

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

ISSN 1435-4081

P98-102

**Die Bedeutung der Pflegewissenschaft  
für die Professionalisierung der Pflege.  
Dokumentation einer Fachtagung**

Gesellschaft zur Förderung der  
Pflegewissenschaft NRW e.V. (Hrsg.)

Dokumentation und Bericht einer  
Fachtagung vom 12. März 1996 in  
Bielefeld

Redaktionelle Bearbeitung:  
Doris Schaeffer, Paul Wolters

Bielefeld, April 1998

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

Telefon: (0521) 106 - 3896  
Telefax: (0521) 106 - 6437  
E-Mail: IPW@Post.Uni-Bielefeld.De

## **Inhaltsverzeichnis**

Vorwort	3
<i>Angelika Dopheide</i> Grußwort der Oberbürgermeisterin der Stadt Bielefeld	5
<i>Helmut Skowronek</i> Grußwort des Rektors der Universität Bielefeld	7
<i>Wolfgang Bodenbender</i> Etablierung der Pflegewissenschaft in NRW: der gesundheits- und sozialpolitische Stellenwert des Instituts für das Land	9
<i>Gertrud Hundenborn</i> Zur Entwicklung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung	15
<i>Mary Farrell</i> Focal Points and Needs of Nursing-Research in International Comparison	23
<i>Silvia Käppeli</i> Standortbestimmung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung im deutschsprachigen Raum unter Berücksichtigung der internationalen Entwicklung	29
<i>Bernhard Güntert</i> Pflegewissenschaft als multidisziplinärer Wissenschaftsansatz im Kontext der Gesundheitswissenschaften	43
<i>Paul Wolters</i> Pflegewissenschaft: Gegenstände, Fragestellungen, Methoden, Zukunftsperspektiven. Zur Einführung der Pflegewissenschaft in Deutschland	55
AutorInnenverzeichnis	73



## Vorwort

Pflegewissenschaft bedarf in Deutschland einer beschleunigten nachholenden Entwicklung. Es fehlt bisher an theoretischen und empirisch-wissenschaftlichen Grundlagen für die Pflege. Die in den letzten Jahren neu entstandenen unterschiedlichen Pflegestudiengänge an den Hochschulen brauchen Pflegewissenschaft als zentrale Disziplin und als grundlegende Orientierung. Pflegeforschung ist zentrales Element des Aufbaus von Pflegewissenschaft. Dazu ist es wichtig, daß sie an den Hochschulen etabliert wird. Angesichts der gegenwärtigen Hochschulstruktur in Deutschland kommt der Einrichtung von pflegewissenschaftlichen Zentren an Universitäten deshalb besondere Bedeutung zu, weil der für ein neues Fach dringend benötigte wissenschaftliche Nachwuchs nur dort ausgebildet werden kann.

Das *Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)* wurde im Sommer 1995 als An-Institut der Universität Bielefeld eingerichtet. Träger des Instituts ist die *Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft NRW e.V. (GFP)*, deren Mitglieder die für Pflege wichtigen Einrichtungen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen sind. Geleitet wird das IPW seit 1997 von Professorin Dr. Doris Schaeffer, die zugleich die Professur für Pflegewissenschaft an der Fakultät für Gesundheitswissenschaft der Universität Bielefeld innehat.

Das Institut für Pflegewissenschaft versteht sich als ein Kristallisationspunkt für den Aufbau der Pflegewissenschaft in Deutschland. Ziel seines Forschungsprogramms ist es, zur wissenschaftlichen Entwicklung prioritärer Forschungsfelder in der Pflege beizutragen und Grundlagen zum Aufbau eines Forschungsnetzes Pflegeforschung zu legen. Die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses zur Promotion und Habilitation ist eine zentrale Aufgabe des Instituts.

Die nachfolgenden Texte dokumentieren die Referate einer Fachtagung mit dem Thema *Die Bedeutung der Pflegewissenschaft und der Gesundheitswissenschaften für die Professionalisierung der Pflege im europäischen Vergleich*. Die Tagung fand am 12. März 1996 im Ratssaal der Stadt Bielefeld statt und bildete zugleich den Gründungsakt des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Die Beiträge geben in vieler Hinsicht ihren Entstehungszusammenhang wieder. Ergänzt wurde diese Dokumentation durch den Bericht *Pflegewissenschaft: Gegenstände, Fragestellungen, Methoden, Zukunftsperspektiven. Zur Einführung der Pflegewissenschaft in Deutschland*. Bei diesem Beitrag handelt es sich um die Zusammenfassung einer Studie, die in der Aufbauphase des Instituts für Pflegewissenschaft erstellt wurde und die der ersten Orientierung im Zuge der wissenschaftlichen Verortung dieser Einrichtung im nationalen und internationalen Kontext diene.

Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft NRW e.V.  
- Herausgeberin -



## **Grußwort der Oberbürgermeisterin der Stadt Bielefeld**

Angelika Dopheide

Die Einrichtung des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld ist ein wichtiger Baustein auf dem Weg, die ständig wachsende Pflege-tätigkeit in unserem Land wissenschaftlich zu fundieren und zu qualifizieren. Zudem ist es längst überfällig, die Pflege endlich gegenüber der Medizin aufzuwerten.

Die Sicherstellung der Pflege wird in unserer Gesellschaft immer wichtiger. Die zunehmenden chronischen Erkrankungen bedeuten für viele ein Leben mit starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen. Neben der medizinischen Versorgung, die oftmals an ihre Grenzen stößt, wächst an diesem Punkt die Bedeutung von Rehabilitation und Pflege. Während sich allerdings die kurative Medizin immer weiter entwickelt hat, sind dagegen die pflegerischen beziehungsintensiven Leistungen bislang kaum Gegenstand von Wissenschaft und Forschung.

Das Pflegeinstitut macht es sich zur Aufgabe, die immer schwieriger werdende Arbeit in der Kranken-, Kinder- und Altenpflege sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich zu erforschen. Es will nach neuen Konzepten für ein professionelles Handeln suchen. Nach Konzepten, die die Bedürfnisse der zu Pflegenden stärker berücksichtigen. Denn qualifizierte "Pflegearbeit" und "Pflegedienste" sind zunächst für die Patienten von unermeßlicher Bedeutung - die Fragen, wer pflegt mich, welche Pflege bekomme ich, wie unterstützt sie mich, wie macht sie mein Leben erträglich, werden existentiell.

Die Qualität der Pflegearbeit und ihre ständige Überprüfung ist aber auch für die Pflegekräfte äußerst bedeutsam. Noch immer ist die Fluktuation in den Pflegeberufen enorm hoch. Die täglichen Anforderungen und Beschwerden überlasten viele Pflegekräfte sehr früh. Ihre Arbeitszufriedenheit und das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen sicherzustellen, ist eine große gesellschafts- und gesundheitspolitische Herausforderung.

Daß nun Bielefeld als Standort für das Pflegeinstitut ausgewählt wurde, freut mich besonders, hat aber natürlich auch seine Gründe. In den letzten Jahren ist es bereits gelungen, Bielefeld zu einem Zentrum der Qualifizierung, Forschung und Beratung für das Gesundheitswesen zu machen. Das wurde einerseits durch das enorme Engagement der Universität möglich und andererseits durch die Kooperationsbereitschaft der Gesundheitseinrichtungen unserer Stadt und Region. Nicht zu vergessen ist außerdem die kontinuierliche und systematische Unterstützung des Landes Nordrhein-Westfalen, hier insbesondere durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Eine Reihe von Einrichtungen bieten nun Wissenstransfer, Know-how und qualifizierte Arbeitskräfte für die gesamte Region und auch darüber hinaus: Die Fakultät für Gesundheitswissenschaften, das neuorganisierte Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst, der neue Studiengang Pflegepädagogik an der Fachhochschule und jetzt eben auch das neue Pflegeinstitut.

So bietet sich eine besondere Chance, Bielefeld als Zentrum in einer Gesundheitsregion zu profilieren. Denn in Ostwestfalen-Lippe gibt es landesweit eine einmalige Konzentration von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung. In den 22 Kur- und Heilbädern, Luft- und Kneippkurorten gibt es Versorgungs-, Rehabilitations-, Behinderten- und Pflegeeinrichtungen, die weit über die Region hinaus bekannt sind:

Klangvolle Namen wie Bad Oeynhausen, Bad Driburg, Horn-Bad Meinberg oder Bad Lippspringe. Bielefeld ist durch die von Bodenschwingschen Anstalten Bethel weltweit bekannt. Aber auch das Evangelische Johanneswerk und unsere leistungsfähigen Krankenhäuser werden weithin geschätzt.

