an den Krankenpflegeschulen. Die Konzeption herkömmlicher Weiterbildungslehrgänge geht vielfach von Struktur und Inhalten der Krankenpflegeausbildung aus: die Vielzahl der Fächer nach der Ausbildungs- und Prüfungsordnung wird von einer ebenso großen Zahl von DozentInnen — die Mehrzahl davon nebenberuflich tätig — ohne Bezug zueinander unterrichtet. Damit ist eine Pflege- und Patientenorientierung schlechterdings nicht gegeben.

Schlüsselt man diesen Anspruch nach Pflege- und Patientenorientierung auf in Kenntnisse und Fähigkeiten, die eine Unterrichtsschwester erwerben muß, damit über die Auszubildenden eine Umsetzung des Anspruchs in Gang kommt, ergeben sich folgende Mängel an der Weiterbildung:

- Kenntnisse über und Weiterentwicklung von Theorien und Konzepten der Pflege;
 - Fertigkeiten wissenschaftlichen Arbeitens (Bedingung z.B. für den Umgang mit dem Pflegeprozeß und seinen einzelnen Schritten);
 - Fähigkeiten, pflegerelevante Fragestellungen an die beteiligten Wissenschaften zu stellen und sie einer Lösung zuzuführen (z.B. gesellschaftliche Bedingungen der Pflege, Pflege als Frauenberuf, Krankheitsverständnis der Pflegenden);
 - Fertigkeiten und Fähigkeiten, Unterricht entsprechend dem Anspruch zu planen und durchzuführen; d.h. auch ganzheitliche Curricula für spezifische Teilgebiete entwickeln zu können.
- (Botschafter, Bischoff, Schagen 1982)

5. *Hauptaufgaben einer Neuorientierung der LehrerInnenqualifikation durch den geplanten Studiengang*

Die festgestellten Defizite können nur durch eine wissenschaftliche Lehrerausbildung behoben werden. Ein akademisches Vollzeitstudium von acht Semestern würde außerdem die Angleichung an die Berufsschullehrerqualifikation herstellen. Mit dem Studiengang sind die folgenden Ziele verbunden:

Systematische fachliche und pädagogische Qualifizierung der Lehrkräfte. — Dadurch soll eine Erweiterung der Lehrtätigkeit auf Gebiete, die heute nebenamtliche Dozenten ausüben, erreicht werden. Dies ist nötig, um die Unterrichtsinhalte pflegebezogen integriert anbieten zu können. Um diese Integrierung der Inhalte zu erreichen, muß eine Pflegewissenschaft entwickelt und Pflegeforschung initiiert und durchgeführt werden.

Verringerung des Theorie-Praxis-Gefälles in der Pflege. — Mit der Koordinierung des theoretischen und praktischen Unterrichts mit der praktischen Ausbildung durch die Lehrkräfte und ihrer Beteiligung an der Unterweisung und beruflichen Ausbildung der Auszubildenden (Europäisches Übereinkommen, 1972) ist perspektivisch die Gewähr gegeben, die Schere zwischen theoretischer Ausbildung und Pflegepraxis zu verringern bzw. zu schließen. Die klinische Anleitung steht bisher in der Verantwortung der Stationsleitungen, die aber mit Routine- und Verwaltungsarbeiten mehr als ausgelastet sind, so daß hier erhebliche Defizite bestehen. Ähnliches gilt für den bislang vernachlässigten Bereich der ambulanten Pflege, für den spezifische Pflegekonzepte erst noch zu erstellen sind.

Weiterhin sollen die pflegetheoretischen Ansätze und Ergebnisse der internationalen Pflegeforschung in die Lehre umgesetzt werden. Dies dient einer Neuorientierung der Aus- und Fortbildung an einem humanistischen, ganzheitlichen Modell von Pflege. Langfristig soll dadurch eine Verbesserung der Pflegepraxis erreicht werden.

Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes. — Mit der Eröffnung von Perspektiven der pflegerischen Arbeit durch Pflegemodelle, Pflegeforschung u.ä. und mit den Aufstiegsmöglichkeiten für Pflegekräfte soll über eine verbesserte Berufsmotivation eine Senkung der überhohen Fluktuation im Pflegeberuf erreicht werden.

