

Veröffentlichungsreihe des  
Instituts für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-4080

P98-101

**Pflegewissenschaft in Deutschland. Zum  
Entwicklungsstand einer neuen wissen-  
schaftlichen Disziplin**

Doris Schaeffer

Bielefeld, März 1998

Neudruck

Institut für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld (IPW)  
Universitätsstr. 25  
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880

Telefax: (0521) 106 - 6437

E-Mail: [ipw@uni-bielefeld.de](mailto:ipw@uni-bielefeld.de)

Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

## Vorbemerkung

Mit unerwarteter Schubkraft hat in der Bundesrepublik zu Beginn der 90er Jahre die Akademisierung der Pflege eingesetzt. Was bis dahin in Deutschland kaum erreichbar schien, entwickelte sich nunmehr überraschend plötzlich und mit hoher Expansionsdynamik. Um diese Entwicklung zahlenmäßig zu illustrieren, sei daran erinnert, daß zu Beginn der 90er Jahre erst ein einziger Pflegestudiengang existierte, heute hingegen um die vierzig. Der Ausbau der Pflegestudiengänge ist längst noch nicht abgeschlossen: An den Fachhochschulen sind weitere Gründungsaktivitäten zu verzeichnen, und an den Universitäten harren einige, wenngleich wenige Lehrstühle der Besetzung. Mittlerweile verlassen erste Absolventen die Hochschulen - Zeit für eine Standortbestimmung, um die weiteren Aufgaben bei dem Auf- und Ausbau von Pflegewissenschaft zu erörtern und auch, um sich einer Profilbestimmung des IPW zu nähern.

Eine solche Standortbestimmung hat sich auf mehreren Ebenen zu bewegen. Zunächst einmal ist zu fragen, wo wir in der *Pflegepraxis* stehen: Worin bestehen hier die drängenden Herausforderungen und Probleme, wie stellen sie sich im Verhältnis zum Stand der Akademisierung dar und welche Konsequenzen erwachsen daraus auf wissenschaftlicher Ebene? Des Weiteren ist der erreichte Entwicklungsstand bei der *Etablierung von Pflegestudiengängen* zu betrachten. Wichtige damit verbundene Fragen sind: Ergibt der Gründungsboom an den Hochschulen eine sinnvolle Kontur - speziell, was seine ursprünglichen Intentionen anbetrifft - und wo zeichnen sich Lücken und Probleme ab? Drittens: Wie ist es um *Pflege als Wissenschaft* und die Entwicklung dieses in der BRD neuen wissenschaftlichen Fachgebiets bestellt? Und schließlich ist die *Pflegeforschung* zu betrachten und die Frage aufzuwerfen, was hier die aktuellen Aufgaben sind. Zwangsläufig schlaglichtartig werden im Folgenden diese drei, auf unterschiedlichen Ebenen gelagerten Themenkomplexe beleuchtet und eine erste Bilanzierung versucht. Trotz der unbestrittenen Erfolge, die wir zu verzeichnen haben, werden die Ausführungen einer Defizitanalyse gleichkommen. Das hat seinen Grund darin, daß wir uns in der Bundesrepublik in einem sehr frühen Entwicklungsstadium befinden, in dem viele Probleme zwangsläufig noch der Lösung harren. Diese müssen wir uns vergegenwärtigen und zu lösen versuchen, soll der Akademisierung der Pflege dauerhafter Erfolg und soll ihr substantielle Wirkung beschieden sein.

### 1. Zur Situation der bundesdeutschen Pflegepraxis

Es ist heute fast schon ein Allgemeinplatz: Verursacht durch die demographische und die epidemiologische Transition, also die "Ergrauung" unserer Gesellschaft (wie auch der Krankenversorgung, in denen alte Menschen in fast allen Bereichen die Mehrheit ausmachen, siehe Garms-Homolová/ Schaeffer 1997) und die ungebrochene Zunahme chronischer Krankheiten, hat sich ein tiefgreifender Wandel der gesundheitlichen Problemlage der Bevölkerung in den westlichen Industrienationen vollzogen, auf den die Gesundheitssysteme noch längst nicht hinreichend einge-

stellt sind. Die Pflege ist bekanntermaßen besonders von dieser Entwicklung betroffen. Nicht nur ist ihre Bedeutung für die Versorgung gestiegen, sie ist auch zusehends unter Problemdruck geraten. Denn im Zuge dieses Wandels haben sich herkömmlichen Aufgabenstellungen der Pflege verändert und viele neue Anforderungen hinzugesellt, mit denen die Qualifikationsprofile nicht mehr Schritt halten. Neben Intervention und Hilfestellung bei Krankheit, Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und sonstigen Autonomieeinbußen ist Gesundheitssicherung und -förderung zu einer wichtigen Aufgabenstellung in der Pflege geworden, ebenso Rehabilitation. Dabei ist die dichotome Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit für die Pflege längst nicht mehr tragfähig. Vielmehr hat sie - wie in der pflegetheoretischen Diskussion seit langem betont wird (exemplarisch Travelbee 1997) - nach der Balance zwischen Beeinträchtigungen und Ressourcen zu fragen, sich deren Restitution und somit der Förderung vorhandener Gesundheitspotentiale mit und trotz Einschränkung, also mit und trotz *bedingter Gesundheit* zu verschreiben (Schaeffer 1995b). Die dazu erforderliche Umorientierung von der bloßen Defizit- (bzw. Krankheits-) hin zur Gesundheits- und Ressourcenorientierung bedarf neuer wissenschaftlich gestützter Pflegekonzepte und ebensolcher Kompetenzen.

Diese hier nur angedeuteten Entwicklungen gaben den Ausschlag für die Etablierung der Pflegestudiengänge, mit denen dem Bedarf an Qualifikationsveränderungen und Modernisierung in der bundesdeutschen Pflege Rechnung getragen und mehr noch eine grundsätzliche Neupositionierung dieses traditionsreichen Gesundheitsberufs eingeleitet werden soll: vom Heilhilfsberuf, geprägt durch die enge Umarmung der Medizin, hin zu einem autonomen *professionellen* Dienstleistungsberuf, der auf der Basis eigener wissenschaftlicher Konzepte und Instrumente handelt und einer Erweiterung des Selbst- und Aufgabenverständnisses der Pflege den Weg bahnt.

Schon heute aber kann diese Beschreibung der Ausgangslage als veraltet, zumindest aber als zu eng bezeichnet werden. Denn parallel zur beginnenden Akademisierung der Pflege erfolgten eingeleitet durch die zahlreichen Gesetzgebungen zur Gesundheitsreform und das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) weitreichende Umstrukturierungen des Gesundheitswesens. In ihnen manifestiert sich ein gesundheitspolitischer Paradigmenwechsel (Rosenbrock 1997), der vor allem dadurch gekennzeichnet ist, daß ökonomischer Wettbewerb und marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen in das Gesundheitswesen und somit auch in die Pflege Einkehr halten. Die damit einhergehende Ökonomisierung erfordert Rationalisierungen, die gegenwärtig weitgehend in Rationierungen zu münden drohen. Doch weniger das steht hier zur Debatte als vielmehr die Tatsache, daß sie der Pflege einen *Umbruch gängiger Routinen* abfordert, der seinerseits mit einer Vielzahl neuer Herausforderungen einhergeht.

So führt etwa die Verschlankung der Krankenhausversorgung (durch Bettenabbau und Verkürzung der Verweildauer) zu einem vermehrten Aufkommen schwerwiegender Patientenproblematiken und einer Verdichtung der Arbeitsabläufe in der Pflege, die durch den gleichzeitigen Stellenabbau - ausgelöst durch die Abschaffung der PPR und die Einführung der Budgetierung - nochmals verschärft wird. Die damit einhergehenden Rationalisierungszwänge mit Bemühungen um Optimierung der Pflege in Einklang zu bringen ist ein nicht eben einfaches, gegenwärtig

eher Resignation, denn Handlungsbereitschaft auslösendes Unterfangen. Ähnlich ist die Situation in der ambulanten Pflege. Gerade dieser, in der gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Diskussion lange Zeit kaum wahrgenommene Bereich gesundheitlicher Versorgung unterliegt gegenwärtig einem massiven Wandel: Die mit dem PflegeVG eingeleitete Veränderung der Finanzierungsgrundlagen erfordert neue Muster der internen Arbeitsorganisation, Tätigkeitsabläufe und Aufgabenwahrnehmung, ebenso der Arbeitsteilung mit anderen Berufen und der Interaktion mit den Patienten. Auch sie liegen im Widerstreit mit der traditionellen Handlungsweise inclusive der ihr zugrunde liegenden Wertorientierung, und allein daraus erwächst in der Praxis gegenwärtig ein hohes Maß an Konfusion und Turbulenz (siehe Ewers/Schaeffer 1998).

Zugleich wurde - speziell durch das Pflegeversicherungsgesetz eingeleitet - das Aufgabenspektrum um wichtige, für die Pflege ebenfalls neue Aufgaben ergänzt. Dazu gehört z.B. die Sicherstellung von Versorgungsintegration und -kontinuität durch Verbesserung der Vernetzung und der Schnittstellenregulation, Qualitätssicherung, Füllung von Versorgungslücken durch Entwicklung neuer Angebote und -formen, Wahrnehmung edukativer Funktionen, z. B. Angehörigenunterstützung und -supervision oder Patientenanleitung.

All diese Veränderungen erhöhen nicht nur den auf der Pflege lastenden Reformdruck, sie stoßen auch auf eine Praxis, die auf die neue, zweite Welle der Reformanforderungen nicht hinreichend vorbereitet ist. Noch greift die in der BRD gerade erst begonnene Akademisierung in der Praxis nicht, so daß es damit in fast allen Bereichen an Qualifikationen und, gravierender noch: an Kriterien und Grundlagen fehlt, um auf die aktuellen Herausforderungen adäquat reagieren zu können. Mit anderen Worten, dem alten, noch nicht bewältigten Reformstau stellen sich nunmehr weitere und qualitativ anders gelagerte Innovationserfordernisse zur Seite. Letztere aber setzen im Grunde eine bereits modernisierte und professionalisierte Pflege voraus, um sinnvoll aufgegriffen werden zu können. Die Konsequenz dieses Dilemmas wird zunehmend spürbar. In fast allen Bereichen der Pflege zeichnet sich eine Innovationsüberflutung ab, die die Gefahr in sich birgt, daß der langjährig gewachsene Reformstau in unkontrollierte Bahnen gerät und sich zu den Zielen der Akademisierung *gegenläufige* Tendenzen ausbreiten.

So vollzieht sich in der Praxis jüngst beispielsweise statt einer Anhebung des Qualifikationsniveaus eine rasch fortschreitende Dequalifizierung (am deutlichsten beobachtbar in der ambulanten Pflege). Statt einer Überwindung der eng gesteckten Grenzen des Pflegehandelns und der Implementation eines weitergefaßten, wissenschaftlich fundierten Selbst- und Aufgabenverständnisses droht die Reduktion auf eben jene "handwerklichen" und instrumentellen Funktionen, die mit der Etablierung der Studiengänge überwunden werden sollte. Setzt sich diese Entwicklung fort, steht zu befürchten, daß das Ziel einer Optimierung des Pflegehandelns und der Patientenversorgung gegenüber den Rationierungstendenzen vollends ins Hintertreffen gerät.

Dem entgegen zu steuern, ist eine der zentralen Herausforderungen für die Akademisierung der Pflege. Wichtige damit verbundene Aufgabenstellungen sind: Unterstützung der Praxis bei dem Umgang mit der widersprüchlichen Anreizsituation, Motivierung zu gezielter statt diffuser Inno-

vation wie auch zu Reformen, die mit der eingangs dargelegten Zielvision in Einklang stehen, und möglichst rasche Erarbeitung von Konzepten inklusive der dazu erforderlichen wissenschaftlichen Grundlagen zur Bewältigung der alten und neuen Reformfordernisse in der Pflege.

## **2. Zur Situation der bundesdeutschen Pflegewissenschaft**

Fragen wir nun, wie die bundesdeutsche Pflegewissenschaft für diese Aufgabe ausgestattet ist. Hinter der Einkehr von Pflegewissenschaft in die Hochschullandschaft verbergen sich genau betrachtet zwei Entwicklungen: zum einen die Einführung von Pflegestudiengängen und zum anderen die Etablierung eines neuen wissenschaftlichen Fachgebiets. Beides ist getrennt zu betrachten. Zunächst zu den Studiengängen.

### **2.1 Entwicklungsstand der Etablierung von Pflegestudiengängen**

Von vielen Hoffnungen umgeben, ist in den letzten fünf Jahren ein breites Netz an Pflegestudiengängen entstanden. Dieses ist ein unbestreitbarer und angesichts des von vielen Rückschlägen begleiteten Vorlaufs (siehe dazu Botschafter et al. 1982, Bartholomeyczik/Müller 1997) immenser Erfolg. Mit ihm wird die Anschlußfähigkeit an eine Entwicklung gesichert, die sich in vielen anderen Ländern bereits vor geraumer Zeit vollzogen hat. So setzte beispielsweise die Akademisierung der Pflege in den USA, dem Land, in dem diese Entwicklung einst ihren Ausgangspunkt nahm, bereits zu Beginn dieses Jahrhunderts ein. Auch in vielen europäischen Nachbarländern, doch ebenso in Asien und manchem Land, das wir gemeinhin nicht zu den westlichen Industrienationen zählen, verfügt die Pflege über eine akademische Tradition. Dies unterstreicht den immensen Nachholbedarf in der BRD, der so gesehen nicht nur ein nationaler, sondern ein internationaler ist.