Im Wettbewerb der Regionen und Standortvorteile gewinnt der Aufbau einer Gesundheitsregion immer mehr an Bedeutung. Das haben wir 1992 im mittelfristigen Entwicklungskonzept für Ostwestfalen-Lippe bereits deutlich festgestellt, womit klare Akzente gesetzt worden sind: für den Ausbau der wirtschaftlichen und beschäftigungspolitischen Aktivitäten in unserer Region in den Bereichen Gesundheit, Freizeit, Erholung, bewußte Lebensführung und Fremdenverkehr. Für die Kommunen und die Anbieter der Gesundheitsdienste bietet sich nun die Chance, sich als Teile dieser Gesundheitsregion zu verstehen und miteinander zu kooperieren mit dem Ziel, die jeweiligen Angebote sinnvoll aufeinander abzustimmen.

Bielefeld hat auf diese Entwicklung im Gesundheitswesen reagiert. Wir haben in der Wirtschaftsentwicklungs- und Marketinggesellschaft der Stadt einen eigenen Geschäftsbereich mit dem Titel "Wirtschaftsfaktor Gesundheit" gegründet. Unsere Aufgabe sehen wir vor allem darin, die Potentiale und Qualitäten der besonderen Gesundheitsinfrastruktur in Bielefeld herauszuarbeiten und weiterzuentwickeln. In einem Kooperationsprojekt eruiert die Wirtschaftsentwicklungsgesellschaft gemeinsam mit der Fakultät für Gesundheitswissenschaften für die Region OWL "neue Qualifikationsanforderungen und Qualifizierungsfelder für Beschäftigte im Gesundheitssektor". In diesem Zusammenhang streben wir auch die Kooperation mit dem Pflegeinstitut an. Wir erhoffen uns dadurch fruchtbare Ergebnisse.

In diesem Sinne wünsche ich dem neuen Institut viel Erfolg und Resonanz und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern einen interessanten Tagungsverlauf.

## **Grußwort des Rektors der Universität Bielefeld**

Helmut Skowronek

Ich darf Sie, als Vertreter ganz unterschiedlicher Institutionen und Organisationen, zu diesem Gründungsakt sehr herzlich begrüßen. Uns alle verbindet - bei aller Verschiedenheit - das Engagement im Bereich Pflege und damit auch das Engagement für das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, dessen Gründung wir heute feiern.

Welche gesellschaftliche Bedeutung dem Bereich Pflege in immer höherem Maße zukommt, das muß in diesem Kreis nicht noch besonders betont werden. Die sich immer mehr zugunsten hoher Lebensalter verschiebende demographische Struktur und, auch als eine Ursache dafür, die großen medizinischen Erfolge der letzten Jahrzehnte sorgen dafür, daß Pflege als Teil des Gesundheitssystems und damit auch als Prüfstand für eine humane Gesellschaft zusehends in den Mittelpunkt des Interesses rückt. Jeder spürt dies inzwischen zumindest über seine Beiträge zur Pflegeversicherung, und die Diskussion über diese Versicherung hat manchem bewußt gemacht, wie breit ausdifferenziert das Spektrum von Pflegeeinrichtungen inzwischen geworden ist. Anders als die sogenannte Apparatemedizin, über deren Dominanz immer mehr geklagt wird, wird Pflege immer ein außerordentlich personalintensiver Bereich bleiben, der durch technische Einrichtungen nur sehr bedingt optimiert werden kann. Dabei wird allmählich deutlich - und die gebührende gesellschaftliche Anerkennung dafür ist längst überfällig -, welche ungewöhnliche Leistungen tagtäglich von Pflegenden erbracht werden müssen, welchen außerordentlichen physischen wie psychischen Belastungen sie dabei ausgesetzt sind. Viele unter Ihnen wissen selbst am besten, was Schichtbetrieb in oft hektischer Umgebung, körperliche und psychische Anstrengungen beim direkten Umgang mit nicht immer einfachen Patienten u.v.m. bedeuten.

Der Bereich Pflege hat einen hohen Standard an unentbehrlichen Erfahrungen und Routinen erzeugt, die in der Ausbildung des Pflegepersonals und der Pflegelehrer eine zentrale Rolle spielen müssen. Ein lange bestehendes Desiderat ist die Ergänzung dieser aus unmittelbaren Anforderungen entwickelten Praxis durch wissenschaftliche Forschung und Lehre, d.h. die Etablierung von Pflege als wissenschaftlichem Fach. Dieses wissenschafts- wie sozialpolitisch wichtige Anliegen ist mit dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) in Nordrhein-Westfalen erstmals konkret beantwortet worden. Dabei haben die Ministerien für Arbeit, Gesundheit und Soziales und für Wissenschaft und Forschung eng kooperiert. Für das Resultat ist die Universität beiden Ministerien zu großem Dank verpflichtet. Wegen der neuen Wege, die dabei beschritten werden mußten, war die Etablierung des Instituts nicht ganz einfach. Um so zufriedener dürfen wir heute sein, und man sieht auch an diesem Entstehungsprozeß, wie unausweichlich wichtig letztendlich systematisches Durchdenken und Durchplanen bei komplexen Innovationen wie dieser sind. Es handelt sich hier wirklich nicht um einen Schnellschuß, sondern um einen inzwischen fünfjährigen Planungs- und Aufbauprozeß, in dem Sie persönlich, Herr Staatssekretär Bodenbender, und Ihr Ministerium eine ganz besondere Rolle gespielt haben: Ohne Ihr Engagement, Ihre Zähigkeit und Gestaltungskraft würde das Institut heute nicht existieren.

Durch die für Bielefeld neuartige und sehr sinnvolle Konstruktion, die durch den Innovations- und Kooperationswillen aller Beteiligten möglich wurde, ist eine strukturell günstige Einbindung des Instituts in die Universität gelungen. Der Direktor des von einer Trägergesellschaft garantierten Instituts ist gleichzeitig Professor an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität, und Pflegewissenschaft ist eine der Arbeitsgruppen der Fakultät. Das sichert eine enge Verflechtung von theoretischer Fundierung und Praxisfeldern. Aus der Praxis kommen die Kooperationspartner der Universität in der Trägervereinigung, und ich darf den Vertretern dieser Praxis für ihr, trotz enger Terminkalender, großes Engagement im Projekt Pflegewissenschaftliches Institut herzlich danken. Dies gilt für die verschiedenen Gremien der Gesellschaft, insbesondere aber für deren Vorstand, im einzelnen: Frau Hundenborn von der Caritas-Akademie Hohenlind, Herr Schophaus von den von Bodelschwingschen Anstalten Bethel, Frau Lanfermann vom Caritas-Verband für das Bistum Essen, Herr Holzgreve vom Landesverband des Sozialverbandes der Kriegs- und Wehrdienststopfer, Behinderten und Sozialrentner Deutschlands, Herr Kramer von der Stadt Bielefeld und Herr Nadolny von der AOK Westfalen-Lippe und der Pflegekasse bei der AOK Westfalen-Lippe.

Die Vernetzung mit Einrichtungen aus der Praxis ist ohnehin Kennzeichen der interdisziplinär arbeitenden Fakultät für Gesundheitswissenschaften, deren Spektrum mit dieser Gründung erheblich erweitert wird. Auch die Aufgaben für das Institut sind breit gefächert. Es geht um wissenschaftliche Forschung und Lehre, die die Arbeit in der Praxis theoretisch fundieren soll, aber auch um die Beratung privater und öffentlicher Träger und die Förderung der Weiterbildung. Selbstverständlich ist die Universität auch kooperationsbereit, wenn es um Aufbau und Betreiben von Pflegestudiengängen an Fachhochschulen geht. In der Forschung arbeitet das Institut bereits seit einem dreiviertel Jahr unter der kommissarischen Leitung von Prof. Badura und der kommissarischen Geschäftsführung von Dr. Wolters. Auch Ihnen beiden darf ich für die intensive Aufbauarbeit herzlich danken. In seiner letzten Sitzung im Februar hat der Senat der Universität eine Berufungsliste für die Besetzung der Professur für Pflegewissenschaft verabschiedet, so daß zu erwarten ist, daß das in enger Abstimmung mit dem Vorstand der Gesellschaft geführte Verfahren noch in diesem Jahr abgeschlossen werden kann.

Für die Universität bedeutet dieses neue Institut nicht zuletzt den Nachweis, auch unter inzwischen außerordentlich schwierigen Rahmenbedingungen einer Unterfinanzierung handlungs- und innovationsfähig zu sein. Sie hätte sich aber niemals auf diese Innovation eingelassen, wenn sie nicht entschieden überzeugt wäre, daß es sich um ein wissenschaftlich sinnvolles und zukunftsträchtiges Projekt handelt. Ich darf also nun auch offiziell das Institut für Pflegewissenschaft in der Universität Bielefeld herzlich willkommen heißen und ihm viel Erfolg für seine Arbeit wünschen!