6. Inhalte des geplanten Studienganges

Die Ergebnisse und Erfahrungen des Modellversuchs lassen sich im wesentlichen in drei Punkten zusammenfassen, an die mit geringen Veränderungen angeknüpft werden kann:

- Krankenpflege muß als eigenständiges Fach begriffen werden, das andere Disziplinen im Sinne von Hilfs- oder Grundlagenwissenschaften benötigt und benutzt.
- Die grundlegende Orientierung der Pflege ist nicht der kurativ-naturwissenschaftliche Ansatz der Medizin, sondern die Patientenorientierung, die von den Grundbedürfnissen des Patienten her die Pflege prozeßhaft plant.
- Um die Situation der beruflichen Pflege zu verbessern, ist es unabdingbar, die materiellen und psychosozialen Bedürfnisse des Pflegepersonals zu berücksichtigen, ohne die eine patientenorientierte Pflege nicht umsetzbar ist.

(Botschafter, Bischoff, Schagen, 1982, S. 12/13).

Die Ausarbeitungen des Modellversuchs beinhalten einen ausführlichen »Themenkatalog Krankenpflege«, bestehend aus den beiden Teilen »Krankenpflege in ihren Bezugssystemen«, die die berufliche und gesellschaftliche Situation der Pflegenden bearbeitet und »Die 21 Pflegeprobleme«.

Die pflegetheoretischen Grundlagen bei der Erarbeitung des Curriculum für den Modellstudiengang bildeten zunächst der Ansatz von V. Henderson (1969), von den menschlichen Grundbedürfnissen her, pflegerisches Handeln zu bestimmen und das Konzept der Patientenorientierung von Abdellah et al (1973).

Die Auseinandersetzung mit beiden Konzepten erfolgte in bezug auf die formulierten Ziele des Modellstudienganges: Entwicklung der Pflege als eigenständiges Fach (Professionalisierung), Infragestellen

der bisherigen Ableitung pflegerischen Handelns allein aus der Medizin (Assistenzmodell) und Entwicklung eines neuen beruflichen Selbstverständnisses (Überwindung der Vorstellung von Pflege als caritatives Fürsorgemodell).

Bei der Frage, was können beide o.g. pflegetheoretischen Konzepte zur Erreichung des Ziels beitragen, wurde ihre Unzulänglichkeit schnell deutlich. Das entscheidende Defizit beider Theorien liegt darin, daß von denen, die pflegen, offensichtlich völlig abstrahiert wird; sie existieren nicht, jedenfalls nicht als selbständig handelnde Subjekte mit den — jedem berufstätigen Menschen eigenen — Bedürfnissen. Die Umsetzung wie auch immer ausgestalteter patientenorientierter Pflege-Modelle sind zum Scheitern verurteilt, werden die Bedürfnisse der Pflegenden nicht von vorneherein gleichberechtigt mit einbezogen. Ein neues berufliches Selbstverständnis läßt sich nicht entwickeln, finden die Bedingungen der Arbeit und die Forderung nach Verbesserung keinen Eingang in Lehre und Forschung, in Aus- und Weiterbildung.

Es wurde versucht die Ansätze in diese Richtung weiterzuentwickeln.

Es hat in den Jahren nach Abschluß des Modellversuchs eine Weiterentwicklung der pflegetheoretischen Ansätze in bezug auf die Pflegeprobleme gegeben, während der Ansatz der Eigenständigkeit der Pflege beibehalten wird. Die Positionen des Modellversuchs zu dem Zusammenhang von Patienten- und Personalorientierung sind dagegen nach wie vor innovativ, sie werden von den pflegetheoretischen Ansätzen auch heute nicht berücksichtigt. Gleichwohl nimmt die Literatur zu den Phänomenen dieses Komplexes zu (Burisch 1987).