Die bei der Behebung dieses doppelten Bedarfs an nachholender Modernisierung jüngst erreichten Erfolge sind - das sei nochmals unterstrichen - beachtlich. Und doch darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, daß bislang erst vorsichtige erste Gehversuche auf einem unvertrauten Terrain unternommen wurden und die Akademisierung der Pflege sich hierzulande noch im Anfangsstadium befindet. Dem expansiven Charakter der Entwicklung ist geschuldet, daß eine einheitliche Zielvision - ein blue print (Schaeffer/ Moers/ Rosenbrock 1994: 16) - fehlt. Diesem Tatbestand wohnen mehrere Gefahren inne. Die wichtigsten sollen hier kurz benannt werden:

- Bundesweit wurden innerhalb des sich plötzlich öffnenden Reformrahmens sehr unterschiedliche Antworten auf die Herausforderung "Akademisierung der Pflege" gesucht, von denen sich erst noch erweisen muß, welche problemangemessen und tragfähig ist. So gibt es Studiengänge für Pflegemanagement und -pädagogik, wobei letztere sowohl an Universitäten wie auch an Fachhochschulen zu finden sind. Neben ihnen stehen (Fachhochschul-) Studiengänge, die auf eine eher generalistisch ausgerichtete akademische Qualifikation abzielen. Daneben

wiederum formieren sich erste grundständige universitäre pflegewissenschaftliche Studiengänge, ist ein Aufbaustudiengang in Planung und findet sich Pflegewissenschaft, wie hier in Bielefeld, unter dem Dach von Public Health. Bewußt wird die Situation etwas überzeichnet dargestellt, um darauf hinzuweisen, daß der aktuelle Entwicklungsstand systematisch betrachtet eher wie ein buntes Kaleidoskop, denn wie ein geschlossenes Ganzes anmutet. Das ist nicht verwunderlich. Gewissermaßen befinden wir uns in der BRD in einer experimentellen Situation, in der Pflegende, Wissenschaftler und Hochschulen die sich bietenden Spielräume unterschiedlich nutzen, um das zu realisieren, was sie als ihren Beitrag zur Etablierung von Pflegewissenschaft ansehen. Der experimentelle Charakter bietet Vor- und Nachteile. Vorteile ergeben sich aus der Vielfalt spontaner Entwicklungen und der breiten Varianz an Studiengangskonzepten. Nachteile sind zu erwarten, wenn die derzeitige Situation festgeschrieben und versäumt wird, für die Zukunft nach einer aufeinander abgestimmten und *ineinandergreifenden* Gesamtkontur zu suchen. Nachteile werden sich auch dann ergeben, wenn der durch die Akademisierung hervorgerufene Bedarf an Umstrukturierungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung nicht einbezogen wird. Versäulungen, wie sie sich derzeit abzuzeichnen beginnen, dürften sich dabei als kontraproduktiv erweisen. Diese Aufgabe erfordert vielmehr den Diskurs und die Kooperation *aller* mit Ausbildungsfragen befaßten Akteure.

- Viele der Studiengänge nehmen - trotz der großen Zeitversetzung - ihren Ausgangspunkt dort, wo diese Entwicklung in anderen Ländern auch begann und konzentrieren sich auf Teilbereiche pflegerischen Handelns: auf Leitungsfunktionen im Bereich des Pflegemanagements und der Pflegepädagogik. Betrachtet man die pflegewissenschaftliche Entwicklung in Ländern mit Erfahrungsvorsprung - speziell die der US-amerikanischen Pflege -, wird offenkundig, daß damit unter Umständen ein sehr hürdenreicher Weg beschritten wird. Die Engführung auf einige, wenige Teil bzw. Leitungsfunktionen pflegerischen Handelns erwies sich dort nach Kurzem als zu pragmatisch, zu wenig problemangemessen und kam einem *Durchgangsstadium* gleich. Fortan wurde der Etablierung *pflegewissenschaftlicher Studiengänge* der Vorzug gegeben, die - davon ausgehend, daß Pflege grundsätzlich auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse erfolgen muß - *auf die gesamte* Pflege zielen und eine breite Ausrichtung der Studienangebote gemäß den unterschiedlichen Aufgabenbereichen der Pflege vorsehen (Moers/Schaeffer 1993).

Schon heute läßt sich vermuten, daß diese Entwicklung auch hierzulande zum Tragen kommt und über kurz oder lang eine Erweiterung der Pflegestudiengänge über die Teilfunktionen Pflegemanagement und -pädagogik hinaus erforderlich werden wird. Zugleich soll damit angedeutet werden, daß es notwendig ist, die Akademisierung der Pflege in der BRD statt vom Ausgangspunkt der Entwicklung in anderen Ländern von deren *Endpunkt* her zu strukturieren, um auf diese Weise zeit- und kräftezehrende Umwege zu vermeiden. Das freilich setzt voraus, daß die Professionalisierungsverläufe der Pflege in anderen Ländern systematischen Analysen unterzogen und die für die bundesdeutsche Situation wichtigen Lehren herausgefiltert werden - eine Aufgabenstellung,

der im Rahmen des Aufbaus von Pflegeforschung eine prominente Stelle zukommt.

- Vom Endpunkt der Entwicklung in anderen Ländern her betrachtet zeigt sich, daß die Gesamtkontur der Pflegestudiengänge auch in anderer, genauer in *vertikaler* Hinsicht ergänzungsbedürftig ist. Mehrheitlich wurden bislang Studiengänge geschaffen, die für *Praxisfunktionen* ausbilden und auf Fachhochschulebene angesiedelt sind. An weiterführenden *universitären* pflegewissenschaftlichen (Aufbau)Studiengängen und ebenso an promotions- und habilitationsvorbereitenden Studienmöglichkeiten mangelt es bislang. Damit fehlen in der BRD die erforderlichen infrastrukturellen und qualifikatorischen Voraussetzungen dafür, wissenschaftlichen Nachwuchs zukünftig aus eigenen Reihen und ohne den Umweg über fachfremde Disziplinen rekrutieren zu können, wie auch dafür, Pflegewissenschaft als eigenständige wissenschaftliche Bezugsdisziplin zu etablieren und die sich dabei stellenden Aufgaben im Bereich der Theorie-, Methoden- und Forschungsentwicklung abdecken zu können. Eben diese Mangellage zu beheben, muß vordringliche Aufgabe der Zukunft sein. Denn ohne wissenschaftliche Grundlegung und ohne Studienangebote, die auf Ausbildung wissenschaftlicher Kompetenz und wissenschaftlichen Nachwuchs zielen, dürfte der Transformation der Pflege zu einem eigenständigen *professionellen* Dienstleistungsberuf, der auf der Basis wissenschaftlicher Konzepte und Standards agiert, wenig Erfolg beschieden sein.
- Wenn solche vertikal ergänzenden Studienmöglichkeiten (pflegewissenschaftliche Aufbau- und Promotionsstudiengänge) geschaffen werden, ist ein Ineinandergreifen mit den bestehenden praxisorientierten Fachhochschulstudiengängen anzumahnen, um Fehlentwicklungen, wie sie hierzulande etwa im Bereich der Sozialarbeit und Sozialpädagogik zu beobachten sind, zu vermeiden. Daß dazu eine *enge Kooperation von Fachhochschulen und Universitäten* notwendig und gemeinsam nach neuen Modellen zu suchen ist, allein um übermäßig lange Ausbildungswege im tertiären Bildungsbereich zu vermeiden, scheint mir außer Frage zu stehen.
- Die Studiengänge basieren Mehrheitlich auf *pragmatisch additiven Curricula*, deren Fächerkanon stark durch die Problemsicht und Wahrnehmungsmuster der die Pflege aufnehmenden Wissenschaftsdisziplinen strukturiert ist. Viele der Curricula bemühen sich zudem vorrangig darum, angestammte Aufgaben auf eine gesichere Qualifikationsbasis zu stellen, und weisen der Innovation und Erweiterung der eng gesteckten Grenzen des Pflegehandelns einen eher nachgeordneten Stellenwert zu (Schaeffer/Moers/Steppe1997). Erst neuerlich setzt sich die Auffassung durch, daß den Reformfordernissen, die einst Auslöser für die Schaffung von Pflegestudiengängen waren, in den Curricula mehr Beachtung zu schenken ist. An dieser Stelle sei daran erinnert, daß die Akademisierung der Pflege dazu beitragen sollte, mit neuen Konzepten auf die durch die epidemiologische und demographische Transition entstandenen Aufgabenstellungen bei der Erhaltung von Selbständigkeit, Gesundheitssicherung, Prävention und Rehabilitation zu reagieren. Ebenso gilt es, die aktuellen gesundheitspolitischen Herausforderungen auf curricularer Ebene stärker zu berücksichtigen: die

Ökonomisierung und den damit einhergehenden Routinenumbruch in der Pflege, die postulierte Vorrangigkeit ambulanter vor stationärer Versorgung, die Forderung nach Qualitätsentwicklung und nach Versorgungsintegration, die für die Pflege neue Muster der Kooperation und Schnittstellenregulation nach sich zieht etc..

Auch das ist angesichts des frühen Entwicklungsstadiums und der gegenwärtigen Innovationsgeschwindigkeit nicht erstaunlich. Gleichwohl erfordert diese Konstellation ein hohes Maß an curricularer Flexibilität und Kreativität, um Intention und Realität in Übereinstimmung bringen zu können. Nur durch ständige Bereitschaft zu Curriculumrevisionen wird es möglich sein, die Akademisierung mit den vielfältigen Anforderungsveränderungen in der Pflegepraxis in Einklang zu bringen und zu deren Optimierung beizutragen. Und nur durch Bereitschaft zum ständigen Diskurs mit der Praxis und zur Reaktion auf dieselbe ist erreichbar, daß keine Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis entsteht und die Absolventen nicht unversehens in eine ähnlich schwierige Sackgassensituation geraten, wie sie beispielsweise im Bereich pädagogischer Berufe im Zuge der Ausdifferenzierung des Hochschulwesens zu finden war (Schaeffer 1992b). Einem solchermaßen flexiblen und konsensuellen Prozeß steht allerdings die schwerfällige Tradition deutscher Hochschulen entgegen. Wir werden auch hier lernen müssen, neue Wege zu beschreiten.

- Diesen Komplex abschließend sei noch auf das Problem der *fachlichen Verortung* eingegangen, die Frage also, in welchem Fachzusammenhang die Akademisierung der Pflege betrieben und wo sie sich organisatorisch verankern sollte. Auch diesbezüglich ist in der Bundesrepublik derzeit eine breite Varianz an Modellen zu finden: Die existierenden Pflegestudiengänge sind im Bereich Sozialwesen, bei den Wirtschaftswissenschaften, den Erziehungswissenschaften, der Medizin oder den Gesundheitswissenschaften angesiedelt. Offen ist, welche Auswirkungen die jeweilige Anbindung auf die Wissenschaftsentwicklung in der Pflege hat und welche der aufnehmenden Gastdisziplinen am ehesten mit den Intentionen und Aufgaben der Pflege konvergiert (Heller 1995). Bereits heute zeichnet sich ab, daß mancherorts eingegangene organisatorische "Verschwesterungen" oder "Verbrüderungen" (ebenda) eine Fülle vorab nicht antizipierter Schwierigkeiten aufwerfen, sei es, weil professionspolitisch sorgsam bewachte Zuständigkeiten und Domänen berührt werden oder, weil sich die Bemühungen der Pflege um eine eigenständige Position im Gefüge der Gesundheitsberufe mit den ebenfalls um größere Eigenständigkeit bzw. Spielräume ringenden Bestrebungen der aufnehmenden Gastdisziplin bzw. Profession kreuzen.
- An der Geschichte der Pflegewissenschaft läßt sich studieren, daß die Subsumtion unter ein fachfremdes Dach - egal welcher Provenienz - in Anfangsstadien der Akademisierung zwar unumgänglich ist, um einen Einstieg auf dem Weg in die Hochschule zu finden, doch immer die Gefahr der Überformung in sich birgt. In diesem Sinn lassen sich beispielsweise für die US-amerikanische Pflege verschiedene, teilweise verschränkt verlaufende Phasen beschreiben: die der „Vernaturwissenschaftlichung“ bzw. Medikalisierung, die der „Verpädagogisierung“ und der „Versozialwissenschaftlichung“. Die jeweilige Überformung behin-



derte - so Meleis (1988) - die Entwicklung einer eigenen professionellen Identität und beeinträchtigte die Entfaltung autonomer wissenschaftlicher Potentiale. Erst im Zuge der sogenannten pflegewissenschaftlichen Wende, also der Etablierung von Pflegewissenschaft als *eigenständiger* Bezugsdisziplin, veränderte sich diese Situation. Seither begann die Loslösung der Wissensbasis der Pflege von der unterschiedlichen Bezugsdisziplinen, unter die sie bis dahin subsumiert war, und begann parallel die organisatorische Autonomisierung. Heute bilden die ca. 500 „Schools of Nursing“ eigenständige wissenschaftliche Fachbereiche und gehören zusammen mit Medizin, Pharmazie und Public Health zu den sogenannten Health Sciences (Schaeffer 1995a).