## **Etablierung der Pflegewissenschaft in NRW: der gesundheits- und sozialpolitische Stellenwert des Instituts für das Land**

Wolfgang Bodenbender

Wo könnte die Entwicklung zu einer eigenständigen deutschen Pflegewissenschaft und Pflegeforschung besser beginnen und auch verlaufen als hier an der Universität Bielefeld im Rahmen der Fakultät für Gesundheitswissenschaften? Sie ist die erste Fakultät dieser Art in der Bundesrepublik überhaupt, und auch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, dessen Gründung wir heute feiern, ist bundesweit das erste.

Mit großer Freude und großem Dank blicke ich zurück auf die gemeinsamen Anstrengungen aller für Pflege in NRW Verantwortlichen zur Etablierung der Pflegewissenschaft und einer anwendungsorientierten Pflegeforschung an einer Universität unseres Landes. Besonders nennen möchte ich hier:

- die evangelische und die katholische Kirche in Nordrhein-Westfalen mit ihren Trägerverbänden und Einrichtungen der Diakonie und der Caritas,
- die Wohlfahrts- und die Behindertenverbände,
- die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen,
- die kommunalen Spitzenverbände, die Landschaftsverbände und die Rentenversicherungsträger sowie
- die Pflegeverbände und die in der Pflege tätigen sozialen Organisationen,
- schließlich die großen Pflegeeinrichtungen der von Bodelschwingschen Anstalten und des Ev. Johanneswerks hier in Bielefeld
- und nicht zuletzt die Stadt Bielefeld, die ebenfalls sehr hilfreich war.

Danken möchte ich Ihnen allen, die Sie an der Gründung der Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft NRW und am Aufbau des Instituts für Pflegewissenschaft als eines An-Instituts der Universität Bielefeld mitgewirkt haben, vor allem für die Unterstützung bei dem politischen Kraftakt zur Durchsetzung einer neuen Institution in Zeiten großer finanzpolitischer Sorgen. Danken möchte ich Ihnen für die aktive Mitwirkung bei dem diesem Forschungsinstitut zugrunde liegenden Konzept einer Gemeinschaftsaufgabe der Partner im Gesundheits- und Sozialwesen Nordrhein-Westfalens und damit einer dialog- und anwendungsorientierten Wissenschaftsinstitution.

Der Universität Bielefeld sei in diesem Zusammenhang besonders gedankt für die konstruktive Zusammenarbeit und für die Bereitschaft, mit dem An-Institut für Pflegewissenschaft und dem Arbeitsbereich Pflegewissenschaft in der Fakultät für Gesundheitswissenschaften bewußt im Bereich der Forschung den Weg des Dialoges mit der Praxis zu suchen und zu gehen, bei allen Veränderungen, die dieser Prozeß auch für die Universität mit sich bringen wird.

Für das Land ist die Etablierung der Pflegewissenschaft und der Pflegeforschung an einer nordrhein-westfälischen Universität aus gesundheits- und sozialpolitischer Sicht von strategischer Bedeutung:

- für die Weiterentwicklung der Pflege-Infrastruktur in unserem Land,
- für die grundlegende Erforschung von Lösungsvorschlägen für die systematische Verbesserung der pflegerischen Versorgung und

- für die Qualitätssicherung von Pflege als Dienstleistung im Gesundheits- und Sozialwesen.

Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang vor allem auf drei aktuelle Aspekte näher eingehen:

1. Wenn der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz und dem Pflegeversicherungsgesetz eingeleitete Strukturwandel des Gesundheits- und Sozialwesens Erfolg haben soll, muß Pflege eine *eigenständige* Rolle neben Ärzten und Einrichtungsträgern bei der Gestaltung und Weiterentwicklung der Leistungsangebote haben. Dazu ist eine Qualifizierung und Profilierung von Pflege auf wissenschaftlicher Grundlage unverzichtbar.
2. Der Ausbau und die Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur in Nordrhein-Westfalen, einschließlich der notwendigen Qualitätssicherung ist ohne die Anwendung wissenschaftlich abgesicherter Verfahren und ohne *anwendungsorientierte wissenschaftliche Dienstleistung* aus dem Bereich der Pflegeforschung nicht denkbar.
3. Das Institut für Pflegewissenschaft an der Fakultät für Gesundheitswissenschaft ist ein wesentlicher *Standortvorteil für die Gesundheitsregion Ostwestfalen-Lippe*. Gerade der Wissenschaftstransfer im Bereich Pflege kann die regionale Entwicklungsperspektive mit Blick auf eine Gesundheitsregion ausgezeichnet unterstützen.

### **Die eigenständige Rolle der Pflege bei der Leistungserbringung**

Daß die Pflege eine gleichberechtigte Aufgabe bei der Leistungserbringung im Gesundheits- und Sozialwesen haben muß, dies sagen mir vor allem die Vertreter der Kranken- und Pflegekassen immer wieder. Diese Forderung gilt nicht nur mit Blick auf die Pflegeversicherung. Wir befinden uns in einem Strategiewechsel der Gesundheitspolitik hin zu einer ganzheitlichen Sichtweise von Gesundheit und Krankheit. Gesundheit und Krankheit sind als die Resultate hochkomplexer Wechselwirkungen vernetzter natürlicher, sozialer und psychologischer Faktoren anzusehen. Eine vor allem auf die kurative individualmedizinische Therapie orientierte Versorgung wird mit Blick auf die Bewahrung der Gesundheit des einzelnen und der gesamten Bevölkerung als nicht mehr besonders wirksam eingeschätzt. Deshalb ist die Vernetzung der medizinischen und sozialen Dienste der Leistungssysteme im Gesundheits- und Sozialwesen das Grundprogramm der Zukunft, an dem wir gemeinsam arbeiten.

Im Krankenhaus ist Pflege als Teil der medizinischen Behandlung mit dem hohen Anteil an Personalkosten sowohl Akteur qualifizierter Leistungen als auch in die Bestrebungen um effektivere Arbeitsabläufe, um verbesserte Patientenversorgung und -betreuung und um die Erbringung von medizinischer Behandlung im Krankenhaus, als Teamleistung eingebunden. Noch deutlicher wird die eigenständige Rolle im Bereich der ambulanten und stationären Pflege mit einem hohen Maß an Eigenverantwortung für die Qualität der pflegerischen Versorgung. Aber auch bei der Vernetzung mit dem sozialen und medizinischen Unterstützungsbedarf des Patienten wächst den qualifizierten Pflegekräften eine besondere Verantwortung zu. Daran ändert auch die in

das Pflegeversicherungsgesetz einbezogene Pflege durch Angehörige im Prinzip nichts.

Pflege bedarf deshalb der Entwicklung und Orientierung an einem eigenen wissenschaftlichen Leitbild (auf der Grundlage einer Standortbestimmung zu den für Pflege wichtigen Wissenschaftsdisziplinen der Medizin, der Gesundheitswissenschaften und der Sozialwissenschaften). Erst das wissenschaftliche Leitbild ist neben dem Selbstbewußtsein für die qualifizierte Berufstätigkeit das Rückgrat für professionelles Handeln von Pflege auf allen Ebenen der pflegerischen Leistungserbringung.

Wer wie ich seit über einem Jahr mit der Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes und hier insbesondere mit der Vorbereitung des Landespflegegesetzes befaßt ist, weiß, welche immensen gemeinsamen Anstrengungen es für alle Beteiligten bedarf, die Pflegeversicherung in die Praxis umzusetzen und damit die pflegerische Versorgung für alte, kranke und behinderte Menschen sicherzustellen. Dabei wissen wir, wie in NRW die demographische Entwicklung aussieht, und wir wissen auch, welchen Stellenwert insbesondere die Zivilisationskrankheiten für die Nachfrage nach pflegerischen Leistungen in den nächsten 20 Jahren haben wird.

### **Zur Bedeutung grundlagen- und anwendungsorientierter Forschung für den Ausbau und die Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur**

Bei der wissenschaftlichen Verantwortung haben wir großen Nachholbedarf gegenüber anderen europäischen Ländern, insbesondere den angelsächsischen Ländern. Dies hat die Denkschrift der Robert-Bosch-Stiftung von Januar 1996 festgestellt. Diese Denkschrift fordert für die Bundesrepublik außer der Etablierung der Pflegewissenschaft an deutschen Hochschulen und der Durchführung von Pflegestudiengängen auch die Einrichtung von Zentren für Pflegeforschung und Forschungsförderung. Dabei soll nach Auffassung der Experten auf die Sicherung eines Theorie-Praxis-Transfers geachtet werden. Außerdem gilt das Plädoyer dieser Denkschrift der Entwicklung einer nationalen Pflegewissenschaft, die bewußt von Anfang an den internationalen Erfahrungsaustausch sucht und auch für die Bundesrepublik institutionalisiert.