Abdellahs Konzeption der Pflege, die in der Darstellung von Pflegeproblemen besteht und diese in biologisch-medizinische und sozialwissenschaftliche Aspekte unterteilt, entspricht ihrer Definition von Pflegewissenschaft: »Nursing science is defined as a body of cumulative scientific knowledge that is drawn from the physical, biologic and behavioral science, and that, by the process of synthetization, becomes uniquely nursing.« (Abdellah 1973, S. 22).

Demgegenüber sehen viele Theoretikerinnen der Pflege die Eigenständigkeit der Pflege schon in ihrem Gegenstandsbereich, den menschlichen Grundbedürfnissen, und einer eigenständigen Konzeption dieses Bereichs, die nicht erst durch Synthese aus anderen Wissenschaften entsteht. Orem (1985) definiert Pflege beispielsweise von den Selbstpflegefähigkeiten des Menschen her und kommt auf diesem Weg zu einem eigenständigen theoretischen Ansatz, der »Selbstpflege-Defizit-Theorie«.

Für sich genommen kann keiner der bestehenden theoretischen Ansätze alle Phänomene der Pflege erklären, so daß für eine Begründung

des Studienganges, für sein inhaltliches Konzept, von einer Kombination mehrerer Ansätze auszugehen ist.

Für die Anwendung einer Konzeption der Pflege im Planungsinstrument des Pflegeprozesses heißt dies, daß die Erarbeitung von Pflegezielen anhand der festgestellten Pflegeprobleme von einem Konzept der Pflege geleitet sein muß. Ebenso ist Pflegeforschung ohne eine eigenständige Konzeption von Pflege nicht möglich.

7. *Zum internationalen Forschungsstand theoretischer Konzepte in der Pflege (Pflegetheorien)*

Die Entwicklung der Pflegetheorien ist gekennzeichnet durch die lebhafteste Diskussion der letzten 20 Jahre über die patientenorientierte Pflege, die in den USA begonnen hat, aber zunehmend auch die Diskussion in der Bundesrepublik bestimmt (Marriner 1986; Wanner 1987; Kaufmann 1988; Steppe 1989; Aggleton u.a. 1989).

Die deutsche Pflegeforschung selbst ist wenig entwickelt, ihre Ergebnisse finden sich meist verstreut als kurze Beiträge in Fachzeitschriften und haben von daher wenig Einfluß auf die berufliche Praxis. Im Jahre 1988 ist das erste eigenständige, d.h. professionelle und nur von Pflegekräften durchgeführte Pflegeforschungsprojekt in der BRD in die Förderung der Bundesregierung aufgenommen worden (BMJFFG 1989, S. 6).

In einem Diskussionspapier der WHO-Europa 1987 wird der Diskussionsstand für die BRD richtig gekennzeichnet: über die Hauptthemen des theoretischen Rahmens besteht weitgehend Einigkeit, die Ausfüllung dieses Rahmens durch Pflegeforschung hingegen ist so gut wie nicht geleistet. Die Hauptthemen der Pflegetheorien sind:

- Die Betreuung der Grundbedürfnisse des Menschen in seinen Aktivitäten des täglichen Lebens als Hauptaufgabe der Pflege (Henderson 1969, Roper 1987, Juchli 1987);
- die Interaktion der Pflegenden mit dem Patienten; Pflege vor allem als Beziehungsprozeß (King, Orlando, Peplau, s. u.a. bei Marriner 1986);
- die Neuorientierung der Pflege, die sich nicht länger am Stationsablauf im Krankenhaus, sondern an den Bedürfnissen des Patienten orientieren soll. Dies soll mit den Planungsmitteln des Pflegeprozesses erreicht werden, der vor allem Elemente aus der Kybernetik und der Informationstheorie enthält und zur wissenschaftlichen Einschätzung von Handlungen dient (Abdellah et al. 1960 und 1973; Yura, Walsh 1967);

— die Selbständigkeit und die Verantwortlichkeit, d.h. die Professionalität des Pflegeberufs, der sich aus der Rolle des caritativen Versorgungsdienstes lösen muß (Ostner 1979, Bischoff 1984).