Unabhängig davon, welches Verortungs- bzw. Einstiegsmodell hierzu lande gesucht wurde und wird, müssen wir Festschreibungen vermeiden und dürfen nicht dem Fehler unterliegen, das derzeit Machbare mit dem langfristig Notwendigen zu verwechseln. Nicht in Vergessenheit geraten darf, daß die Akademisierung erster Schritt (und notwendige Bedingung) zur Transformation der Pflege von einem "Heilhilfsberuf im Schatten des Arztes" (v. Ferber 1993) zu einem autonomen *professionellen* Gesundheitsberuf ist und mit ihr der Weg in die Eigenständigkeit gesucht wird. Dies hat neben inhaltlichen (siehe dazu Schaeffer 1994) auch organisatorische Konsequenzen und muß langfristig bedeuten, *organisatorische Autonomie* anzustreben - in der Praxis wie auf wissenschaftlicher Ebene. Die Realisierung dessen hängt nicht zuletzt von der Zeitstabilität und Ausbaufähigkeit der erreichten Erfolge ab, wie freilich auch davon, inwieweit es gelingen wird, die Wissenschaftsentwicklung dieses in Deutschland neuen Fachgebiets voranzutreiben. Dies führt unmittelbar zu dem als nächstes anzusprechenden Themenkomplex.

## **2.2 Zur Lage von Pflegewissenschaft als neuem wissenschaftlichem Fachgebiet**

International herrscht Konsens darüber, daß Pflege "eine Wissenschaft und Kunst" ist (Rogers 1991). Als Wissenschaft verkörpert sie einen zusammenhängenden Korpus an systematischem Theorie- und Problemlösungswissen. Die Kunst besteht in der kreativen Nutzung dieses Wissens, im Dienst der Genesung des Menschen (ebenda).

In vielen Ländern ist diese Vorstellung realisiert. In der Bundesrepublik kann davon noch nicht die Rede sein. Vollzogen hat sich bislang ein Akademisierungsprozeß, innerhalb dessen zumeist für Teilfunktionen auf wissenschaftlichem Niveau ausgebildet wird. So erfreulich dieser Anfang ist, faktisch wurde der zweite Schritt vor dem ersten getan, in der Hoffnung, den ersten später nachholen zu können (Rosenbrock/Noack/Moers 1993). Geschaffen wurden zunächst Studiengänge, denen die Bearbeitung der mit der Akademisierung aufgeworfenen Entwicklungsherausforderungen auf wissenschaftlicher Ebene und die Konstituierung einer eigenständigen pflegewissenschaftlichen Bezugsdisziplin folgen soll. Letzteres setzt universitäre Verankerung voraus und eben diese zeichnet sich noch längst nicht in dem dazu erforderlichen Ausmaß ab. So sind bundesweit bis heute drei universitäre Lehrstühle für Pflegewissenschaft besetzt, zwei davon im

Rahmen von Pflegepädagogikstudiengängen<sup>1</sup> (einer von ihnen wiederum im Rahmen eines zeitlich befristeten Modellversuchs). Für die Zukunft ist nicht zu erwarten, daß sich diese Landschaft wesentlich verdichtet: Lediglich zwei weitere Lehrstühle befinden sich im Besetzungsverfahren, an zwei anderen Hochschulen drohen entsprechende Planungen zu versanden. Außerdem engagiert sich die private Universität Witten/Herdecke auf dem Gebiet der Pflegewissenschaft, verfügt jedoch noch nicht über die erforderliche staatliche Anerkennung.

So rasch und plötzlich die Pflege also an die Fachhochschulen Einkehr halten konnte, so zögerlich öffnen - bundesweit betrachtet - die Universitäten der Pflege ihre Pforten, wie allein die Dauer und der hürdenreiche Weg manches universitären Besetzungsverfahrens bezeugen. Gestützt werden die auf universitärer Ebene vorhandenen Widerstände dadurch, daß auch wissenschaftspolitisch umstritten ist, ob Pflegewissenschaft "einen gleichberechtigten Part im Konzert der Wissenschaften und ihren Fördersystemen spielen" (Wolters i.E.) oder einzig an den Fachhochschulen verortet werden sollte. Setzt sich letztere Position durch, steht die Pflege in Gefahr, einmal mehr zum bildungspolitischen Sonderfall und darüber hinaus zum Exempel für wissenschaftspolitische Kursumschwünge instrumentalisiert zu werden - angespielt ist auf die Ansiedlung der Pflegepädagogik an Fachhochschulen und die parallel geführte Debatte, ob die Lehrerbildung zukünftig nicht grundsätzlich aus den Universitäten ausgelagert werden sollte. Ebenso steht zu befürchten, daß ihr Entwicklungspotential unter dieser strukturell beschneidenden Konstellation nur zu einer "mimic profession" (Forsyth/Daniesicwicz 1985) oder "schwachen Profession" (Freidson 1986) reichen wird. All diese halbprofessionalisierten Berufe sind u.a. dadurch charakterisiert, daß ihre theoretische und methodische Wissensbasis unzureichend ist, woraus in ihrem Alltagshandeln vielfältige Probleme erwachsen (wie exemplarisch an der Sozialarbeit studiert werden kann, Hildenbrand 1991, Garms-Homolová/Schaeffer 1990, Dewe/Ferchhoff/Radke 1992, Schaeffer 1992a).

Soll mit der begonnenen Akademisierung der Pflege die Professionalisierung dieses quantitativ bedeutendsten Gesundheitsberufs eingeleitet werden, ist es erforderlich, die dafür notwendigen Weichen zu stellen: Professionalisierungsprozesse sind von vornherein zum Scheitern verurteilt, wenn die Ausbildung einer eigenständigen, universal gültigen Wissensbasis - bzw. um es in den Worten Martha Rogers auszudrücken: eines eigenen Wissenskorporus - vernachlässigt wird. Die dazu erforderlichen infrastrukturellen Voraussetzungen und die Wissenschaftsentwicklung zu forcieren, ist eine prioritäre und mittlerweile oft angemahnte Aufgabe (Robert-Bosch-Stiftung 1996).

Die Dringlichkeit ihrer Realisierung resultiert nicht einzig aus den mit Professionalisierungsprozessen einhergehenden Erfordernissen, sondern auch aus der Notwendigkeit, die Studiengänge auf gesicherte Basis zu stellen. Auch in dieser Hinsicht haben wir Schritte in fragwürdiger Reihenfolge unternommen: Mit den in großer Zahl entstandenen Studiengängen ist intendiert, neue pflegewissenschaftlicher Kompetenzen und Konzepte in

---

<sup>1</sup> Einzig der an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld eingerichtete Lehrstuhl dient vorrangig der Wissenschafts- und Forschungsentwicklung, womit NRW Pionierfunktion einnimmt.

die Praxis zu diffundieren und auf diese Weise zur Lösung dort bestehender Probleme und Reformforderungen beizutragen. Ebenso ist angestrebt, daß Pflegeleistungen zukünftig auf der Grundlage wissenschaftlich begründeter Erkenntnisse und Expertise erfolgen. Die Basis dieser Expertise wie auch die reformstützender Konzepte ist in der BRD indes noch nicht erarbeitet, der Transfer ausländischer Modelle nur bedingt möglich. Daher entbehrt der Anspruch, durch Etablierung von Studiengängen zur wissenschaftlichen Fundierung und zur Innovation der Pflegepraxis beizusteuern, bislang seiner Umsetzungsvoraussetzung. Auch dies unterstreicht noch einmal, wie wichtig es ist, das in der BRD auf der *Ebene der Wissenschaftsentwicklung* bestehende Vakuum zu füllen.

Welche Herausforderungen sind im einzelnen mit der Aufgabe Wissenschaftsentwicklung verbunden? Grob umrissen lassen sich vor allem vier Komplexe benennen:

- Theorie- und Methodenentwicklung,
- Aufbau von Pflegeforschung,
- Konzeptentwicklung bzw. Sicherung des Wissenstransfers,
- Förderung von wissenschaftlichem Nachwuchs.

Das Thema *Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses* wurde zuvor bereits erörtert, deshalb sei an dieser Stelle lediglich noch einmal die Wichtigkeit der sich auf dieser Ebene stellenden Aufgaben unterstrichen. Gegenwärtig verlassen erste Absolventen der Pflegestudiengänge die Hochschulen und wandern in Ermangelung weiterführender und promotionsermöglichender Studiengänge ins Ausland ab. Auf Fachhochschulebene werden mancherorts bereits Kooperationsvereinbarungen mit Hochschulen in europäischen Nachbarländern angestrengt, um diese Möglichkeit institutionell abzusichern und die in der BRD vorhandenen Defizite zu kompensieren. Mag diese aus der Not geborene Strategie die Europäisierung fördern, sie unterstreicht zugleich den bundesdeutschen Handlungsbedarf und zeigt, daß wir ihm nicht erst in ferner Zukunft begegnen können.

Auch die *Sicherung von Wissenstransfer* ist eine angesichts des Problemdrucks der Praxis zentrale und keinesfalls minderzubewertende Aufgabe. Gewarnt werden muß schon heute davor, zu glauben, daß die sich dabei stellenden Aufgaben durch einen bloßen Brückenschlag zwischen Wissenschaft und Praxis lösbar seien. Vielmehr zeigt die Wissensverwendungs-forschung, daß mit ihr eigenständige Konzeptualisierungsaufgaben verbunden sind (siehe dazu Dewe 1988, Beck/Bonss 1989, Schaeffer 1991). Wie wichtig es ist, diese alsbald anzugehen, zeigt ein nochmaliger Blick in die Situation in Länder mit Erfahrungsvorsprung. Vielerorts besteht eine nur schwer zu überbrückende Kluft zwischen Theorie und Praxis, in deren Folge sich eine Ablehnung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse im Pflegealltag und eine Praxisferne der Wissenschaft breit machte (Orlando 1987). Die Entstehung eines Theorie-Praxis-Gefälles dürfte zwar nicht in Gänze vermeidbar sein - wie Axmacher mit seinen Hinweis auf den unvermeidbaren "Heimatverlust der Pflege" durch die Akademisierung schon vor Jahren betont hat (Axmacher 1991) -, wohl aber können wir versuchen, ein solches Gefälle durch frühzeitige Sicherung des Wissenstransfers - und zwar beidseitigem Wissenstransfer - und durch Entwicklung diskursiver Strategien der Wissenschaftsentwicklung so gering wie möglich zu halten.

Betrachten wir nun die *Theorie- und Methodenentwicklung*. Auch hier kann die Bilanz bundesdeutscher Aktivitäten nicht eben reichhaltig ausfallen - Resultat des noch juvenilen Stadiums der Entwicklung. Die Fülle an Aufgaben, die diese Situation mit sich bringt, hat zur Folge, daß vorhandene Ressourcen von Aufbauarbeiten absorbiert sind und die im Bereich der Theorieentwicklung vorhandenen Aufgaben nur sporadisch angegangen werden können.

Der Bedarf an und das Bedürfnis nach pflegewissenschaftlicher Theoriebildung sind indes immens. Dies belegt beispielsweise die hohe Besucherzahl des ersten bundesdeutschen Pflge-theorienkongresses im April dieses Jahres, ebenso die in großer Zahl erscheinenden Übersetzungen US-amerikanischer Pflge-theorieliteratur und auch das große Interesse an ersten deutschen Veröffentlichungen, (u.a. Steppe 1990, Mischokelling/Wittneben 1995, Schaeffer et al. 1997). All diese hier exemplarisch angeführten Publikationen zeigen, daß wir bei der Theorieentwicklung nicht bei Null beginnen müssen. Es existiert bereits ein großer Bestand an Pflge-theorien (vorrangig US-amerikanischer Provenienz) und diesen gilt es zunächst einmal für die hiesige Diskussion fruchtbar zu machen. Eine weitere Aufgabe besteht darin, den vorliegenden Theoriebestand zu systematisieren, auf seine Tragfähigkeit hin zu überprüfen und eine Verständigung über das „wie“ und „was“ zukünftig erforderlicher Theoriebildung einzuleiten. Eine solche kritisch-analytische Sichtung und Prüfung ist sowohl angesichts sich derzeit abzeichnender fragwürdiger Adaptionstendenzen wie auch der Beschaffenheit des pflegewissenschaftlichen Theoriebestands angezeigt.