Für die Entwicklung der Pflege-Infrastruktur in NRW müssen wir einige Fragen noch genauer beantworten:

- Welchen Bedarf an stationären, teilstationären oder ambulanten pflegerischen Leistungen haben wir in Nordrhein-Westfalen in den nächsten Jahrzehnten und wie können wir örtlich und regional eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung sicherstellen?
- Welche Pflegestandards sind bei bestimmten Indikationen unverzichtbar, wie können wir diese sicherstellen und finanzieren?
- Wie hoch ist der Bedarf an qualifizierten 3jährig ausgebildeten Alten- und Krankenpflegekräften, wie hoch ist der Bedarf an qualifizierten Pflegehelfern, und wie können Angehörige und Laien sinnvoll und verantwortungsgerecht in eine professionelle Pflege einbezogen werden?

- Welche Betriebsführungs- und Personalführungskonzepte sind vor allem für ambulante Pflegeeinrichtungen, die jetzt nach Wirtschaftlichkeitskriterien arbeiten müssen, sinnvoll einzusetzen?
- Insbesondere: Welche veränderten Bewältigungsstrategien - für die Verzahnung der eigenständigen Rolle der Pflege mit den übrigen Professionen - sind notwendig, damit unterqualifizierte Beschäftigungen, Leerläufe, Reibungsflächen, Ressourcenvergeudung usw. vermieden werden und sich neue Synergien im Zusammenwirken der Professionen entwickeln können?

Dies sind nur einige Fragen, zu denen dringlich Pflegeforschung erfolgen muß und Beratungsbedarf auf wissenschaftlicher Grundlage bei Einrichtungsträgern und staatlichen Stellen besteht. Für die Beantwortung solcher Fragen brauchen wir in Nordrhein-Westfalen dieses Institut für Pflegewissenschaft und Pflegeforschung: Es soll sich als am Diskurs interessiertes und an der Kooperation orientiertes Forschungsinstitut verstehen, das neben Grundlagenforschung gezielt auf anwendungsorientierte Forschung setzt.

Das Konzept dieses Instituts - getragen von der Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft NRW e.V. - Pflegewissenschaft und Pflegeforschung als Gemeinschaftsaufgabe der Partner im Gesundheits- und Sozialwesen zu entwickeln, ist eine erfolgversprechende Grundlage für einen fruchtbaren Theorie-Praxis-Diskurs. Diese Trägerkonstruktion verspricht, davon bin ich fest überzeugt, eine innovative Entwicklung mit Blick auf die Universität und Forschung generell, weil sie den Diskurs zwischen Wissenschaft und Praxis institutionalisiert. Sie verspricht aber zugleich ein Forum für alle an Pflege Beteiligten in Nordrhein-Westfalen zu werden, um gemeinsam den gesundheitlichen und sozialen Strukturwandel mit wissenschaftlicher Grundlegung und Hilfestellung voranzutreiben. Gerade dieses besondere Konzept des Instituts für Pflegewissenschaft hat die Landesregierung überzeugt. Sie wird deshalb die Grundausrüstung des Instituts für Pflegewissenschaft institutionell fördern. Ich bin darüber hinaus guter Hoffnung, daß sich das Institut recht schnell über die Grenzen unseres Landes bekannt machen wird und über die Grundausrüstung hinaus - durch die Einwirkung von Drittmitteln für Pflegeförderung - national und international an Bedeutung gewinnen wird.

Für das Land selbst wird die Fakultät für Gesundheitswissenschaften mit diesem Institut wichtige Beratungsaufgaben im Zusammenhang mit den Modellversuchen "Ortsnahe Koordinierung" und "Einrichtung regionaler Pflegekonferenzen" wahrnehmen, darüber hinaus auch gutachterlich - vor allem in der Ausbildungsforschung - nachgefragt werden. Gerade für diese Fragestellung hat es dem Land bisher an spezieller wissenschaftlicher Fachkompetenz gemangelt. Ich bin auch ganz sicher, daß die neu gegründete Pflegeversicherung zur Wahrnehmung ihrer neuen Verantwortung das Institut intensiv in Anspruch nehmen wird.

### **Standortfunktion des Instituts für die Gesundheitsregion Ostwestfalen-Lippe**

Für die Region Ostwestfalen-Lippe haben das Institut für Pflegewissenschaft und die Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld wichtige Standortwirkungen: Die Regionalkonferenz Ostwestfalen-Lip-

pe hatte schon 1991 das mittelfristige Entwicklungskonzept für diese Region beschlossen, das insbesondere den Ausbau der wirtschaftlichen Aktivitäten in den Bereichen Freizeit, Gesundheit und Fremdenverkehr vorsieht. Die Landesregierung unterstützt die Region in ihrem Vorhaben, den Ausbau der Gesundheitsregion OWL als einen der ökonomischen Schwerpunkte der Region voranzutreiben. Die Rahmenbedingungen für die Entwicklung der Gesundheitsregion sind dabei günstig:

Mit den Heilbädern sowie den Kur- und Erholungsorten, den großen Versorgungs-, Rehabilitations-, Behinderten- und Pflegeeinrichtungen von überregionaler Bedeutung hat die Region auch in Zukunft eine gute Ausgangsbasis. Hinzu kommt die weiterentwickelte Wissenschaftsinfrastruktur mit der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, dem Public Health Studiengang, dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und weiteren wichtigen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Auch zukünftig gilt es, das eigenständige Profil der Gesundheitsregion OWL zu gestalten. Dazu werden die Komponenten Wirtschaftszweig Gesundheitswesen und Dienstleistungsstruktur im Rahmen des Sozialstaatsauftrages als Einheit zu betrachten sein. Unter Mobilisierung aller Ressourcen

- der Wirtschaftskraft,
- der Besonderheiten der Kurorte,
- der gesundheitswissenschaftlichen Kompetenz und neuer Medien wie der Telematic

können sich neue Kräfte in dieser Region entfalten und beispielhafte Zeichen sowohl für den Wirtschaftszweig als auch für das Gesundheitswesen setzen. Diese Instrumente können für die Region Ostwestfalen-Lippe den Prozeß der Verzahnung und Vernetzung der Leistungssysteme im einzelnen anregen, unterstützen und koordinieren.

Auch die Pflegewissenschaft und Pflegeforschung können hier wichtige Unterstützungsleistungen erbringen. Sei es bei

- Kooperations- und Koordinationmodellen in der Altenhilfeplanung bei der Umsetzung der Pflegeversicherung,
- der Koordination von Gesundheitsförderungsangeboten in der Region,
- der Qualifizierung und Qualitätssicherung in der psychiatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgung,
- der Entwicklung und Durchführung von Weiterbildungsprogrammen für Gesundheitsdienstleister,
- der Entwicklung von Vernetzungsmodellen zwischen Akutbehandlung und stationären bzw. ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen,
- als Motor der vor uns liegenden Qualifizierungsoffensive für zukunfts-trächtige Berufe, vor allem auch für Gesundheitsberufe. Immerhin gehört das Gesundheitswesen zu den wenigen expandierenden Wirtschaftszweigen.

Die Rahmenbedingungen für die Entwicklung eines wissenschaftlichen Zentrums für die Entwicklung von Pflege- und Gesundheitsforschung in der Bundesrepublik und in Europa sind hier in Bielefeld besonders günstig. Die Beteiligten in der Region möchte ich deshalb besonders ermutigen, das Institut für Pflegewissenschaft für entsprechende innovative Entwicklungen in Anspruch zu nehmen und als Kristallisationspunkt für Pflegeforschung im Dienste der Gesundheit für die Bundesrepublik und international mit zu gestalten. Die Bundesregierung wird diese Entwicklung mit allem Nachdruck

unterstützen und steht auch für die Vermittlung europäischer Kooperationsprojekte gerne zur Verfügung.

Unterstützung dafür bieten auch der nordrhein-westfälische Forschungsverbund Public Health (der Universitäten Bielefeld und Düsseldorf) und die im Europäischen Public Health-Zentrum NRW zusammengeschlossenen Institutionen aus Wissenschaft/Praxis/Politik des Bereichs Public Health.