Im Ausbildungsbereich hat sich das Konzept der patientenorientierten Pflege in Verbindung mit dem Ansatz bei den menschlichen Grundbedürfnissen zumindest für den theoretischen Unterricht durchgesetzt. Dies zeigt sich im Lehrbuch von L. Juchli, dem Standardwerk für Krankenpflege im deutschsprachigen Raum, in dem dieses Konzept in den letzten Auflagen immer stärkere Berücksichtigung findet (Juchli 1979ff.).

In Europa ist das aus den USA kommende Konzept, von den Grundbedürfnissen auszugehen, am weitesten verbreitet (Henderson 1969; Marriner 1986). Dieser Ansatz wurde von der britischen Lehrbuchautorin Nancy Roper (1987) weiterentwickelt, deren Arbeit nun auch in deutscher Übersetzung vorliegt.

Die pflegerelevanten Grundbedürfnisse sind von der o.g. Schweizer Autorin Liliane Juchli (1987) mit der Bedürfnispyramide der Humanpsychologie nach Maslow in Beziehung gesetzt worden.

Der Nachteil des Ansatzes von Virginia Henderson liegt darin, daß den Pflegenden »milder Paternalismus« im Umgang mit den Patienten nahegelegt wird: der Interaktionsaspekt wird hauptsächlich unter dem Fürsorgegedanken gesehen. Ganz deutlich wird dies bei Vera Tschudin (1986 und 1988), die Pflege als »Caring Relationship« definiert, also vom Pflegenden her denkt.

Dieser Gefahr des Paternalismus begegnet die amerikanische Theoretikerin Dorothea Orem mit ihrer »Selbstpflegedefizit-Theorie«, die vom gesunden Menschen und seinen Selbstpflegefähigkeiten aus denkt. Die Pflege tritt mit ihren verschiedenen Pflegesystemen (Substitution, Assistenz, Edukation u.a.) erst bei Defiziten der Selbstpflegefähigkeit durch Krankheit, Alter, Behinderung o.ä. auf den Plan (Orem 1985).

Andererseits gibt es zahlreiche amerikanische Pflegeetheoretikerinnen, die den Interaktionsaspekt der Pflege betonen, wenn sie Pflege als Beziehungsprozeß darstellen (King, Orlando, Peplau, s.u.a. bei Marriner 1986). In der Tat gibt es bei jeder Pflegehandlung die Funktionsebene (z.B. einem Patienten zu trinken geben) und die Interaktionsebene (den Patienten ansprechen, ihm Mut machen, ihm zeigen, daß es sich für ihn lohnt, gesund zu werden, usw.). Ohne diese Interaktionsebene wäre jede Pflegehandlung eine bloße Versorgung im Gegensatz zu einer zielgerichteten und patientenorientierten Pflege. Es gibt viele Bereiche, in denen der Interaktionsaspekt der Pflege überwiegt, wie in der Gesundheitserziehung oder bei der Pflege psychisch Kranker.

Darüber hinaus ist Kommunikation selbst schon als Grundbedürfnis ausgewiesen (Henderson). Jedoch birgt ein einseitiger Ansatz bei der Interaktion die Gefahr in sich, die anderen Grundbedürfnisse aus den Augen zu verlieren. Der Interaktionsaspekt läßt sich in den Rahmen der Grundbedürfnistheorie einarbeiten, ohne daß hier ein Bruch entstünde.

Dasselbe gilt für die Arbeit der Theoretikerinnen, die vom Ergebnis der Pflege beim Patienten ausgehen (Johnson, Roy, Rogers u.a.). Ihr Konzept der bestmöglichen Adaption des Patienten an seine durch Krankheit hervorgerufenen Beeinträchtigungen läßt sich auf kreative Weise mit dem Grundbedürfniskonzept verbinden, wie dies im Planungsmodell des Pflegeprozesses weitgehend geschehen ist. Daran zeigt sich die hohe Integrationskraft des Planungs- und Einschätzungsinstrumentes »Pflegeprozeß« für die Pflege-theorien.