#### Exkurs: Theoriebildung in der Pflege

Um zu illustrieren, was damit gemeint ist, sei kurz auf die Theoriebildung in der Pflege eingegangen (siehe auch Steppe 1993a). Ihre Anfänge nahm diese in den 50er Jahren in den USA im Zuge der sogenannten pflegewissenschaftlichen Wende, also der Lösung von fachfremden Bezugsdisziplinen. Hatte es bis dahin einen bestenfalls ansatzweise geführten theoretischen Diskurs gegeben, so begann nun eine Phase intensiver Theoriebildung, in der es galt, die erwirkte organisatorische Eigenständigkeit der Pflege auch in theoretischer Hinsicht unter Beweis zu stellen. Die mit dem Anspruch auf wissenschaftliche Autonomie verbundenen Legitimationsprobleme prägen die Anfangsära der Theoriebildung und auch die Theorien selbst. Samt und sonders sind sie - wie für junge Wissenschaften typisch - als "grand theories", als Theorien großer Reichweite, d.h. ohne raum-zeitliche Beschränkung, angelegt und verfolgen die Intention, Pflege als Wissenschaft und auch als Praxis, die wissenschaftlich gestützter Erkenntnisse und Methoden bedarf, theoretisch zu erfassen und zu legitimieren. Abgeleitet aus begrifflichen Klärungen und zentriert um die Frage „was ist Pflege“, also einer Definition des Gegenstands, der konstitutiven Elemente und des Zugriffs von Pflege und davon, wie sich diese von anderen Gesundheitsprofessionen unterscheiden, liegen allen in dieser Phase entstandenen Pflge-theorien monistische Vorstellungen zugrunde: die Position also, daß es nur *eine* Theorie der Pflege geben könne, in der das gesamte theoretische Wissen der Pflege zu einem einzigen widerspruchsfreien System zusammengefaßt ist, das für Lehre, Forschung und Praxis gleichermaßen

bindend ist (Moers/ Schaeffer/Steppe 1997). Dieser Anspruch auf umfassende und alleinige Geltung (wie auch der zu hohe, zu Passungsproblemen mit der Praxis führende Allgemeingrad) wirkte sich nach relativ kurzer Zeit zunehmend hemmend auf die weitere Theorieentwicklung aus. Er verhinderte eine produktive Auseinandersetzung über Theorieentwürfe, zog Schulbildung samt all ihren negativen Folgeerscheinungen nach sich und führte die Pflegetheoriediskussion nach kurzer Blüte in die Stagnation. Diese zeigt sich u.a. daran, daß die Theorieveröffentlichungen dieser Art abrupt endeten - einige Nachzüglinge ausgenommen. Die Stagnation konnte erst überwunden werden, als sich eine andere Position Gehör verschaffte, die dem vorherrschenden Theorienmonismus mit theorienpluralistischen Vorstellungen begegnete (siehe dazu Donaldson/Crowley 1978). Mit Durchsetzung dieser Position endete faktisch die Ära der sogenannten „grand theories“ und war der Weg frei für neue Entwicklungen. Ohne die einzelnen Phasen der Theoriebildung hier weiter darzulegen (siehe dazu Meleis 1997, Moers/Schaeffer/ Steppe 1997), sei festgestellt, daß heute konkurrierender Theorienvielfalt der Vorzug gegeben wird, Theorien *kleiner* Reichweite bzw. situative Theorien präferiert werden und darüber hinaus statt auf rationalistisch-deduktive Theoriebildung (wie sie den bekannten Pflegetheorien zugrunde liegt) heute auf *empirisch gestützte und induktive Strategien der Theoriebildung* gesetzt wird. Auf diese Weise soll ein weiteres Auseinanderdriften von Theorie und Praxis, aber auch der parallel entstandenen Abkopplung der Theoriebildung von der empirischen Forschung überwunden werden.

Mit diesem kurzen Exkurs in die Welt der Pflegetheorien sollte gezeigt werden, daß auch bei der Theorieentwicklung vermieden werden sollte, dorthin zurückzukehren, wo die Entwicklung einst ihren Ausgang nahm und einseitig die Theorieentwürfe der Anfangsära zu rezipieren - eine Tendenz, die in der BRD momentan um sich greift, wie auch in der jüngsten Denkschrift der Robert-Bosch-Stiftung beklagt wird (Robert-Bosch-Stiftung 1996: 13). Des weiteren sollte verdeutlicht werden, wie dringlich es ist, die Debatte über Strategie und Methodologie der in der Pflege erforderlichen Theoriebildung aufzunehmen. Naheliegend ist dem internationalen Diskussionsstand zufolge, induktive Strategien der Theoriebildung und somit Theorien kleiner Reichweite bzw. Theorien, die sich aus empirischen Tatbeständen generieren, zu bevorzugen. Für die bundesdeutsche Pflegewissenschaft erwächst daraus die Konsequenz, daß dem Aufbau von Pflegeforschung von vornherein zentraler Stellenwert beizumessen ist, um ein ähnliches "Schisma zwischen Theorie und Forschung" (Kirkevold 1994), wie es international vorfindbar ist, zu umgehen. Dabei hat der Aufbau von Pflegeforschung in zwei Richtungen zu erfolgen: Er muß einerseits auf die Etablierung von *Grundlagenforschung* - erforderlich zur Generierung theoretischer Erkenntnisse und zur Theoriebildung - zielen und andererseits *anwendungsorientierte Forschung* umfassen - notwendig zur Erarbeitung von Problemlösungen für die Praxis. Mit der zuletzt genannten Aufgabe wurde bereits begonnen, die erste ist in ihrer Wichtigkeit noch nicht hinreichend erkannt und stößt zudem auf infrastrukturelle und materielle Hürden. Hier eine Veränderung einzuleiten, stellt eine weitere wichtige Herausforderung beim *Aufbau von Pflegewissenschaft* dar.

### 3. Stand der Pflegeforschung

Damit ist bereits der dritte, zu erörternde Themenkomplex angeschnitten, *der Sichtung des Stands der Pflegeforschung*. Anfang der 90er Jahre hat von Ferber auf die Flut an Pflegeliteratur aufmerksam gemacht (v. Ferber 1993) und diese ist mit Entstehung der Studiengänge noch einmal sprunghaft gewachsen. Gleichwohl darf diese Situation nicht darüber hinwegtäuschen, daß viele Publikationen unter pflegewissenschaftlichen Gesichtspunkten nur bedingt verwendbar sind. Ein Großteil der Literatur rekrutiert sich zudem aus Übersetzungen aus dem anglo-amerikanischen Raum und kreist um den pflegetheoretischen Diskurs - Forschungsarbeiten sind bislang in noch übersichtlicher Fülle erschienen. Dennoch, international betrachtet existiert eine breite Tradition an Pflegeforschung: speziell in den USA und Großbritannien, ebenso in anderen europäischen Ländern (Niederlande) und auch in Asien. Daß diese, wie auch die entsprechende Literatur bislang nicht erschlossen ist, hat seine Ursache darin, daß Pflegeforschung, "die ihren Ort in der Pflege hat und maßgeblich von Pflegenden initiiert und durchgeführt wurde" (Robert-Bosch-Stiftung 1996: 17), in Deutschland aufgrund der fehlenden akademischen Tradition eine sehr kurze Geschichte hat (ebenda, Krohwinkel/Schröck/ Bartholomeyczik 1991). Aus diesem Grund konnte sich die Bundesrepublik noch Ende der 70er Jahre *nicht* an einem international angelegten Forschungsprojekt der WHO zum Pflegeprozeß beteiligen, weil dieser hierzulande weder in die Praxis eingeführt war, noch entsprechende Forschungskompetenz existierte.

Obschon einige wenige Pionierinnen beständig auf diese Mangelsituation aufmerksam machten, fanden sie wenig Nachhall, weder außerhalb noch innerhalb der Pflege selbst (Grauhan 1989, Bartholomeyczik/Müller 1997). Diese Situation veränderte sich langsam im Verlauf der 80er Jahre: Die Berufsverbände begannen - wenngleich zögerlich - den Anschluß an internationale Entwicklungen zu suchen und es formierten sich - wieder von wenigen Pionierinnen angetrieben - erste Pflegeforschungsaktivitäten. Auftrieb erhielten sie durch die Workgroup of European Nurse Researchers (WENR), die 1989 ihren Jahreskongreß in Frankfurt abhielt. Dieses Ereignis trug dazu bei, daß Pflegeforschung in der Bundesrepublik stärker auf die Themenagenda rückte. Verstärkt wurde dies durch den ungefähr zeitgleich gegründeten „Deutschen Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung“, der seine Aufgabe in der Initiierung und Dokumentation von Pflegeforschung sieht. Erst seither, also seit Ende der 80er Jahre, entstanden aus der Pflege selbst hervorgegangene nennenswerte Studien (Übersicht siehe Bartholomeyczik/Müller 1997), so etwa zur Nachtwache im Krankenhaus (Bartholomeyczik et al. 1990), zur Überprüfung traditioneller Pflegemaßnahmen - z.B. der Dekubitusprophylaxe (Neander et al. 1989), der Erfassung von Atemgefährdungen (Bienstein 1988), zum Pflegeprozeß bei Schlaganfallpatienten (Krohwinkel 1993), und später auch zu Bestandteilen der Pflege-Patient-Interaktion - so z.B. zur Bedeutung von Gefühlen und Gefühlsarbeit und ihren Auswirkungen auf die Pflegebeziehung (Sowinski 1991, Paseka 1991, Overland 1994). Erwähnenswert sind außerdem erste Arbeiten aus dem Bereich historischer Pflegeforschung,

etwa zur Geschichte der Pflege als Frauenberuf (Bischoff 1992, Sticker 1989) und zur Pflege in der NS-Zeit (Steppe 1993b), sowie zur indischen Pflege (Steppe 1997).

Mittlerweile zeichnen sich weitere Veränderungen ab. Angestoßen durch die Etablierung von Pflegestudiengängen nimmt der Umfang der Pflegeforschungsaktivitäten in der BRD zu. Pflege wird zusehends zum Gegenstand und Thema von Forschung, womit begonnen wird, einen sich mittlerweile schmerzlich bemerkbar machenden Entwicklungsrückstand aufzuholen. Vor überhöhten Hoffnungen ist indes zu warnen, denn diejenigen, die bislang geforscht haben, sind inzwischen von der Akademisierung absorbiert und folglich mit Lehrfunktionen und Aufbauarbeiten befaßt. Ihre Forschungsexpertise fließt vorrangig in die Betreuung von Forschung - genauer von Lehrforschung ein. Pointiert formuliert: *Pflegeforschung ist gegenwärtig ein weitgehend studentisches Unternehmen* und findet vorwiegend im Rahmen von Diplomarbeiten und Dissertationen statt. Auch hier befinden wir uns also in einer experimentellen Situation, was ebenfalls für das dabei erreichte Niveau gilt. Betrachten wir den erreichten Stand eingehender, ergibt sich folgendes Bild:

Wir verfügen über Pflegeforschung „von unten“ (3.1), „von außen“ (3.2) und „von auswärts“ (3.3).

### **3.1 Pflegeforschung „von unten“**

Wie soeben angedeutet, hat sich trotz fehlender infrastruktureller Voraussetzungen in der Vergangenheit längst eine schleichende Verwissenschaftlichung der Pflege vollzogen. Pflegende haben in Eigeninitiative und ohne über geeignete Rahmenbedingungen zu verfügen begonnen, pflegerelevante Themenstellungen zu erforschen. Dabei sind zweierlei Strömungen beobachtbar: Zum einen wurden, mehr oder minder in Form von grassroot-Unternehmen, kleinere Forschungsvorhaben in der Praxis durchgeführt. Daneben haben sich Pflegende im Rahmen eines (in Ermangelung pflegewissenschaftlicher Studiengänge durchlaufenen) Studiums anderer Wissenschaften mit pflegerelevanten Themenstellungen befaßt (exemplarisch Elkeles 1990, Steppe 1997). Wie wichtig diese Aktivitäten für die Etablierung von Pflegewissenschaft und -forschung sind, zeigt ein Blick auf die Geschichte: So gehen viele der heute als klassisch geltenden Pflegetheorien auf Abschluß- und Qualifikationsarbeiten zurück, die Pflegende im Rahmen ihrer Ausbildung verfaßt haben (Moers/Schaeffer/Steppe 1997). Pflegeforschung ist anfänglich auf diese Weise entstanden.