Derzeit steht Berücksichtigung des pflegewissenschaftlichen Aspektes im Bereich der Gesundheitsforschung an und muß mit eben solcher Konsequenz und Unterstützung weiterverfolgt werden, wie wir es in den vergangenen Jahren mit Public Health als Wissenschaftsdisziplin getan haben. Auch wenn die Etablierung und Finanzierung neuer Einrichtungen gerade in der heutigen Zeit nicht einfach ist, möchte ich angesichts der breiten Unterstützung, die die Gründung des Instituts für Pflegewissenschaft sowohl bei den Sozialversicherungs- als auch bei den Einrichtungsträgern, den Pflegeverbänden und den Hochschulen in Nordrhein-Westfalen, vor allem aber auch bei der Universität Bielefeld erfahren hat, aus Überzeugung sagen, daß ich dem Institut für Pflegewissenschaft eine gute Erfolgsprognose gebe. Es hat gute Chancen, die zentrale Pionierfunktion für die Entwicklung der Pflegewissenschaft in der Bundesrepublik und als deutscher Kooperationspartner europäischer und internationaler Forschungseinrichtungen wahrzunehmen. Diese Startchance wird genutzt werden, davon bin ich überzeugt. Und ich bin sicher, daß sowohl das Land, als auch die im Trägerverein zusammengeschlossenen Mitglieder gemeinsam die Profilierung dieser Einrichtung als eine Gemeinschaftsaufgabe vorantreiben werden.

Ich wünsche allen Akteuren im Trägerverein und im Institut sowie allen Experten, die sich heute Nachmittag zu einer ersten Tagung zusammenfinden, viel Erfolg bei dem gemeinsamen Vorhaben, die Pflegewissenschaft und die Pflegeforschung in der Bundesrepublik voranzubringen.

## **Zur Entwicklung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung**

Gertrud Hundenborn

### **Zum Stand der Entwicklung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung in Deutschland**

Als die Robert-Bosch-Stiftung im Frühjahr 1992 ihre Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ veröffentlichte, wurde nicht nur in dieser, sondern auch in anderen Veröffentlichungen der Stand der Entwicklung in Pflegewissenschaft und -forschung allgemein als defizitär angesehen. Hierbei wurde und wird die Entwicklung in Deutschland insbesondere im Vergleich mit der Etablierung von Pflegewissenschaft und -forschung in den USA und in anderen europäischen Ländern beurteilt. Dieses Urteil fällten die Autoren der Denkschrift anhand folgender acht Kriterien, die für eine Synopse zur Institutionalisierung der Pflegewissenschaft und -forschung in acht europäischen Ländern herangezogen wurden. Hierzu zählten:

1. Möglichkeiten des Regelstudiums
2. Promotionsmöglichkeiten
3. Wissenschaftliche Fortbildung
4. Forschungseinrichtungen
5. Forschungsförderung
6. Wissenschaftliche Publikationen
7. Wissenschaftliche Vereinigungen/Veranstaltungen
8. Beitrag zur internationalen scientific community

Vor allem fehlende Studien- und Promotionsmöglichkeiten, fehlende wissenschaftliche Fortbildung und fehlende Forschungseinrichtungen, nur in Ansätzen bzw. unzureichend vorhandene Forschungsförderung, wissenschaftliche Publikationen, wissenschaftliche Vereinigungen/Veranstaltungen sowie Beiträge zur internationalen scientific community kennzeichneten damals den Stand von Pflegewissenschaft und -forschung in Deutschland und ließen sie im Vergleich mit 7 anderen europäischen Ländern schlecht abschneiden. Beurteilt man heute - nur 4 Jahre nach Veröffentlichung der Denkschrift - den Stand der Pflegewissenschaft und -forschung in Deutschland erneut anhand der gleichen Kriterien, so lassen sich inzwischen zahlreiche Initiativen aufzeigen, die als Zeichen dafür angesehen werden können, daß in Deutschland eine als längst fällig angesehene Entwicklung nachgeholt wird. Diese Entwicklung soll beispielhaft anhand einiger Kriterien aufgezeigt werden:

- a) an der Einrichtung von Studiengängen für Pflege
- b) an wissenschaftlichen Publikationen
- c) an Institutionen, deren erklärte Zielsetzung die Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung ist.

- a) Die Einrichtung von Studiengängen für Pflege

Neueren Bestandsaufnahmen zufolge gibt es in Deutschland in den alten und neuen Bundesländern insgesamt ca. 35 Angebote von Pflegestudiengängen, Studiengänge, die entweder bereits durchgeführt werden oder noch in der Planungsphase sind. Läßt man die bestehenden Studienmöglichkeiten in

den neuen Bundesländern außen vor, so hat sich diese Entwicklung in den alten Bundesländern in einem zeitlichen Rahmen von nur ca. 5 Jahren vollzogen. Diese Studienangebote beziehen sich entweder auf Pflegemanagement oder Pflegepädagogik, oder es sind - wie beispielsweise schwerpunktmäßig in Hessen - generalistisch ausgerichtete Pflegestudiengänge. Die Absolventen der letztgenannten Studiengänge sollen vor allem den Theorietransfer in die Praxis gewährleisten, u.a. im Rahmen von Qualitätssicherungsprogrammen, Organisations- und Vernetzungsfragen zwischen unterschiedlichen Pflegeinstitutionen. Pflegewissenschaft stellt in allen Studiengängen eines der Kernfächer bzw. das Kernfach dar. Diese Schwerpunktsetzung stellt natürlich zunächst nur die Bedeutung heraus, die dieser Disziplin beigemessen wird, ohne daß im einzelnen Gegenstand, Struktur und Methoden gleichermaßen klar wären bzw. klar sein könnten. So werden Lehrende und Studierende dieser Studiengänge vor allem in der Anfangsphase maßgeblich mit zur inhaltlichen, strukturellen und methodischen Bestimmung von Pflegewissenschaft und -forschung beitragen. Wünschenswert und notwendig wären bereits vor allem in dieser Phase eine intensive Kooperation und der wissenschaftliche Diskurs zwischen den Hochschulen, die Pflegestudiengänge bereits anbieten bzw. planen.

Ein Blick auf das Ausland, z.B. auf die USA, zeigt, daß dort die Entwicklung bei der Etablierung von Pflegewissenschaft und -forschung an den Hochschulen vergleichbar war. Wie auch hier, hat sich in den USA die Akademisierung der Pflege zunächst über die Einrichtung von Studiengängen für Pflegemanagement und Pflegepädagogik vollzogen, bevor zeitlich deutlich versetzt originär pflegewissenschaftliche Studiengänge eingerichtet wurden und sich die Pflegewissenschaft als eigene anerkannte Disziplin an den Hochschulen etablierte. Inhaltliche und konzeptionelle Fragen wurden auch dort maßgeblich von Studierenden und Lehrenden dieser Studiengänge mitgestaltet.

Betrachtet man diese Entwicklung insbesondere in NRW näher, so ist zunächst festzustellen, daß in NRW im Vergleich zu anderen Bundesländern die öffentliche Debatte um die Etablierung von Pflegestudiengängen eher spät geführt bzw. Pflegestudiengänge vergleichsweise spät eingerichtet wurden. Pflegestudiengänge wurden in Niedersachsen bereits seit 3 Jahren, in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz seit 2 Jahren angeboten, als in NRW zeitgleich an zwei Standorten zum WS 94/95 die ersten Pflegemanagementstudiengänge begannen: an der FH in Münster und an KFH NW, Abt. Köln. Die weitere Entwicklung schritt dann allerdings sehr schnell voran: so gibt es mittlerweile weitere Studienangebote an der Ev. FH Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum und ein erstes Studienangebot Pflegepädagogik an der KFH Köln seit dem WS 95/96. Die Diskussion, ob die Fachhochschulen oder die Universitäten auf Dauer der richtige Standort für die Studienrichtung Pflegepädagogik sind, soll an dieser Stelle nicht geführt werden.

Mit der Absicht der Universität Herdecke, zum SS 96 den ersten Studiengang Pflegewissenschaft zu beginnen, nimmt Nordrhein-Westfalen mit der Einrichtung originär pflegewissenschaftlicher Studiengänge eine Vorreiterstellung ein.