Dies kann man an einer »Arbeitsdefinition« von Pflege illustrieren, wie sie von der Kanadierin Marion McGee 1975 gegeben wurde:

»Nursing is a process of nurse-patient interaction that stems from the assessment of a patient's needs and levels of functioning and that is designed to optimize the patient's adaptability through modification and/or reinforcement of the environment, of behavior, and biological care and maintenance. The process can be accomplished through the use of nursing care strategies in appropriate measure.« (Carmi, Schneider 1985, S. 30).

8. *Wo sollte Pflege als wissenschaftliches Fach angesiedelt werden?*

Mit der Zuordnung des beantragten Studienganges werden wichtige Grundentscheidungen über die Zielsetzung der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung getroffen. Es geht letztlich um die Frage, ob Pflege eine soziale Handlung ist, deren Bezugswissenschaft die Sozialwissenschaften wären, oder ob Pflege eine Subspezies des medizinischen Handelns in Diagnostik und Therapie ist, deren Bezugswissenschaft die Medizin sein müßte. Um diese Frage zu entscheiden, ist ein kurzer Blick auf das Selbstverständnis von Pflege, bzw. Medizin vonnöten.

Die Medizin als Wissenschaft definiert sich heute vornehmlich über die empirische Methodik der modernen Naturwissenschaften. Das heißt, daß ihre Forschungsergebnisse in Diagnostik und Therapie meßbar und im Experiment wiederholbar oder zumindest in kontrollierten Erfolgsbeobachtungen von Behandlungen nachvollziehbar sein müssen. Dies geschieht z.B. in den randomisierten Doppelblindstudien zur Wirkung von neuen Medikamenten oder in der Langzeitbeobachtung

von operierten Patienten, z.B. Transplantatempfängern oder prothetisch versorgten Patienten.

Ziel der Erkenntnis sind allgemeine Regeln über Krankheiten, es geht nicht um den einzelnen Menschen. Dabei ist unbestritten, daß die Behandlung dem einzelnen Patienten zugute kommen soll, methodologisch ist das jedoch für medizinische Wissenschaft und Forschung irrelevant. In der Anwendung medizinischen Wissens geht es für den Arzt jedoch darum, in einem konkreten Einzelfall zur Heilung eines bestimmten Patienten beizutragen. Dabei ist das Ziel der Erkenntnis nicht mehr die allgemeine Regel (Tuberkulose ist eine bakterielle Infektionskrankheit, als Beispiel), sondern der Zustand des Patienten (Welche Maßnahme hilft Herrn Maier, wenn er außer einer Tbc noch andere gesundheitliche Probleme hat, bei denen ein längerer Krankenhausaufenthalt schädlich wäre). Hier zeigt sich, daß die Zuordnung der Medizin zu den Naturwissenschaften nicht bruchlos möglich ist. Für die naturwissenschaftliche Denkungsweise ist der Mensch ein biologisch funktionierender und gelegentlich reparaturbedürftiger Organismus. Diese Betrachtungsweise reicht für den Arzt als Praktiker nicht aus. Er muß den einzelnen Menschen in den Blick bekommen. Die Medizin hat einen Doppelcharakter von theoretisch-naturwissenschaftlicher Wissenschaft und praktisch-handelnder Wissenschaft (Wieland 1975).

Mit der fortschreitenden Technisierung der Medizin ist die naturwissenschaftliche Denkungsweise immer mehr in den Vordergrund gerückt, da die Technik überragende Möglichkeiten zur kausalen Behandlung von Krankheiten versprach. Dieser Optimismus hat sich nicht in der erwünschten Weise bestätigt: Spitzentechnologie in der Medizin führt nicht zur besseren Gesundheit und höheren Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung (Abholz 1981). Kritiker der Fixierung auf die naturwissenschaftliche Methodik in der Medizin wie der bekannte Psychosomatiker von Uexküll betonen sowohl eine ganzheitliche Auffassung vom Menschen, die die individuelle und soziale Wirklichkeit einschließt, als auch den Handlungscharakter der Medizin, wobei es darum geht, mit dem Patienten eine gemeinsame Wirklichkeit aufzubauen (von Uexküll, Wesiack 1988).