Pflegeforschung „von unten“ hat mit der Akademisierung ihren Charakter verändert und muß inzwischen richtigerweise als „von innen“ bezeichnet werden. Im Zuge dieses Prozesses ist die Zahl an Forschungsaktivitäten gestiegen: Es gibt vermehrt drittmittelfinanzierte Studien (exemplarisch Höhmann/Müller-Mundt/Schulz. 1996, Dahlgaard/Schiemann 1995), erste Forschungsverbände konstituieren sich und doch überwiegt derzeit Forschung innerhalb von Qualifikationsarbeiten. Dazu gehören auch im Ausland erstellte pflegewissenschaftliche Promotionen (Arndt 1996, Bauer 1996, Osterbrink i.E.). Eingedenk dieser Tatsache kann die gegenwärtige Forschung gewissermaßen noch weitgehend als eine „von unten erfolgende“ betrachtet werden, die nunmehr aber auf der Basis einer anderen

Ausgangssituation, nämlich der Existenz von Pflegestudiengängen, erfolgt. Betrachten wir deren *thematische Schwerpunkte*, so liegen diese überwiegend auf dem Gebiet der Bedingungen pflegerischen Handelns: auf Fragen der Ausbildung (Althoff/Moers 1991, Bischoff 1991 und 1994, Ewers/Schaeffer 1998, Oelke 1991, Pinding/Thomas/Kirchlechner 1972), Qualifizierung und Professionalisierung (Haug 1995, Kellnhauser 1990, Schaeffer 1994, Weidner 1995), der Arbeitsbedingungen und -organisation (Bartholomeyczik 1993, Elkeles 1990), der Versorgungsgestaltung in der Pflege, der Vernetzung (speziell der Überleitung; Domscheit/Wingefeld 1996), der Qualitätsentwicklung (Dahlgaard/Schiemann 1995, Giebing 1990, Höhmann/Müller-Mundt/Schulz 1996, Kaltenbach 1991) etc. (siehe dazu u.a. die Dokumentation des DV Pflegewissenschaft). Forschung über das „Phänomen Pflegen“ (Dassen/Buist 1994), also research *in nursing* bzw. Forschung über pflegegenuine Fragen, ist bislang erst ansatzweise entwickelt.

### 3.2 Pflegeforschung „von außen“

Pflege war und ist darüber hinaus Thema von *Forschung in angrenzenden Disziplinen*, etwa in den Erziehungswissenschaften, in der Soziologie und speziell der Medizinsoziologie, Psychologie und den Gesundheitswissenschaften. Zentrale Themenschwerpunkte sind auch hier Fragen der Qualifizierung in der Pflege (exemplarisch Bals 1990, Büssing 1993, o.A. Riedel/Steininger 1992, van den Bussche/Dahlgaard/Pütjer 1990), der Organisation der Arbeit (Baumann/Zell 1992), der Arbeitssituation und -belastungen (Güntert/Orendi/Weyermann 1989, Mergner 1990), der Reichweite pflegerischer Versorgung in einzelnen Segmenten des Gesundheitswesens, speziell in der ambulanten Pflege (Damkowsky/Luckey 1988, Garms-Homolová/Schaeffer 1992, Schaeffer 1992b), der Inanspruchnahme pflegerischer Dienste, der Kooperation in der Pflege (Garms-Homolová/Schaeffer 1998).

Mit Einführung der Pflegeversicherung ist die Zahl an Studien zur Pflege rasant angewachsen und wurde Pflege auch zu einem wichtigen Thema der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion, die sich bis dahin eher durch Zurückhaltung ausgezeichnet hat (Rosenbrock/Schaeffer/Moers 1996). Zugleich hat sich der Themenschwerpunkt verlagert. Die Umsetzung und Auswirkungen der Pflegeversicherung (exemplarisch Rothgang 1996; Asam/Altmann 1995), Fragen der Qualitätsentwicklung und des Qualitätsmanagements (exemplarisch Garms-Homolová 1996; Güntert/Hoirsberger 1991, Ewers 1998) sowie der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit (exemplarisch Berg et al. 1996, Heigel/Rosenkranz 1994, Kliebusch et al. 1996) nehmen momentan einen breiten Raum ein. Auch hier ist ein Strukturproblem zu erwähnen: Mit steigender Tendenz werden pflegespezifische Fragestellungen im Rahmen von anderen Disziplinen bearbeitet, weil Pflegeforschung noch nicht hinreichend etabliert ist und es für sie an personellen und qualifikatorischen Ressourcen mangelt. Ein stellvertretend für andere anzuführendes Beispiel dafür ist die Problematik der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit.

Geht es um die Forschungsbefunde angrenzender Disziplinen, sind eine Reihe anderer Studien zu erwähnen, etwa solche, die sich nicht unmittel-



bar mit der Pflege selbst befassen, wohl aber Themenstellungen aufgreifen, die für Pflegewissenschaft und -forschung von großer Relevanz sind. Exemplarisch sei hier auf die Frage der Interaktionsgestaltung in helfenden Berufen verwiesen (Hildenbrand 1991, Rommelspacher 1986, Sahle 1987, Schneider 1987, Schaeffer 1992b, Schmitz 1983), auf Studien zur Erforschung chronischer Krankheit (Badura 1981a und 1981b, Broda 1987, Bury 1982, Charmaz 1991, Corbin/Strauss 1993, Fischer 1987, Gerhart 1986, Krajic et al. 1997, Strauss/Glaser 1984, Schaeffer 1995b, Muthesis/Schaeffer 1997), zur Situation psychisch kranker Menschen sowie generell auf Befunde gerontologischer Forschung. Des weiteren sind Arbeiten zur Systemgestaltung (etwa zum System Krankenhaus: Badura/Feuerstein/Schott 1993), und zu Managementproblemen im Gesundheitswesen (Schwartz/Wismar 1997, Schwartz et al. 1995) zu erwähnen.

Hier harrt also ein großer Fundus an empirischen Erkenntnissen der Bergung. Wenngleich es sich auch dabei weitgehend um *research on nursing* handelt oder gar um Forschung im Umfeld von Pflege, gilt es diese Forschungsarbeiten zunächst einmal zusammenzutragen, in ihrer Relevanz für die Pflege zu prüfen und fruchtbar zu machen.

### **3.3 Pflegeforschung „von auswärts“**

Darüber hinaus liegt aus all jenen Ländern, in denen Pflegeforschung bereits etabliert ist, eine Fülle an Arbeiten vor. In den USA wurde Pflegeforschung bereits 1985 politisch zu einer der Hauptrichtungen der Gesundheitsforschung erhoben, indem das „National Center for Nursing Research“ zu einer Abteilung des „National Instituts of Health“ ernannt wurde (Botschafter/Steppe 1994). 1993 wurde es erneut aufgewertet und zum „National Institut of Nursing Research“ erklärt und damit anderen Instituten gleichgestellt. Pflegeforschung hat hier inzwischen einen Stand erreicht wie in keinem anderen Land und folglich eine breite Themenpalette vorzuweisen. Sie aufzuarbeiten, einen Überblick über den internationalen Forschungsstand zu gewinnen und ihn für die hiesige Diskussion zu erschließen, ist eine wichtige Aufgabe bei dem Aufbau von Pflegeforschung in Deutschland. Das gilt ebenfalls für die auf internationaler Ebene geführte Diskussion über Methodologie und Methoden der Pflegeforschung. Einblick in diese Diskussion zu gewähren, kann hier allenfalls grob erfolgen.

Der Schwerpunkt liegt hier wie auch in anderen Ländern vorrangig auf anwendungsorientierter Forschung und klinischer Pflegeforschung. Dem Bereich der Grundlagenforschung wurde lange Zeit - wie heute selbstkritisch konstatiert wird - zu wenig Aufmerksamkeit beigemessen. Diesem Defizit zu begegnen, gilt mittlerweile als vordringliche Aufgabe (ebenda).

Betrachten wir die thematischen Entwicklungslinien, so stellen sich diese für alle Länder vergleichbar dar: Die Schwerpunkte der Forschung lagen, in Korrespondenz zu den durch die Akademisierung aufgeworfenen Entwicklungserfordernissen, zunächst auf Fragen der Ausbildungsgestaltung, der Curriculumentwicklung, der Arbeitsorganisation, der Positionsveränderung der Pflege im Gefüge der Gesundheitsberufe und auf Problemstellungen, die die Transformation von intuitiv-erfahrungsorientiertem hin zu wissenschaftlich begründetem, systematischem Pflegehandeln aufwirft.

Dies konstatiert McFarlane für Großbritannien (1977), betont Meleis für die USA (1997) und bestätigt v. Maanen für Kanada (1996). Erst später, nachdem Aufbau und Konsolidierung von Pflegestudiengängen und -wissenschaft einigermaßen abgeschlossen waren, verlagerten sich die Themenschwerpunkte der Forschung von den Kontextbedingungen pflegerischen Handelns auf pflegegenuine Fragen.

Heute lassen sich folgende Themenschwerpunkte identifizieren, die unter pflegerelevanten Gesichtspunkten bearbeitet werden (siehe dazu u.a. Brenner 1996, Corbin 1997):

- Chronische Krankheit,
- HIV und Aids,
- Maternal and Infant Health (also Gesundheit von Müttern und Kindern),
- Gesundheitsförderung in der Pflege,
- Umgang mit bzw. Management von Krankheitssymptomen und Funktionseinschränkungen,
- Wundheilung und Schmerzmanagement,
- Bewältigung von Technologieabhängigkeit,
- technologische Entwicklung und Pflege (z.B. Informationssysteme in der Pflege), Kostenwirksamkeit und „Out Come Orientation“, also Ergebnisorientierung und ihr subsumiert
- Qualitätsmanagement,
- Professionalisierung der Pflege, z.B. Entwicklung professioneller Pflegerollen und -aufgaben,
- Pflege in nicht-traditionellen Settings.

Das zum Einsatz kommende Spektrum an Methoden reicht von herkömmlichen Instrumenten der in den Natur- und Sozialwissenschaften üblichen quantitativen Methoden bis zu den vorwiegend aus den Human- und Sozialwissenschaften stammenden qualitativen Methoden und Methodologien. Wenngleich nach wie vor quantitativ orientierte und multimethodische Studien, denen ein Mix aus quantitativen und qualitativen Methoden unterliegt, überwiegen, wird der Arbeit mit qualitativen Methoden seit einiger Zeit der Vorzug gegeben<sup>2</sup>. Am weitesten verbreitet sind in dieser Pflegeforschungstradition Arbeiten, die sich auf die Grounded Theory, Ethnographie und interpretative Phänomenologie stützen.

Dieser Überblick zur Pflegeforschung „von auswärts“ zeigt, daß hierzulande bei der Etablierung von Pflegeforschung keineswegs Neuland zu betreten ist, wohl aber dürften auch hier Aufarbeitungen, Systematisierungen und kritisch-analytische Sichtungen zunächst eine prioritäre Aufgabe sein. Dieses gilt für die Vielzahl an vorliegenden anwendungsbezogenen Forschungsarbeiten, ganz besonders aber für die international ebenfalls als nicht ausreichend entwickelt betrachtete Grundlagenforschung. Eine solche kritisch-analytische Sichtung sollte sich auf drei Aufgaben konzentrieren: (1) die Analyse der Themen und Themenkarrieren in der internationalen Pflegeforschung, (2) die Identifikation von Forschungserfordernissen und -lücken und schließlich (3) die Bergung und Integration wichtiger bereits vorliegender Erkenntnisse in die hiesige Diskussion. Vor allzu eiliger Übertragungsfreude internationaler Trends und Erkenntnisse ist indes zu

---

<sup>2</sup> Nicht zuletzt hängt dies mit der Theoriedebatte und der Umorientierung von deduktiv-rationalistisch hin zu induktiv-empirisch gestützter Theoriebildung zusammen.

warnen. Die Übernahme andernorts gewonnener Erkenntnisse und kopierfähig erscheinender Forschungsstrategien führt allzu rasch in die Sackgasse, wenn nicht die Transferbedingungen genau geprüft und die anderen kontextuellen Gegebenheiten beachtet werden.

## 4. Entwicklungsperspektiven für das IPW

Aus den vorangegangenen Ausführungen sollte deutlich geworden sein, daß unbeschadet aller in den letzten Jahren erreichten Erfolge bei dem bundesdeutschen Aufbau von Pflegewissenschaft noch viele Aufgaben zur Lösung anstehen. Während der zurückliegende Auf- und Ausbau von Pflegewissenschaft in horizontaler Hinsicht beachtliche Ausmaße aufzuweisen hat, bestehen die großen Herausforderungen der Zukunft darin, ihm in vertikaler Hinsicht zu einer sinnvollen Kontur zu verhelfen. Das gilt „nach unten“, hin zur Praxis, in der der Problemdruck steigt und tragfähige Lösungskonzepte drängender denn je sind, wie vor allem auch „nach oben“, wo eine der vordringlichsten Herausforderungen darin besteht, das Vakuum auf der Ebene der Wissenschaftsentwicklung in der Pflege zu füllen.

Sie anzugehen und die Entwicklung dieser in der Wissenschaftslandschaft neuen Fachdisziplin voranzutreiben, ist eine zentrale Aufgabe des 1995 an der Universität Bielefeld gegründeten und an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften angesiedelten Institut für Pflegewissenschaft (IPW). Als eines der ersten universitären pflegewissenschaftlichen Zentren trägt das IPW besondere Verantwortung für die Entwicklung und Etablierung dieser in der Bundesrepublik neuen wissenschaftlichen Disziplin. Die generellen auf der Ebene der Theorie-, Methoden- und Forschungsentwicklung sowie im Bereich der Nachwuchsförderung mit der Wissenschaftsentwicklung verbundenen Erfordernisse wurden in den zurückliegenden Ausführungen bereits benannt. Im folgenden werden vor diesem Hintergrund nun die gegenwärtigen Schwerpunktsetzungen des Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld dargestellt.