#### b) Wissenschaftliche Publikationen in der Pflege

Wurde noch 1992 in der Denkschrift der Robert-Bosch-Stiftung mit der seit 1988 erscheinenden Zeitschrift *Pflege* lediglich eine wissenschaftliche

Zeitschrift ausgewiesen, so ist heute bei einer Analyse der Zeitschriften festzustellen, daß die Anzahl der Beiträge, die Themen aus Pflegewissenschaft und -forschung behandeln, deutlich zugenommen hat. Aber auch die Anzahl anderer wissenschaftlicher Publikationen ist angestiegen. Noch Ende der 80er Jahre waren kaum spezifische und systematische Publikationen zu pflegewissenschaftlichen Fragestellungen und Themen im deutschsprachigen Raum vorhanden: als eines der ersten Beispiele sei hier die 1987 in deutschsprachiger Übersetzung erschienene Pflgeethorie „Die Elemente der Krankenpflege“ von N. Roper et al. erwähnt. Die Anzahl an Buchveröffentlichungen - insbesondere zu Pflgeethorien - ist in den letzten Jahren ebenfalls angestiegen. An dieser Stelle soll nur darauf hingewiesen, nicht aber problematisiert werden, daß die Konstituierung von Pflegewissenschaft und -forschung nicht auf der Basis einer unreflektierten Übernahme anglo-amerikanischer Theorien erfolgen kann, sondern eine kritische Überprüfung bzw. eigene Theorieentwicklung dringend erforderlich ist.

Nicht unerwähnt bleiben sollen die in den letzten Jahren veröffentlichten Dissertations- und Übersichtsarbeiten zu pflegewissenschaftlichen bzw. fachdidaktischen oder bildungspolitischen Fragestellungen in der Pflege.

c) Die Einrichtung von Institutionen, die Pflegewissenschaft und -forschung gezielt fördern

Auch wenn Pflegewissenschaft noch nicht als etabliertes wissenschaftliches Fach gilt und hiermit u. a. auch Nachteile bezüglich der Förderung entsprechender Studien im Ausland verbunden sind; auch wenn die Pflegewissenschaft als Lehrfach im tertiären Bildungsbereich noch in den Anfängen steht, so gibt es in der Zwischenzeit doch eine Reihe - zum großen Teil privatrechtlicher - Initiativen, deren ausdrückliche Absicht die Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung ist. Die ersten Initiativen entstanden also zu einer Zeit als noch keine gesellschaftlich dafür vorgesehenen Forschungsinstitutionen für die Pflegeforschung bereitstanden.

Erwähnt seien an dieser Stelle die *Agnes-Karll-Stiftung für Pflegeforschung* und das aus dieser Stiftung hervorgegangene *Agnes-Karll-Institut für Pflegeforschung* (DBfK). Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang eines der ersten Forschungsprojekte im Kernbereich von Pflege, das zugleich als Gemeinschaftsaufgabe der Partner im Gesundheits- und Sozialwesen angesehen werden kann: die im Jahre 1991 abgeschlossene Studie *Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranken Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabitativer Prozeßpflege* die über die Dauer von drei Jahren vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und von Krohwinkel vom *Agnes-Karll-Institut für Pflegeforschung* in Kooperation mit vielen Gruppen und Institutionen durchgeführt wurde. In Nordrhein-Westfalen verdient die Arbeit der *Projektgruppe zur Umsetzung der Empfehlungen der 3. Landespflegekonferenz am Klinikum Leverkusen* besondere Erwähnung, die mit maßgeblicher finanzieller Unterstützung durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales über drei Jahre unter unterschiedlichen Projektschwerpunkten Maßnahmen der Reorganisation stationärer Krankenpflege in 9 Modellkrankenhäusern initiierte, in der Durchführung begleitete und evaluierte. Auch wenn dieses Projekt nicht den inneren Kernbereich von Pflegewissenschaft betraf, sind doch Fragen der Arbeitsorganisation von maßgeblicher Bedeutung.

Nicht unerwähnt bleiben darf der *Deutscher Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung*, der 1989 als Initiative der Weiterbildungsinstitute gegründet wurde und sich mittlerweile in mehreren Sektionen mit unterschiedlichen pflegewissenschaftlichen Themen auseinandersetzt.

Die *Robert-Bosch-Stiftung* setzt sich mit einem umfangreichen Qualifizierungsprogramm seit einigen Jahren für die akademische Nachwuchsförderung im Pflegebereich ein. Im Rahmen dieses Programms haben in der Zwischenzeit eine Reihe von Pflegenden die Möglichkeit erhalten, Promotionsstudien im In- oder Ausland zu absolvieren.

Mit der Einrichtung eines Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld wird in NRW ein weiterer wichtiger Meilenstein in der Entwicklung von Pflegewissenschaft und -forschung gesetzt. Hiermit wird nicht nur ein wichtiger Schritt getan, Pflegewissenschaft und -forschung im Hochschulbereich zu etablieren. In der Zusammenarbeit zwischen privatrechtlichem Trägerverein, der Universität und dem Land wird dieses Anliegen als Gemeinschaftsaufgabe der Partner im Gesundheits- und Sozialwesen gesehen und realisiert.

Die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit, die Entwicklung von Pflegewissenschaft und -forschung als Gemeinschaftsaufgabe im Gesundheits- und Sozialwesen zu sehen, soll im weiteren aus zwei Perspektiven beleuchtet werden:

1. aus dem Verständnis der Pflegewissenschaft als eigenständiger interdisziplinärer Handlungswissenschaft
2. aus der Bedeutung von Pflege im institutionellen und gesellschaftlichen Kontext.

### **1. Pflegewissenschaft als eigenständige und interdisziplinäre Handlungswissenschaft**

Pflegewissenschaft als Handlungswissenschaft verfolgt u.a. das Anliegen, eine spezifische Praxis - die Pflegepraxis - wissenschaftlich zu bearbeiten. Sie will dazu beitragen - wie in der neuesten Denkschrift der Robert-Bosch-Stiftung ausgeführt wird - pflegerisches Erfahrungswissen begrifflich zu fassen, zu ordnen, zu überprüfen und weiterzugeben, d.h. letztlich zu einer quantitativen und qualitativen Erweiterung des Wissens in der Pflege beitragen, und die Pflege, d.h. die Pflegehandlungen auch wissenschaftlich begründen und somit im Konsens der verschiedenen Handlungsbereiche ihr ihre Eigenständigkeit verleihen. Auch wenn maßgebliche inhaltliche, strukturelle und methodische Klärungen von Pflegewissenschaft und -forschung noch ausstehen, so zeichnet sich doch in den letzten Jahren ein Konsens über Kernbereiche und zentrale Bezugswissenschaften von Pflege und Pflegewissenschaft ab.

Die lange Zeit vorherrschende einseitig naturwissenschaftliche Orientierung, in der die Medizin als einzige bzw. zentrale Bezugsdisziplin dominierte, scheint beendet. Die Gefahr, auf der Suche nach einer Neuorientierung in den Sozialwissenschaften einfach aufzugehen, scheint erkannt und gebannt. Als innerer Kernbereich von Pflege als einer auf das gefährdete oder kranke Individuum ausgerichteten Dienstleistung des Helfens zeichnet sich in diesem Prozeß der Konsensfindung die Interaktion und die Beziehung zwischen Pflegendem und Gepflegtem und seinen Bezugspersonen ab. Der Pflegeprozeß wird als Instrument verstanden, das diese Beziehung strukturiert und zugleich

die Dienstleistungen anderer Professionen integriert. Pflegerische Handlungen sind also immer eingebettet in komplexe Interaktions- und Kommunikationszusammenhänge, wie auch Klemens in seinen Ausführungen zur Besonderheit pflegerischer Interaktion in einem Beitrag über Schlüsselqualifikation im Gesundheitswesen betont. Die Herrichtung des Krankenzimmers, die Darreichung der Nahrung, das Durchführen von Körperübungen kann nie getrennt von der Befindlichkeit des Patienten und seiner Reflexion über diese Vorgänge ausgeführt werden. Pflege-technische und interaktive Arbeit können damit im Handlungszusammenhang nur schwer bzw. überhaupt nicht voneinander getrennt werden, insbesondere auch deshalb, weil beide Formen wesentlich über Körperkontakt und über die Sinne laufen und eine intersubjektive Aktion sind. Diese Kontakte sind ihrerseits häufig mit notwendigen Distanzüberschreitungen bis in den Intimbereich hinein verbunden. Diese in der Pflege notwendigen und unvermeidbaren Distanzüberschreitungen, die insbesondere bei mangelnder oder als fehlerhaft empfundener Interaktion beim Gepflegten das Gefühl verstärken, als Objekt behandelt zu werden, verdeutlichen u.a. die ethische Relevanz von Entscheidungssituationen in der Pflege.