Ziel des medizinischen Handelns bleibt jedoch immer die Erkenntnis über Krankheiten und ihre möglichst kausale Behandlung.

Die Pflege des Kranken oder aus anderen Gründen pflegebedürftigen Menschen hat demgegenüber ein anderes Ziel. Es geht darum, dem einzelnen kranken Menschen bei der Wiedergewinnung seiner Unabhängigkeit zu helfen. Dies kann entweder durch Hilfe bei der Wieder-

gesundheit des Patienten geschehen — und hier liegt der Bereich der Zusammenarbeit mit der Medizin — oder durch Hilfe bei der Bewältigung der Folgen einer Krankheit. Wenn das alles nicht mehr möglich ist, besteht die Aufgabe der Pflege darin, dem Kranken einen friedlichen und würdigen Tod zu ermöglichen. Die Pflege sieht den kranken Menschen nicht in erster Linie als behandlungsbedürftiges Wesen, sondern als ein denkendes, fühlendes, sozial handelndes Wesen, das in seinen Fähigkeiten eingeschränkt ist, und dem die Pflege helfen muß, diese Einschränkungen zu überwinden oder zu lernen, sie in seine Lebensbewältigungsstrategien zu integrieren.

Das spezifische Wissen der Pflege ergibt sich aus der Betreuung der Grundbedürfnisse, bei der die Pflege eine wichtige Vermittlerrolle zu anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, aber gleichermaßen auch zu anderen Bezugsgruppen des Patienten hat, wie Verwandten, Freunden, Arbeitskollegen usw. Dabei spielen neben technischen und spezifisch therapeutischen viele vorbeugende und gesundheitserzieherische Maßnahmen eine Rolle. Dazu braucht die Pflege neben medizinischem Wissen viel Wissen aus der Psychologie, der Pädagogik, der Soziologie, Wissen aus der Seelsorge, usw.

Die Pflege braucht aber vor allem pflegespezifisches Wissen, über das sie sich in theoretischen Konzepten Klarheit verschaffen muß und das sie in der Praxis weiter erforschen muß. Die Pflegeforscherin Ruth Schröck, die in Edinburgh Professorin für Krankenpflege war und jetzt an der Fachhochschule Osnabrück lehrt, kommt nach einer Darstellung der Aufgaben der Pflege zu folgendem Schluß: »Aus der hier vorgelegten Konzeption der Pflege des kranken Menschen wird jedoch auch deutlich, daß die Essenz der Pflege zwischenmenschliche Verbindungen und Handlungen sind, deren Erforschung methodologische Probleme aufwirft, die allen Sozialwissenschaften eigen sind.« (Schröck 1988, S. 87).

Methodische Entscheidungen der Medizin haben auch in der Vergangenheit immer wieder Auswirkungen auf das Verhältnis verwandter Fächer zu ihr gehabt. So hat sich die Psychologie spätestens seit der Psychoanalyse von Freud, Adler, Jung, Reich und anderen von einer Medizin wegbewegt, die sich auf die naturwissenschaftlich-technische Sichtweise des Menschen festgelegt hatte. Dies hat sich dann auch in der Etablierung der Psychologie als eigenem Fach an der Universität ausgedrückt.

Die quantitativ-messende Methode der modernen empirischen Naturwissenschaften ist an der Materie orientiert. Im Falle der Medizin bedeutet dies die Orientierung am Organ, Organsystem oder der Zelle.

Diese Methode ist nicht hinreichend geeignet für die Erklärung und Beeinflussung des menschlichen Verhaltens und des sozialen Handelns. Dazu müssen die Methoden der Sozialwissenschaften herangezogen werden, die das menschliche Handeln, die Interaktion und Kommunikation sowie die Bewertung von Lebenserfahrungen und Lebensereignissen in den Blick bekommen. Das können sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsansätze sein, die mit den Mitteln des Interviews, der teilnehmenden Beobachtung, der Befragung arbeiten und so zur Interpretation des Pflegehandelns kommen. Dies kann zur Erarbeitung und Verbesserung von theoretischen Konzepten in der Pflege führen.