### 4.1 Ausbildung wissenschaftlichen Nachwuchses

Hinsichtlich der Sicherung der Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses besteht die prioritäre Aufgabe des IPW darin, pflegewissenschaftliche Studienmöglichkeiten zu eröffnen, die auf Ausbildung wissenschaftlicher und forschungspraktischer Kompetenz zielen, Anschluß an die Fachhochschulstudiengänge ermöglichen und Zugang zu Promotionen schaffen. Um dies zu ermöglichen, ist ein *mehrstufiges Programm* vorgesehen.

An die gewachsenen Strukturen der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld anknüpfend wird in einem ersten Schritt das Ziel verfolgt, Pflegewissenschaft als Schwerpunktfach in den postgraduierten Studiengang der Fakultät für Gesundheitswissenschaften zu integrieren. Mit den dazu erforderlichen Aufgaben (Curriculumrevision, Veränderung der Prüfungsordnung etc.) wurde bereits begonnen. Eingedenk der zurückliegenden Ausführungen kommt diesem Schritt die Funktion eines Einstiegs zu, der - so die Planung - Fachhochschulabsolventen Zugang zu weiterführenden universitären pflegewissenschaftlichen Studienmöglichkeiten eröffnet. Dabei wird einem Modell gefolgt, das in den Niederlanden bereits routinisiert ist. Auch in den USA hat es in Form von Public Health Nursing Vorläufer. Wie bei allen Einstiegsstrukturen wird allerdings zu prüfen sein, ob das gefundene Modell sinnvoll ist und auf Dauer beibehalten werden sollte oder ob es einer Übergangslösung

gleichkommt. Um Zeitverzögerungen zu vermeiden, werden deshalb in einem zweiten, parallelen Schritt die Bedingungen und Erfordernisse der Etablierung eines pflegewissenschaftlichen (Aufbau-)Studiengangs geprüft. Des weiteren wird mit der Klärung der Implementationsvoraussetzungen eines *promotionsvorbereitenden Studienprogramms* begonnen. Dessen Realisierungschancen sind angesichts der wissenschaftspolitischen Situation in Nordrhein-Westfalen derzeit noch ungewiß. Die Dringlichkeit ist aus wissenschaftspraktischer Sicht jedoch allgegenwärtig: Die Zahl der am IPW eingehenden Promotionsanfragen ist hoch. Deshalb wurden bereits jetzt, ohne über die dazu erforderlichen Strukturen zu verfügen, Promotionsbegleitungen angenommen. Außerdem wurden im Rahmen des von der Fakultät beantragten Graduiertenkollegs weitere Promotionsmöglichkeiten gesichert.

Geht es um die Sicherung pflegewissenschaftlicher Kompetenz, ist angesichts der aktuellen Situation eine weitere Aufgabenstellung von hoher Priorität: in enger Kooperation mit den Fachhochschulen nach Kompensationsregelungen zu suchen, um die derzeit defizitäre Situation im Bereich der Nachwuchsförderung auszugleichen und weitere Abwanderungen in das Ausland zu vermeiden. Des weiteren ist erforderlich, eine ineinandergreifende vertikale Ergänzung der derzeit bestehenden und zukünftig geplanten Studiengangsstruktur herzustellen.

#### **4.2 Theorie- und Methodenentwicklung**

Die Etablierung des wissenschaftlichen Fachs auf universitärer Ebene zu forcieren, impliziert zudem, sich der Theorie- und Methodenentwicklung zu widmen. Hierbei werden zunächst weitere Auseinandersetzungen mit der vorliegenden Theorietradition im Mittelpunkt stehen - eine Aufgabe, mit der auf individueller Basis bereits begonnen wurde (exemplarisch Schaeffer et al. 1997) und die nun im Kontext des IPW kontinuieriert werden soll. Dabei ist der Anschluß an sich bildende Diskussionsforen der „scientific community“ in der Pflege zu suchen und der Prozeß kritisch-analytischer Sichtung der pflegetheoretischen Denkansätze fortzuführen. Eingedenk der zurückliegenden Ausführungen zum Verlauf der pflegetheoretischen Entwicklung wird dabei weniger die weitere Popularisierung von Theorieansätzen der Anfangsphase der Theoriebildung - der sogenannten „grand theories“ - im Vordergrund stehen, wiewohl diese die derzeitige pflegetheoretische Diskussion in der Bundesrepublik dominiert. Ebenso wenig wird der Akzent auf die Weiterentwicklung, Fundierung und Anreicherung der vorliegenden pflegetheoretischen Tradition gesetzt. Vielmehr wird das Gewicht darauf gelegt, an eine Theoriebildungstradition anzuknüpfen, die sich der Entwicklung von Theorien kleiner Reichweite bzw. von situationsspezifischen Theorien widmet - nicht nur, weil dies inzwischen in der internationalen pflegetheoretischen Diskussion präferiert wird, sondern weil diese den größten Nutzen für den Aufbau von Pflegewissenschaft versprechen (ebenda, Meleis 1997). Verbunden damit wird induktiven Strategien der Theorieentwicklung der Vorzug gegeben und eine Theoriebildung angestrebt, die sich aus empirischen Tatbeständen generiert. Daraus erwachsen nicht nur Konsequenzen für die Forschung, sondern auch für die Methodenentwicklung.

Soll Theorieentwicklung zukünftig weitaus mehr als in den zurückliegenden Phasen auf empirischer Basis erfolgen, muß alsbald die Diskussion methodologischer und methodischer Fragen eröffnet werden. Auch auf diesem Gebiet wird sich das IPW engagieren. Beispielsweise ist für 1999/2000 eine Methodentagung geplant, die sich auf qualitative Methoden der Pflegeforschung konzentrieren wird.

#### **4.3 Aufbau von Pflegeforschung**

Ein weiteres Aufgabengebiet des IPW stellt der Aufbau von Pflegeforschung dar, vordringlich der Aufbau von *Grundlagenforschung*. Sie ist erforderlich, um eine wissenschaftliche Grundlegung der Pflege und die Entwicklung eines eigenständigen, universal gültigen Wissenskorpus zu ermöglichen. Sie ist auch angesichts der soeben präferierten Theorieentwicklungsstrategie vonnöten, denn diese verlangt eine enge Verknüpfung von Theorie- und Forschungsentwicklung.

Aufbau von Grundlagenforschung impliziert angesichts der aktuellen Situation in Deutschland, sich zunächst einmal mit Aufbauvoraussetzungen zu befassen. Dazu gehört - wie zuvor erwähnt - die Identifikation von Forschungserfordernissen, die Bildung eines Forscherpotentials sowie die Suche nach materiellen Ressourcen. Pflegeforschung wird bislang nur von sehr wenigen Förderinstanzen finanziell unterstützt. Die daraus erwachsende Konsequenz: auch heute ist Pflegeforschung - trotz beachtlicher Aktivitäten - noch immer tendenziell ein „grass-root“-Unternehmen. Forschungsverbünde wie etwa im Bereich Public Health existieren nicht, obschon die Zahl an Pflegestudiengängen die der gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge längst weit übersteigt. Um hier eine Veränderung einzuleiten, sind folgende Schritte geplant: Aufbau von Kooperationsstrukturen und -netzwerken innerhalb der pflegewissenschaftlichen Community, Gründung eines Forschungsverbunds, Ermittlung von Fördermöglichkeiten und Konzeptualisierung von Forschungsvorhaben. Bereits jetzt lassen sich wichtige Themenstellungen auflisten, die Bestandteile eines der Grundlagenforschung dienlichen Verbunds sein müssen, so z.B. die Analyse der Professionalisierungsverläufe in Ländern mit Erfahrungsvorsprung, um aus den dort gewonnenen positiven und negativen Erfahrungen Anhaltspunkte für die weitere Steuerung in der Bundesrepublik zu erhalten. Weitere wichtige Forschungserfordernisse liegen im Bereich der Pflege-Patient-Interaktion - speziell in nicht-traditionellen Settings, der Analyse des spezifischen und unverwechselbaren Zugriffs der Pflege und ihres Beitrags zur Wahrung der gesundheitlichen Integrität der Gesellschaft, in der Auseinandersetzung mit Fragen des (Pflege)bedarfs und der -bedürftigkeit und ihrem Spannungsverhältnis, der wissenschaftlichen Grundlegung neuer Aufgabenstellungen in der Pflege (Gesundheitsförderung, Rehabilitation etc.) und neuer Pflegerollen (Anleitung, Beratung, coaching etc.), der Bedeutung der Pflege für die Bewältigung chronischer Krankheit und Autonomiebeeinträchtigung sowie bei der Bewältigung von Transitionen in der Gesundheitsbiographie etc.. Mit diesem keineswegs systematischen Einblick soll angedeutet werden, wie breit das sich dabei stellende Themenspektrum ist.

Angesichts der Problemfülle in der Pflegepraxis muß darüber hinaus dem Aufbau von *anwendungsorientierter* Forschung hoher Stellenwert verliehen werden. Diesbezüglich kann am IPW auf eine bereits existente Tradition zurückgegriffen werden. Gleichwohl werden auch hier - in Anbetracht der zurückliegenden Skizzierung der bestehenden Forschungslandschaft - zunächst einmal systematische Analysen, Planungen und Schwerpunktsetzungen erfolgen müssen, wenn der Gefahr entgangen werden soll, sich im Gewirr der forschungsträchtigen Problemvielfalt zu verlieren. Aus der Beschäftigung mit dem internationalen Entwicklungsstand der Pflegeforschung ergibt sich außerdem, daß zu vermeiden ist, sich überwiegend mit Fragen auseinanderzusetzen, die sich in diesem Frühstadium als vordringliche aufdrängen. Mit anderen Worten: Pflegeforschung muß sich zweifelsohne mit Fragen der Bedingungen des Pflegehandelns befassen (sei es im Bereich der Bildung oder der institutionellen settings), sollte dieses aber nicht ausschließlich tun. Bereits heute und nicht erst mit abermaliger Zeitversetzung ist damit zu beginnen, Forschung über den *Kern der Pflegetätigkeit*, über pflegegenuine Fragen zu implementieren. Nicht in Vergessenheit geraten darf außerdem, im Rahmen anwendungsorientierter Pflegeforschung jenen Herausforderungen besondere Beachtung zu schenken, die einst Auslöser für die Akademisierung der Pflege waren. Ähnliches gilt für die aus dem gesundheitspolitischen Paradigmenwechsel resultierenden Anforderungen in der Praxis, die verlangen, trotz schwieriger Ausgangskonstellation zu einer dem Bedarf und den Bedürfnissen der heute dominanten Patientengruppen angemessenen pflegerischen Versorgung beizutragen und restriktiven Entwicklungstendenzen entgegenzusteuern. Vor diesem Hintergrund lassen sich im Bereich anwendungsorientierter Forschung folgende Themenstellungen identifizieren, die für die Arbeit des IPW leitend sind:

#### Umorientierung des Pflegehandelns

- Bedeutung der Pflege für die Erhaltung von Selbständigkeit;
- Gesundheitsförderung und Ressourcenorientierung, Pflege und Rehabilitation: Ansatzpunkte, Konzepte und Erfahrungen;
- Unterstützungsbedarfe und -bedürfnisse bei der Krankheitsbewältigung aus der Sicht der Erkrankten;
- Beurteilung des Pflegegeschehens aus Patientensicht.

#### Veränderte Anforderungen und Umstrukturierungen in pflegerischen Praxisfeldern

- Pflege bei unterschiedlichen Typen chronischer und chronisch-degenerativer Krankheit;
- neue edukative Aufgabenstellungen in der Pflege: Symptommanagement; Patientenanleitung, Krankheitsanpassung, Bewältigung der Schnittstelle Mensch-Technik;
- veränderte Handlungsbedingungen und Anforderungen in der ambulanten Pflege;
- neue Anforderungsprofile in der Krankenhauspflege;
- Pflegebedürftige aus anderen Kulturkreisen, „transkulturelle“ Pflege;
- Pflege Sterbender.

### Versorgungsintegration und -kontinuität

- Kooperation und Schnittstellenregulation in der Pflege;
- anwaltschaftliche Funktionen der Pflege, „Case-, Care-, Pathway- oder Verlaufsmanagement“;
- Pflege in informellen Hilfenetzen.

### Qualitäts- und Ergebnisforschung in der Pflege

- auf der Ebene des Pflegehandelns: Voraussetzungen, Instrumente und Wirkungen pflegerischer Interventionen;
- auf der Ebene unterschiedlicher institutioneller Settings;
- auf methodischer Ebene: Konzepte, Instrumente und Kriterien zur Qualitätssicherung.

### Professionalisierungsprozesse in der Pflege

- Rückwirkungen der begonnenen Professionalisierung auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie auf den zukünftigen Qualifikationsbedarf in der Pflege;
- Pflegende in der Rolle von „change agents“.