Das Interesse, die pflegerische Interaktion als intersubjektive Beziehung professionell zu gestalten, teilt die Pflegewissenschaft mit den Sozialwissenschaften - eine Zusammenarbeit kann sich hier für beide Seiten als bereichernd darstellen. Für die über Körperkontakt und über die Sinne vermittelte Interaktion, die eine Besonderheit der pflegerischen Beziehung darstellt, liegen bislang erst wenige Erklärungsansätze vor, so daß hier u. a. noch ein wichtiges Feld für die Pflegeforschung zu sehen ist. Krankheitsgeschehen, Art und Verlauf von Erkrankungen fordern nach wie vor das Tätigwerden professionell Pflegenden ein. Sie begründen es und stellen häufig einen zentralen Anlaß für professionelle Pflege dar. Ferner aber sind sie als wesentlicher Einflußfaktor auf die Gestaltung der pflegerischen Beziehung zu sehen.

Eine Pflegewissenschaft, die in der Konstituierung ihrer Disziplin die Medizin als wesentliche Bezugsdisziplin vernachlässigen bzw. negieren wollte, würde zentrale Fragestellungen unbeantwortet lassen müssen und damit professionell Pflegenden in unterschiedlichen Handlungsfeldern entscheidende Hilfen zur Strukturierung der Situation und zur Begründung von Pflegehandeln vorenthalten. Entstehung und Bedeutung von Gesundheit und Krankheit und ihre Folgen sind immer auch im gesellschaftlichen und institutionellen Kontext zu sehen. Hier ist ein gemeinsames Interesse mit den Gesundheitswissenschaften gegeben. Die bereits erwähnten oft notwendigen Distanzüberschreitungen in der Pflege, die damit verbundene Problematik, die Würde des Gepflegten zu wahren, ferner die Situationen, in denen ein Aushandeln von Zielsetzungen und Pflegehandlungen gefordert, aber vor allem aufgrund der besonderen Lage des Gepflegten nicht möglich ist, die damit verbundene Notwendigkeit, für den Gepflegten stellvertretend handeln zu müssen, verdeutlichen nochmals die hohe ethische Relevanz von pflegerischen Entscheidungssituationen. Anthropologie und Ethik sind somit als weitere zentrale Bezugsdisziplinen der Pflegewissenschaft anzusehen. Will die Pflegewissenschaft jedoch der Gefahr des Eklektizismus entgehen, muß es ihr gelingen, ihren eigenen Bezugsrahmen, ihre eigenen Konzepte und spezifischen Fragestellungen zu entwickeln, zu deren Beantwortung die erwähnten Bezugswissenschaften wertvolle Beiträge liefern können. Kooperation und Akzeptanz als Kooperationspartner setzen nicht nur im wissenschaftlichen Kontext eigene Kompetenzen und eine eigene Standortbestimmung voraus.

## **2. Zur Bedeutung von Pflege im institutionellen und gesellschaftlichen Kontext**

Pflegesituationen mit dem inneren Kernbereich der Interaktion sind immer kontextuell eingebunden. Professionelle Pflege findet in Institutionen statt: in Krankenhäusern, Altenheimen und Pflegeheimen, in Behinderteneinrichtungen, in Rehabilitationseinrichtungen und in Familien. Diese Institutionen stellen mit ihren spezifischen Zielsetzungen und Aufgaben, mit ihren personellen, finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen wichtige Einflußfaktoren auf die Gestaltung pflegerischer Interaktion dar. Sie ermöglichen Pflegehandlungen oder fördern sie, sie begrenzen sie oder machen sie unmöglich. Damit erfährt Pflege in den verschiedenen Handlungsfeldern auch unterschiedliche Akzentuierungen. So wird Pflege einerseits in ihren Gestaltungsmöglichkeiten durch die jeweilige Institution beeinflusst, andererseits stellt Pflege in diesem Kontext selbst eine gestaltende und mitbestimmende Größe dar.

Trotz aller Spezialisierung, die auch vor den Pflegeberufen keinen Halt macht, kommt der Pflege zum einen aufgrund kontinuierlicher Präsenz in der Beziehung zum Gepflegten, zum anderen aufgrund ihres Ansatzes: den Menschen in seiner Ganzheit zu sehen und zu unterstützen, eine besondere Koordinierungs- und Steuerungsfunktion in der Integration der unterschiedlichen Dienstleistungen innerhalb der Institution aber ebenso in der Vernetzung unterschiedlicher Institutionen zu. Institutionen selbst müssen ihrerseits wiederum im gesamtgesellschaftlichen Kontext und im Kontext oft unterschiedlicher und gleichzeitig zur Geltung kommender Normen- und Wertesysteme gesehen werden. In der Art der Institutionen, in ihrem Umfang und in ihrer Ausstattung - wie auch in der Relation zwischen High-Tech-Medizin und Pflege - kommt u. a. die Bedeutung zum Ausdruck, die eine Gesellschaft der Sorge um die Gesundheit und das Leben ihrer Mitglieder beimißt. Alle Bemühungen um Lebenserhaltung und -verlängerung in der Medizin ziehen jedoch auch einen höheren Bedarf an professioneller Pflege nach sich. Eine Gesellschaft, die Ja sagt zu den Errungenschaften einer Hochleistungsmedizin, muß auch Ja sagen zu den Konsequenzen eines erhöhten - oft lebenslangen - Bedarfs an professioneller Pflege in quantitativer und qualitativer Hinsicht. Eine stimmige Relation zwischen Hochleistungsmedizin und Pflege zu erzielen, bedarf nicht nur einer hohen Fach-, sondern auch einer ebenso hohen ethischen Entscheidungskompetenz.

Allerdings sind diese Entscheidungen - so wünschenswert eine umfassende Gesundheitssorge und -versorgung auch sein mag - immer vor dem Hintergrund begrenzt vorhandener Ressourcen zu treffen. Die Gesundheitssorge stellt zudem nur eine Sorge unter vielen dar, denen sich die Gesellschaft zuwenden muß. Die Beantwortung der Frage, welchen Wert die Gesellschaft der Pflege beimißt, welche Ressourcen für Pflege zur Verfügung gestellt werden können und sollen, welche Gestaltungsmöglichkeiten damit der Pflege gegeben sind, kann nicht in gegenseitigen Schuldzuweisungen beantwortet werden, sondern muß als Aushandlungsprozeß aller an Pflege mittelbar und unmittelbar beteiligten Partner im Gesundheits- und Sozialwesen verstanden werden.

Mit der Einrichtung des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld sind durch die besondere Konstruktion zwischen Land, Universität und privatem Trägerverein, in dem maßgebliche von Pflege mittelbar und

unmittelbar betroffene Institutionen und Personen vertreten sind, die Bedingungen geschaffen worden, die Entwicklung von Pflegewissenschaft und -forschung als Kooperationsprozeß der unterschiedlichen Partner im Gesundheits- und Sozialwesen zu gestalten.

### **Literatur**

- Klemens, U. (1991): Schlüsselqualifikationen im Gesundheitswesen. In: Meifort, B. (Hrsg.): Schlüsselqualifikationen für gesundheits- und sozialpflegerische Berufe. Leuchtturm-Verlag
- Robert-Bosch-Stiftung (1992): Pflege braucht Eliten Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Robert-Bosch-Stiftung; Bleicher Verlag
- Robert-Bosch-Stiftung (1996): Pflegewissenschaft Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. Robert-Bosch-Stiftung; Bleicher Verlag



## **Focal Points and Needs of Nursing-Research in International Comparison**

Mary Farrell

### **Introduction**

Some years ago I received a letter from the World Health Organization. It asked if I would go to India to initiate nursing research in the country. I stood by my mailbox reading and re-reading the letter several times. I was totally bewildered. I wondered how on earth anyone could launch anything in a country of 600 million people. But the challenge was too good to turn down. I accepted. I am sure that many individuals, organizations, universities, and ministries of health in any country can identify with that feeling, including the Federal Republic of Germany. But launching a program in nursing/midwifery research is like any other transformative exercise. It is complex, it must intervene at many levels and involve many groups. If change is to occur the restraining factors must be overcome by the enabling factors. And leaders with courage are critical to the process. Clearly, your leaders have taken the necessary step to bring this issue to the forefront of priorities for health.

### **A Blueprint for Action**

One of the first steps one must take in the process of transformation is to create a plan for action, a map that outlines the specific requirements of such an effort. This paper is a first attempt to establish a blueprint which examines a rationale, vision, and issues related to context, content, personnel, and resources - the basic elements of any comprehensive program for nursing/midwifery research.

### **Rationale**

It must be said at the outset that a country or a discipline that goes forth with no agenda for research is committing folly. Some might argue that in times of severe financial constraints, nursing/midwifery research is a luxury. However, cost-effective models, including collaborative community models for nursing research have been established in which university faculty and community agencies work together to develop and foster their research agenda (Kikuchi, 1994; Salsberry, Nickel, O Connell, 1991). In my view, no country can avoid researching the practice of its nursing/midwifery community. A country that doesn't know the results in terms of clinical and functional outcomes, patient satisfaction, and cost of its services, delivered by thousands of its workers simply has its head in the sand. And professional groups that fail to research their own practice are heading for extinction. The unexamined life isn't worth living, and the unexamined profession isn't worth practicing either.