Um es nochmals zu betonen: die Grundlagenwissenschaften haben für Pflegewissenschaft und -forschung keine andere Funktion, als Erkenntnisse, Theorien und Methoden zur Lösung pflegerelevanter Probleme zur Verfügung zu stellen.

Mit der Einrichtung des ersten Pflegestudienganges an einer bundesrepublikanischen Universität stehen wir an der Freien Universität schon im Vorfeld mehrerer Probleme. In der Konsequenz dessen, was oben entwickelt wurde, müßte »Pflege« eine eigenständige Organisationseinheit, analog bestehender Fachbereiche oder Zentralinstitute bilden. Dies ist hochschulpolitisch zur Zeit jedoch nicht durchzusetzen. Noch verfügt die Pflege an der Universität nicht über die entsprechende Lobby. Wohin also mit ihr?

Die Mediziner, nach wie vor verhaftet in dem Modell von Pflege als medizinische Assistenz, machen sich für die Ansiedlung des Studienganges — wenn sie ihn schon nicht verhindern können — an einem medizinischen Fachbereich stark. Das hieße, daß alle Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Studiengang (z.B.: Ausstattung, Stellenbesetzungen, Studien- und Prüfungsordnung) von einer Mediziner Mehrheit getroffen werden würden.

Eine Ansiedlung bei den Sozialwissenschaften, die den Bedürfnissen und Vorstellungen der Pflege noch am ehesten entspräche, hat gegen den Widerstand der Mediziner keine Chance.

Die Lösung, die sich unter den gegebenen Bedingungen anbietet, ist die Bildung einer »Gemeinsamen Kommission« mit den Kompetenzen eines Fachbereiches aus der Medizin, den Sozialwissenschaften und den Erziehungswissenschaften.

9. Chancen einer endgültigen Durchsetzung des Studienganges

Die Bedingungen für einen universitären Pflegestudiengang haben sich seit Beendigung des Modellversuchs 1982 verändert. Die Ursachen für die immer wiederkehrenden Notstandssituationen in der Pflege in einem akuten Bildungsnotstand zu sehen, ist heute Konsens innerhalb des Berufsfeldes und der politisch Verantwortlichen. Alle Probleme des beruflichen Selbstverständnisses, der pflegerischen Praxis, der Ausbildung und der Weiterbildung lassen sich hieraus ableiten. Umgekehrt besteht zur Lösung der Probleme nur dann eine Chance, wenn am Bildungsnotstand angesetzt wird (Mischo-Kelling 1989; ÖTV-Berlin 1990).

Das Erkennen der Ursachen für die Mißstände in der Pflege heißt allerdings noch lange nicht, daß auch Abhilfe geschaffen wird. Ob die vorliegenden Vorschläge von Berufsverbänden und Gewerkschaften zu neuen Inhalten und Strukturen der Aus- und Weiterbildung in der Pflege insgesamt oder auch nur punktuell aufgegriffen werden, ist schwer abzuschätzen; ob die anstehende Vereinigung beider deutscher Staaten diese Prozesse — dies betrifft auch den Lehrerstudiengang an der FU — unterstützt oder ob die vorhandenen Gelder für »Wichtigeres« verwandt werden, dies müssen wir versuchen zu beeinflussen; hierbei wird hilfreich sein, daß an der Ostberliner Humboldt-Universität seit 1963 ein Studiengang zur Ausbildung von Lehrern der Pflege (Medizinpädagogik) existiert