Soweit einige Überlegungen zu künftigen Prioritätensetzungen, die im Rahmen der fortlaufenden Programmdiskussionen am IPW weiter zu konkretisieren sein werden.

## **4.4 Wissenstransfer**

Als letztes in diesem Zusammenhang ist das Thema Wissenstransfer anzusprechen - einer weiteren, mit hohem Stellenwert versehenen Aufgabenstellung am IPW. Von Beginn an, so wurde zuvor festgestellt, ist bei der Wissenschaftsentwicklung darauf zu achten, der Gefahr der Abkoppelung von Theorie und Praxis zu entgehen und ein enges Zusammenwirken beider anzustreben. Dies gelingt nicht durch normative Kontrolle der Wissenschaftsentwicklung - wie der bereits in diesem Zusammenhang zitierte Kollege Axmacher nachhaltig betont - ebenso wenig durch Bevormundung der Praxis durch die Wissenschaft, als vielmehr dadurch, daß nach Strategien der Wissenschaftsentwicklung gesucht wird, die ein Ineinandergreifen ermöglichen. Eine dieser Strategien besteht in der Konzentration auf situationsbezogene Theoriebildung, eine andere in der anzustrebenden Fokussierung der Pflegeforschung auf Praxisprobleme, und eine weitere darin, den Ergebnistransfer inclusive der zuvor benannten konzeptionellen Aufgaben zu sichern. Die Realisierung all dessen hängt freilich davon ab, inwieweit es gelingt, ein *enges Kooperationsnetz* von Theorie und Praxis, genauer gesagt: von allen mit der Innovation und Transformation der Pflege befaßten Instanzen aufzubauen. Mit der Realisierung dessen und somit auch der Einbindung des IPW in die weitläufige pflegepraktische und -wissenschaftliche Landschaft wurde in der Vergangenheit bereits begonnen. Für die folgende Zeit harren hier jedoch eine ganze Reihe weiterer Vernetzungsaufgaben.



Wissenstransfer umfaßt angesichts des bundesdeutschen pflegewissenschaftlichen Entwicklungsrückstandes jedoch mehr und muß sich auch auf die Herstellung von Kooperationsbeziehungen innerhalb der pflegewissenschaftlichen Community auf internationaler Ebene erstrecken. Auch diese Aufgabe wurde bereits angegangen, sie fortzusetzen ist ebenfalls der Zukunft vorbehalten.

## Schlußbetrachtung

Soweit eine erste Bilanzierung des gegenwärtigen Entwicklungsstandes der bundesdeutschen Pflegewissenschaft und der Profilbildung des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), dem als einem der ersten universitären pflegewissenschaftlichen Zentren besondere Verantwortung bei der Entwicklung dieser in Deutschland neuen wissenschaftlichen Disziplin zukommt. Angesichts der anhaltend hohen Entwicklungsdynamik ist der hier skizzierte Prozeß der Profilbildung keineswegs abgeschlossen, vielmehr wird er in der folgenden Zeit eine kontinuierliche Revision und weitere Akzentuierung erfahren müssen. Dabei ist es hilfreich, sich folgendes in Erinnerung zu rufen:

Mit rasantem Tempo hat an der Schwelle zum 21. Jahrhundert die Neukonstituierung der bundesdeutschen Pflege begonnen und dieser Um bzw. Neubau berührt gegenwärtig alle Ebenen pflegerischen Handelns: er zieht sich durch vom Fundament (der Praxis) bis zum Dachfirst (der sich formierenden Wissenschaft), und überall wird zum Teil aufeinander bezogen, teils unabhängig voneinander, in jedem Fall aber gleichzeitig gebaut. Die dabei zu bewältigenden Herausforderungen sind nach wie vor immens und mit ungeahnten Hürden versehen. Dabei darf nicht vergessen werden, welche *enormen Aufbauleistungen* bei der Entwicklung von Pflegewissenschaft hinter uns liegen und welche unbestreitbaren Erfolge bereits errungen werden konnten. Sie zu sichern und auszubauen und damit nicht nur die Professionalisierung und Autonomisierung dieses traditionsreichen (Frauen)berufs voranzutreiben, sondern vor allem einen Beitrag zur Innovation des bundesdeutschen Gesundheitswesens zu leisten, sollte sowohl Ziel als auch Motivation für die kommenden Jahre sein.

## Literatur

- Althoff, R./Moers, M. (1991): Zur Ausbildungssituation in den Berliner Krankenpflegeschulen. *Krankenpflege* 45, 6, 314-347
- Arndt, M (1996): *Ethik denken - Maßstäbe zum Handeln in der Pflege*. Stuttgart/New York: Thieme.
- Asam, W. H./Altmann (1995): *Geld oder Pflege. Zur Ökonomie und Reorganisation der Pflegeabsicherung*. Freiburg: Lambertus
- Axmacher, D. (1991): *Pflegewissenschaft - Heimatverlust der Krankenpflege?* In: Rabe-Kleberg, U./Krüger, H./Karsten, M./Bals, T. (Hrsg.): *Pro Person: Dienstleistungsberufe in der Krankenpflege und Kindererziehung*. Bielefeld: Karin Böllert KT Verlag, 120-138.
- Badura, B. (1981a): *Krankheitsübergreifende Belastungsfaktoren*. In: Badura, B. (Hrsg.): *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozial-epidemiologischer Forschung*. Frankfurt: Suhrkamp, 41-43.
- Badura, B. (Hrsg.) (1981b): *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Badura, B./Feuerstein, G./Schott, T. (1993): *System Krankenhaus*, München: Juventa.
- Badura, B./Feuerstein, G. (1994): *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung*. Weinheim/Basel: Juventa.
- Bals, T. (1990): *Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit*. Köln: Müller Botermann.
- Bartholomeyczik, S. (1993): *Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus*. In: Badura, B./Feuerstein, G./Schott, T. (Hrsg.): *System Krankenhaus. Arbeit, Technik, und Patientenorientierung*. Weinheim, Basel: Juventa, 83-99.
- Bartholomeyczik, S./Müller, E. (1997): *Pflegeforschung Verstehen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Bartholomeyczik, S./Dieckhoff, T./Drerup, E./Korff, M./Krohwinkel, M./Müller, E./Zegelin, A. (1990): *Die letzten Stunden der Nacht im Krankenhaus aus der Sicht der Nachtwache*. In: *Nursing Research for Professional Practice – Pflegeforschung für Professionelle Pflegepraxis*. Workgroup of European Nurse Researchers (WENR) und Deutscher Berufsverband für Krankenpflege e.V. (DBfK) (Hrsg.). *Krankenpflege*, Frankfurt/Main, 225-234.
- Bauer, I. (1996): *Die Privatsphäre des Patienten*. Bern: Huber.
- Baumann, M./Zell, U. (1992): In: *Die Arbeitssituation in der stationären Krankenpflege. Ausgewählte Ergebnisse einer Befragung in Krankenhäusern*. Prognos (Hrsg.): *Auf dem Weg aus der Pflegekrise? Neue Ideen und Lösungsansätze in der Krankenpflege*. Berlin: sigma, 41-66.
- Beck, U/Bonss, W. (Hrsg.) (1989): *Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Berg, H./Pick, P./Schmelzer, F./Stenner, D. (1996): *Epidemiologische und sozialmedizinische Aspekte der häuslichen Pflegebedürftigkeit*. *KrV*, 1, 7-12.
- Bienstein, C. (1988): *Darstellung der pflegerischen Bedeutung der Atmung in bundesdeutschen Kliniken und Vorstellung eines Meßinstrumentes zur Erfassung der Atemgefährdung oder -beeinträchtigung*. *Pflege*, 1, 120-130.
- Bischoff, C. (1991): *Der Weg zum Lehrberuf in der Pflege. Ein geschichtlicher Rückblick*. *PflegePädagogik*, 1, 6-15.
- Bischoff, C. (1992): *Frauen in der Krankenpflege - Zur Entwicklung der Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert*. Frankfurt/Main: Campus.

- Bischoff, C. (1994): Ziele wissenschaftlicher Lehrerausbildung in der Pflege – Lehrerausbildung und Pflegewissenschaft. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hrsg.): Public Health und Pflege. Berlin: Edition Sigma, 249-260
- Botschafter, P./Steppe, H. (1994): Theorie und Forschungsentwicklung in der Pflege. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hrsg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: Sigma, 12-86.
- Botschafter, P./Bischoff-Wanner, C./Schagen, U. (1982): Entwicklung und Erprobung eines dreijährigen Studienganges für Lehrkräfte an Lehranstalten für Medizinalfachberufe - LehrerInnen für Kranken- und Kinderkrankenpflege (Diplom). Abschlußbericht. Freie Universität Berlin: unveröffentlichtes Manuskript
- Brenner, M. H. (1996): A Future for Nursing Research in Germany: Applikations to Bielefeld University. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld: unveröffentlichtes Manuskript.
- Broda, M. (1987): Wahrnehmung und Bewältigung mit chronischer Krankheiten. Eine Vergleichsstudie unterschiedlicher Krankheitsbilder. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Bury, M. (1982): Chronic Illness as Biographical Disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4, 167-182.
- v. d. Bussche, R./Daahlgard, K./Pütjer, H.-J. (1990): Gegenwärtige und zukünftige Aufgaben der Krankenpflege. Hamburg.
- Büssing, A. (1993): Analyse von Qualifikationsanforderungen in der Krankenpflege. In: Badura, B./Feuerstein, G./Schott, T. (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik, und Patientenorientierung. Weinheim/Basel: Juventa, 100-121.
- Charmaz, K. (1991): Good Days, Bad Bays: The Self in Chronic Illness and Time. New Brunswick, New York: Rutgers Univ. Press.
- Corbin, J. (1997): The History and 'Science' of Nursing, San José: unveröffentlichtes Manuskript.
- Corbin, J./Strauss, A. (1993): Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie. München: Piper.
- Dahlgard, K./Schiemann, D. (1995): Qualitätsentwicklung in der Pflege – Voraussetzungen und Darstellung der Methoden der stationsgebundenen Qualitätssicherung. Baden-Baden: Nomos.
- Damkowsky, S./Luckey, K. (1988): Sozialstationen - Konzept und Praxis ambulanten Versorgung. Frankfurt/Main: Campus.
- Dassen, T./Buist, G. (1994): Pflegewissenschaft - Eine Betrachtung unter systematischen Gesichtspunkten. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hrsg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: Sigma, 87-102.
- Dewe, B. (1988): Wissensverwendung in der Fort- und Weiterbildung. Studien zum Umgang mit Wissen. Baden-Baden: Nomos.
- Dewe, B./Ferchhoff, W./Radke, F.-O. (1992): Das 'Professionswissen' von Pädagogen. Ein wissens-theoretischer Rekonstruktionsversuch. In: Dewe, B./Ferchhoff, W./Radke, F.-O. (Hrsg.): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Leverkusen: Leske & Budrich, 70-91
- Domscheit, S./Wingenfeld, K. (1996): Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen. Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder und Anforderungen, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
- Donaldson, S./Crowley, S. (1978): The Discipline of Nursing - an Introduction. Norwalk: Appleton & Lange.
- Elkeles, T. (1990): Arbeitsorganisation in der Krankenpflege - zur Kritik der Funktionspflege. Frankfurt: Mabuse.
- Ewers, M. (1998): Pflegequalität - Arbeitsbuch für die ambulante Pflege bei Aids. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg). Hannover: Schlütersche Verlagsanstalt.

- Ewers, M./Schaeffer, D. (1998): Qualität durch Qualifizierung. Teilbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum "Modellprojekt zur Förderung der Pflegebereitschaft bei schwerkranken und sterbenden Menschen am Beispiel AIDS". IPW Bielefeld/WZB Berlin: unveröffentlichtes Manuskript
- v. Ferber, C. (1993): Pflege und Pflegebedürftigkeit - eine Herausforderung für professionelle und ehrenamtliche Arbeit. In: Müller, H. W. (Hrsg.): Pflegenotstand - Not der Pflegenden und Gepflegten - Krankenpflege im Dienst der Gesundheit. Schriftenreihe der deutschen Zentrale für Volksgesundheit e.V. Frankfurt/Main, 9-21
- Fischer, W. (1987): Patientenarbeit. Biographischer und alltagsweltlicher Umgang mit medizinisch-therapeutischer Hochtechnologie. In: Lutz, B. (Hrsg.): Technik und sozialer Wandel. Verhandlungen des 23. Deutschen Soziologentages in Hamburg 1986. Frankfurt: Campus, 545- 551.
- Forsyth, P. B./Daniesiewicz, T. J. (1985): Toward a Theory of Professionalization. *Work and Occupations*, 12, 59-76.
- Freidson, E. (1986): *Professional Power. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. London, Chicago: University of Chicago Press.
- Garms-Homolová, V. (1996): Das RAI-System: Ein Weg zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker und pflegebedürftiger Personen. In: Walter, U./Paris, W. (Hrsg.): *Public Health. Gesundheit im Mittelpunkt*. Meran: Alfred & Söhne, 323-329.
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1990): Kiepenarbeit versus Beratung: Strukturprobleme sozialarbeiterischen Handelns im Krankenhaus. *Neue Praxis. Kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik*, 20, 2, 111-124.
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1992): Versorgung alter Menschen. Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen. Freiburg: Lambertus.
- Garms-Homolová V./Schaeffer, D. (1997): Was kann Public Health in der Praxis leisten? Ältere und Alte. In: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban & Schwarzenberg, 536-549.
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1998): *Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung*. Berlin: Ullstein/Mosby.
- Gerhart, U. (1986): *Patientenkarrieren*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Giebing, H. (1990): Qualitätssicherung pflegerischer Arbeit im Krankenhaus. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): *Symposium zur Qualitätssicherung. Forschungsbericht Gesundheitsforschung 203*. Bonn: BMA, 199-209.
- Grauhan, A. (1989): Krankenpflege und der tertiäre Bildungsbereich in der Bundesrepublik Deutschland. *Pflege*, 2, 1, 9-15.
- Güntert, B. J./Hoersberger, B. (1991): Qualitätssicherung im Krankenhaus. Können Qualitätszirkel helfen? *führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 3, 179-183.
- Güntert, B./Orendi, B./ Weyermann, U. (1989): *Die Arbeitssituation des Pflegepersonals - Strategien zur Verbesserung*. Bern: Huber.
- Haug, K. (1995): *Professionalisierungsstrategien, Durchsetzungspotentiale und Arbeitsteilung - eine Untersuchung bei deutschen und englischen Pflegekräften*. Paper der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 95-202. Berlin:WZB
- Heigl, A./Rosenkranz, D. (1994): Entwicklung der Pflegefälle in Deutschland 1990-2050. Ergebnisse demographischer Projektionen. *Gesundheitswesen*, 56, 581-586.
- Heller, A. (1995): Pflege und Public Health. Zur Situation und Entwicklung zweier gesundheitswissenschaftlicher Disziplinen. In: Heller, A./Schaeffer, D./Seidl, E. (Hrsg.): *Akademisierung von Pflege und Public Health*. Wien u. a.: Maudrich, 192-210
- Hildenbrandt, B. (1991): *Alltag als Therapie. Ablöseprozesse in der psychiatrischen Übergangseinrichtung*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber.

- Höhmann, U./Müller-Mundt, G./Schulz, B. (1996): Projekt: Einführung kooperativer Qualitätssicherungskonzepte im Krankenhaus. Zwischenbericht 1996 des Agnes Karll Institutes für Pflegeforschung.
- Kaltenbach, T. (1991): Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total-Quality-Managements. Melsungen: Bibliomed.
- Kellnhauser, E. (1990): Die Rolle der Pflegekammer bei der Professionalisierung des Pflegeberufs. Erfahrungen aus den USA. Die Schwester/Der Pfleger, 29, 8, 650-658.
- Kirkevoll, M. (1994): The Contribution of Nursing Research - Knowledge about the Patient. Keynote lecture auf der 7. WENR-Konferenz in Oslo, 3.-6. Juli 1994.
- Kliebisch, U./Siebert, H./Brenner, H. (1996): Beantragung und Gewährung von Leistungen für Schwerpflegebedürftige nach SGBV im Zeitraum 1991-1993. Gesundheitswesen, 58, 4, 231-219.
- Krajic, K./Grundböck, A./Grießler, E./Pelikan, J. M. (1997): Virtuelles Krankenhaus zu Haus - Konzeptualisierung und Umsetzungserfahrungen. Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 22, 2, 80-106.
- Krohwinkel, M. (1993): Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexierkranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozeßpflege. Baden-Baden: Nomos.
- Krohwinkel, M./Schröck, R./Bartholomeyczik, S. (1991): Zur Lage der Pflegeforschung in der Bundesrepublik Deutschland. Denkschrift im Auftrag des BMG. Frankfurt: Agnes Karll Institut für Pflegeforschung.
- v. Maanen, H. M. Th. (1996): Pflegewissenschaft in den USA: Ihre Entwicklung und Ergebnisse. Innovation der Pflege durch Wissenschaft. Universität Bremen: unveröffentlichtes Manuskript
- McFarlane, J. (1977): Developing a Theory of Nursing: the Relation of Theory to Practice, Education and Research. Journal of Advanced Nursing, 2, 267-270.
- Meleis, A. I. (1988): Doctoral Education in Nursing: It's Present and it's Future. Journal of Professional Nursing, 14, 6, 436-446.
- Meleis, A. I. (1997): Theoretical nursing. Development and progress. New York: Lippincott.
- Mergner, U. (1990): Arbeitsbelastungen in der Krankenpflege. Oberflächlicher Konsens, begrenztes Wissen und unzulängliche Veränderungen. Jahrbuch für Kritische Medizin, 15, 140-166.
- Mischo-Kelling, M./Wittneben, K. (1995): Pflegebildung und Pflegetheorien. München: Urban & Schwarzenberg.
- Moers, M./Schaeffer, D. (1993): Pflegestudiengänge und Pflegewissenschaften. Erfahrungen aus den USA. Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, 6, 1, 52-64
- Moers, M./Schaeffer, D./Steppe, H. (1997): Pflegetheorien aus den USA – Relevanz für die deutsche Situation. In: : Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H./Meleis, A. I. (Hrsg.): Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber, 281-295
- Muthesius, D./Schaeffer, D. (1997): Versorgungsverläufe aidserkrankter Frauen. Biographische und soziale Aspekte der Versorgungsnutzung. Paper der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 96-210. Berlin: WZB.
- Neander, K.-D./Birkenfeld, R./Flohr, H.-J./Geldmacher, V. (1989): Welchen Einfluß hat die Methode 'Eisen und Fönen' auf die Hautdurchblutung als Dekubitusprophylaxe? Krankenpflege, 43, 10, 506-508, 533.
- Neander, K.-D./Flohr, H.-J. (1993): Antidekubitusmatratzen im Vergleich. Bremen: Altera.
- Oelke, U.-K. (1991): Planen, Lehren und Lernen in der Krankenpflegeausbildung-Begründungsrahmen und Entwicklung eines offenen Curriculums für die theoretische Ausbildung. Baunatal: Recom.

- Orlando, I. J. (1987): Nursing in the 21<sup>st</sup> Century: alternate paths. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 405-412.
- Osterbrink, J. (1997): The Influence of deep breathing relaxation on anxiety, distress, and incisional pain of postoperative orthopaedic and abdominal surgical patients. Katholieke Universiteit Leuven: Faculty of Medicine
- Overland, G. (1994): Die Last des Mitfühlers - Aspekte der Gefühlsregulierung in sozialen Berufen am Beispiel der Krankenpflege. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Paseka, A. (1991): Gefühlsarbeit - Eine neue Dimension für die Krankenpflegeforschung. *Pflege*, 4, 3, 188-194.
- Pinding, M./Thomae, J./Kirchlechner, B. (1972): Krankenschwestern in der Ausbildung. Stuttgart: Thieme.
- Riedel, W./Steininger, S. (1992): Der Arbeitsmarkt für Krankenpflegeberufe. Bestimmungsfaktoren, zukünftige Entwicklungen und Lösungsansätze. In: Prognos (Hrsg.): Auf dem Weg aus der Pflegekrise? Neue Ideen und Lösungsansätze in der Krankenpflege. Berlin: Sigma, 17-40.
- Robert-Bosch-Stiftung (1996): Pflegewissenschaft. Grundlagen für Lehre und Forschung und Praxis. Denkschrift. Materialien und Berichte 46. Gerlingen: Bleicher.
- Rogers, M. E. (1991): Space-age paradigm for new frontiers in nursing. In: Parker, M. E. (Hrsg.): Nursing Theories in Practice. New York: Appleton Century-Crofts, 105-113.
- Rommelspacher, B. (1986): Zukunft des Helfens - Zukunft der Frauen? Zur professionellen Identität in Frauenberufen. In: Kleiber, D./Rommelspacher, B. (Hrsg.): Die Zukunft des Helfens - Neue Wege und Aufgaben psychosozialer Praxis. Weinheim/München.
- Rosenbrock, R. (1997): Gemeindenahe Pflege aus Sicht von Public Health., am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 197-203. Berlin: WZB
- Rosenbrock, R./Noack, H./Moers, M. (1993): Öffentliche Gesundheit und Pflege in NRW. Qualitative Abschätzung des Bedarfs in akademischen Fachkräften. Neuss: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- Rosenbrock, R./Schaeffer, D./Moers, M. (1996): Pflege und Public Health. In: Walter, U./Paris, W.: Public Health. Gesundheit im Mittelpunkt. Meran: Alfred & Söhne, 304-309
- Rothgang, H. (1996): Vom Bedarfs- und Budgetprinzip. Die Einführung der Pflegeversicherung und die Rückwirkung auf die gesetzliche Krankenversicherung. In: Clausen, L. (Hrsg.): Gesellschaft im Umbruch. Frankfurt/Main: Campus, 930-946
- Sahle, R. (1987): Gabe, Almosen, Hilfe - Fallstudien zu Struktur und Deutung der Sozialarbeiter-Klient-Beziehung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schaeffer, D. (1991): Probleme bei der Implementation neuer Versorgungsprogramme für Patienten mit HIV-Symptomen. *Neue Praxis. Kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik*, 21, 5 + 6, 392-406.
- Schaeffer, D. (1992a): Grenzen ambulanter Pflege. Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 92-210. Berlin: WZB
- Schaeffer, D. (1992b): Tightrape Walking. Handeln zwischen Pädagogik und Therapie. In: Dewe, B./Ferchhoff, W./Radke, O. (Hrsg.): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Leverkusen: Leske & Budrich, 200-229
- Schaeffer, D. (1994): Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbock, R. (Hrsg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: Sigma, 103-128.
- Schaeffer, D. (1995a): Pflegestudiengänge in den USA. Lernen für die Entwicklung im deutschsprachigen Raum. In: Heller, A./Schaeffer, D./Seidl, E. (Hrsg.): Akademisierung von Pflege und Public Health. Wien: Maudrich, 127-148.

- Schaeffer, D. (1995b): Prävention und Gesundheitsförderung chronisch Kranker als Aufgabe kurativer Institutionen. *Gesundheitswesen*, 57, 3, 145-150.
- Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbock, R. (Hrsg.) (1994): *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. Berlin: Sigma.
- Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H. (1997): *Pflegewissenschaft - Entwicklungsstand und Perspektiven einer neuen Disziplin*. In: Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H./Meleis, A. I. (Hrsg.): *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber, 7-16.
- Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H./Meleis, A. I. (Hrsg.) (1997): *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber.
- Schmitz, E. (1983): Zur Struktur therapeutischen, beratenden und erwachsenenpädagogischen Handelns. In: Schlutz, E. (Hrsg.): *Erwachsenenbildung zwischen Schule und sozialer Arbeit*. Bad Heilbrunn: Klinkhart, 60-78.
- Schneider, G. (1987): *Interaktion auf der Intensivstation. Zum Umgang des Pflegepersonals mit hilflosen Patienten*. Berlin: Michael Ernst-Pörksen.
- Schwartz, F./Wismar, M. (1997): *Planung und Management*. In: Schwartz, F. et al. (Hrsg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban & Schwarzenberg, 558-573.
- Schwartz, F. H./von Hofmann, W./Haase, I. (1995) (Hg.): *Gesundheitssystemforschung in Deutschland*. Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Cambridge, New York, Tokyo: VCH
- Sowinski, C. (1991): Stellenwert der Ekelgefühle im Erleben des Pflegepersonals. *Pflege*, 4, 3, 178-187.
- Steppe, H. (1990): *Pflegemodelle in der Praxis. Entwicklung und Strukturmodell. Die Schwester/Der Pfleger*, 29, 4, 291-293.
- Steppe, H. (1993a): *Pflege als Wissenschaft am Beispiel der Entwicklung in den USA*. In: Seidl, E. (Hrsg.): *Betrifft: Pflegewissenschaft. Beiträge zum Selbstverständnis einer neuen Wissenschaftsdisziplin*. Wien, München, Bern: Maudrich, 15-60.
- Steppe, H. (Hrsg.) (1993b): *Krankenpflege im Nationalsozialismus*. Frankfurt/Main: Mabuse
- Steppe, H. (1997): *„...den Kranken zum Troste und dem Judentum zur Ehre...“*. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag
- Sticker, A. (1989): *Frederike Fliedner und die Anfänge der Frauendiakonie*. Neuenkirchen: Vluyn.
- Strauss, A./Glaser, B. (1984): *Chronic Illness and the Quality of Life*. St Louis: Mosby.
- Travelbee, J. (1997): *Interpersonale Aspekte der Pflege*. In: Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H./Meleis, I. A. (Hrsg.): *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Bern u. a.: Huber, 99-122.
- Weidner, F. (1995): *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege*. Frankfurt: Mabuse.
- Wolters, P. (i.E.): *Pflegewissenschaft: Gegenstände, Fragestellungen, Methoden, Zukunftsperspektiven*.