Literaturverzeichnis

- Abdellah, F. et al., *Patient-centered Approaches to Nursing*, New York 1960
 Abdellah, F., *New Directions in Patient-centered Nursing*, New York 1973
 Abholz, H.-H., Überlegungen zur Tragfähigkeit medizinischer Konzepte bei der Behandlung volksgesundheitlich relevanter Erkrankungen, Vortragsreihe des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie, Wien 1981
 Aggleton, P., Chalmers, H., Pflegemodelle und Pflegeprozeß, in: *Deutsche Krankenpflegezeitschrift*, 5/1989, Beilage
 Bischoff, C., *Frauen in der Krankenpflege*, Frankfurt/Main 1984
 BMJFFG, *Forschung auf den Gebieten des Gesundheitswesens, der Familie und des Sozialwesens*: Krohwinkel, Agnes-Karll-Stiftung für Pflegeforschung Essen, »Der Pflegeprozeß bei Patienten mit der Diagnose Apoplektischer Insult«, Drucksache II/5241, S. 6, Deutscher Bundestag — II. Wahlperiode, 26. 9. 1989
 Botschafter, P., Bischoff, C., Schagen, U., *Entwicklung und Erprobung eines dreijährigen Studienganges für Lehrkräfte an Lehranstalten für Medizinalfachberufe — Lehrer/in für Kranken- und Kinderkrankenpflege (Diplom)*, Abschlußbericht, Freie Universität Berlin 1982

- Burisch, M., Das Burn-out-Syndrom, in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 10 1987, Beilage
- Carmi, A., Schneider, S., Nursing Law and Ethics, Berlin-Heidelberg 1985
- Dittrich, F., Krankenpflege am Scheideweg zwischen Sackgasse und neuen Wirkungsfeldern, in: Krankenpflege, 7/8 1987, S. 281ff
- Europäisches Übereinkommen über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern vom 13. Juni 1972, BGBl. II, S. 630
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz — KrPflG) vom 4. Juni 1985, BGBl. I, S. 893, geändert durch Verordnung vom 22. Mai 1986, BGBl. I, S. 833
- Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV), Bezirksverwaltung Berlin, Dokumentation der 1. Berliner Krankenpflegetage »Wege aus der Misere«, Berlin 1990
- Juchli, L., Krankenpflege, Stuttgart 19793, 19844, 19875
- Käppeli, S., Moralisches Handeln und berufliche Unabhängigkeit in der Krankenpflege, in: Pflege, Bd. 1 1988, Heft 1, S. 20ff
- Kaufmann, G., Amerikanische Pflege-theorien von 1955-1985, Entwicklungsstufen, Schulen, Ideenrichtungen, in: Krankenpflege 1/1988, S. 12-14
- Marriner, A., Nursing Theorists and Their Work, St. Louis, Toronto, Princeton 1986
- Mischo-Kelling, M., Über die Ausbildungssituation in der Krankenpflege — Entwicklungsmöglichkeiten vor dem Hintergrund der Situation auf dem Arbeitsmarkt und der Bevölkerung. Eine Untersuchung im Auftrag der Freien und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, unveröffentlichtes Manuskript, 1989
- Orem, D., Nursing: Concepts of Practice, New York 19853
- Ostner, I., Beruf und Hausarbeit — Die Arbeit der Frau in unserer Gesellschaft, Frankfurt/Main 1979
- Roper, N., et al., Die Elemente der Krankenpflege, Basel 1987
- Schröck, R., Forschung in der Krankenpflege: Methodologische Probleme, in: Pflege, Band 1/1988, Heft 2, S. 84ff
- Seidler, E., Geschichte der Pflege des kranken Menschen, Stuttgart 1966
- Steppe, H., Pflegetheorien und ihre Bedeutung für die Praxis, in: Die Schwester/Der Pfleger, 4/1989, S. 255ff
- Tschudin, V., Ethics in Nursing, the Caring Relationship, London 1986 — deutsch: Ethik in der Krankenpflege, Basel 1988
- Uexküll von, T., Wesiak, W., Theorie der Humanmedizin, München, Wien, Baltimore 1988
- Wanner, B., Lehrer zweiter Klasse? Historische Begründung und Perspektiven der Qualifizierung von Krankenpflegelehrkräften, Frankfurt/Main 1987
- Wieland, W., Diagnose-Überlegungen zur Medizintheorie, Berlin 1975
- Yura, H., Walsh, M. B., The Nursing Process-Assessing, Planning, Implementierung, Evaluation, Norwalk 1967