## Context

Health care in general and nursing/midwifery in particular is undergoing the greatest transformation since its first researcher, Florence Nightingale, began her work (Rogers, 1989; Nuttall, 1983). The contributions of Juran (1992) and Ishikawa (1986), in Japan, Staehr-Johansen in Europe (1989), and Berwick (1989) in the United States launched continuous quality improvement (CQI) and quality of care development (QCD) and insisted that we move beyond Donabedian's (1980) quality assurance paradigm to examine our own practice, compare it with others and make it better. This process includes benchmarking, and its use in health care is now being taught and used throughout eastern and central Europe as it is practiced in western Europe, Asia, and North America.

The almost universal use of management information systems (MIS) and microcomputers in every patient room and ministry of health has transformed the context in which we work. Our recording, analysis, and use of data has transformed us and our everyday activities. This process is now called work reengineering or work process redesign. Does this new context affect nurses and midwives? You bet it does. When researchers advise the government of Denmark that their data strongly suggests that by giving dentists their own data on performance that they can reduce dental fillings from a mean of 12 to 2, and the cost of dental care for the country will be significantly reduced by the year 2000, and their total number of dentists can also be significantly reduced, the effects on the practice of dentistry is transformed in a profound way (Staehr-Johansen, 1993). The need for dental hygienists and educational materials on prevention soars, and the admissions into schools change drastically. This is the context or framework within which nursing research in Germany can make its mark.

Nursing, like dentistry, includes a patient, a provider, and a procedure. Patients are random in the system, and providers may change, albeit very slowly. But the procedure, the intervention of one's practice is the subject of inquiry, the focus of interest for research. Historically, nursing/midwifery, like other disciplines, studied the patient and the provider. Hundreds of studies have been done world-wide on nurses - their characteristics, clothes, attitudes, perceptions, etc., and many were conducted in the educational sector (Reilly, 1990). But the questions of interest are: What is the focus of inquiry that can change:

- clinical and functional status
- patient satisfaction
- cost
- organizational climate.

These are concerns that attend to outcomes. Covington and Collins (1994) suggest that the ritual-busting influences in nursing/midwifery research provided a strong impetus to examine these outcomes of practice. They are the results needed by nurses midwives, patients, insurance companies, ministries of health, and voters. If you can provide these answers, you become a key player in the context of health care in Europe.

The content or the what of nursing research is as varied as the number of researchers available. Every age group, every health/disease phenomenon, every setting has an application in research. Some countries periodically prio-

ritize and fund key issues of national concern. Private donors fund research on diseases of interest to them. Multinational corporations fund projects that will benefit their employees. Some ministries of health fund research that will reduce the misery index of large segments of its population or reduce the cost associated with a health condition.

The most desirable situation occurs when the researcher is free to choose. In a practice discipline like nursing/midwifery, the practitioner is the one who sees the patterns and trends that become the subject for research. The mission of a research institute is to foster the transformation process that combines the best of care with the best of research. To do that one must value the practitioners, listen to them and help them articulate what they are seeing.

## **Vision**

Then what is our vision for nursing research in Germany? The commitment of any research is the search for truth. That is paramount. In nursing, that search may lead us to recognize that we didn't make a difference in an outcome or functional status or patient satisfaction or in cost. But the truth, nevertheless, is the aim of our collective efforts.

For nursing/midwifery the vision must include a critical mass committed to research. Some say it must be at least 5% of the discipline. I say that is just not good enough. All nurses and midwives must research their own practice. Everyday. Every working day in a dynamic discipline must be a learning day, a research day. The CQI movement itself has transformed the way we view research. The Pareto chart is no longer something for the esoteric professor in nursing research. Staff in hospitals, health centers, and clinics turn these diagrams into story boards for everyone to see and understand. In homes, children keep their own growth charts on their bedroom walls to chart their own road to health.

Our vision of nursing research goes beyond taking a course on the topic. The phenomenon of interest is research mindedness for all nursing/midwifery students in Germany. When I teach body temperature I don't tell the students the normal range. *They* take 100 body temperatures, compute the mean and standard deviation, and tell *me* what the average temperature is and how it varies in their sample of 100. They are empowered to do their own research and by the time they graduate, they know how because it has become an integral part of their thinking. It is an integral part in the curriculum and every teacher in the country practices it daily with his/her students. The nation's research institutes provide the leadership, role models, mentoring, and curriculum consultation to make that happen.

Many discoveries and inventions happen through serendipity. Goodyear spilled rubber on the fire and discovered that heat made rubber hard. Now we have Goodyear rubber tires for automobiles. Semmelweis observed that the women who died of fever were those who had been visited by medical students who had left the autopsy rooms and did not wash their hands before delivering their infants. Thus the understanding of puerperal fever. Semmelweis didn't have a government tell him what to study. He didn't have a big grant from a multinational corporation. He saw patterns and trends in the behavior of his students and patients. That keen sense of observations saved

thousands of women's lives. Currently, some argue that scores of studies are just waiting for a researcher to study them, and that the discipline should focus on the body of knowledge already accumulated (Cushing, 1994). Regardless of focus, the ability to see, the freedom to explore, and the capacity to analyse are qualities of research our vision must foster in order to identify the content for inquiry.

## **Health Personnel**

The vision for nursing/midwifery research in Germany encompasses a transformative process in which the discipline moves from passive to active participant in the process. Nurses and midwives can no longer afford to watch others and be data collectors for others work. They must do their own. Many other countries have already moved to this level: Australia (Slater, 1984), Canada (Stinson, Lamb, Thibaudeau, 1990), Finland (Lauri, 1990), Denmark (Lorensen, 1990), India (Farrell and Bhaduri, 1977, 78, 81), Israel (Bergman, 1992), Norway (Lerheim, 1990), Sweden (Hamrin, 1990) the United Kingdom (Leland, 1990), and the United States (Villarreal, 1991, Sharp, 1991), to name a just a few. The European Regional Office of the World Health Organization led a decade of nursing research efforts in Europe that culminated in, at the time, the largest international study on nursing care (Farrell, 1987). In this study, nursing did its own study on its own practice.

Individuals, groups, donors and other supporters need to hear from the nursing/midwifery community that they are doing the right thing in supporting the discipline in its research agenda. Your leaders in your new institutions and in the country need to learn the grant writing process, meet with founders, talk to hospital and clinic administrators and staff, and newspapers, so when the researchers are ready, the settings will be there to receive them and the money for research support will be there to cover the costs for their work.

Like other disciplines, nursing research needs computers, hardware, software, and the expertise to use them. Researchers need statisticians, editors, and layout artists to work with them. The researchers don't need to know everything. They can't know everything. There are armies of people who make their living in the industry of research - so give them work and invite them to contribute to the process. A final group under the people category are the role models for young researchers. For most of us, a career in research was unknown. Being involved in a research study was more incidental than purposive. Today, a research career is a definitive choice when a mentor in one field is sought after and incremental steps are taken to produce the principal investigator as we know it today. This takes years and study under mentors both in and outside of nursing/midwifery. Although we did not enjoy this clearly defined process, we must support the young people who choose this path. This means fellowships, mentors, and freedom from other responsibility. If you chair a department of nursing you must protect this person. If you are a director of nursing in a hospital, you must provide the resources and the emotional culture for the conduct of research. This moves us to our final point.

## Resources

A researcher and a research institute is not an advertising agency for quick fix solutions to the ills of humanity. One's rescue fantasy will not be fulfilled in a research institute. This is an organization committed to a process that takes months and years to realize. Supporting career researchers is like raising an athlete. You attend every practice, appear at every sporting event, live through every failure, and wait years for the first complete performance. What you get from this process is well worth the wait. Because in health care, people's health improve, they function better, they are more satisfied with their care, and the costs for services decrease. For the athletes and their mentors their lives are characterized by a continual process of change in a continually transformed discipline, a daily life of innovation and reinvention, and a flourishing practice of nursing/midwifery proud to call itself a true professional discipline.

## Summary, conclusion

This then is a thumbnail sketch of a blueprint for action. It considers the vision, context, content, people, and resources necessary to transform and inform the care giving practices of Germany's most numerous health discipline, nursing/midwifery. Investing in this discipline's capacity for innovation, transformation, and inquiry is one move the country will find a very good investment indeed. How will you know you succeeded? Because there will be change. Change in: clinical and functional outcomes, patient satisfaction, cost, and organizational climate and, most importantly - an examined, professional life, well worth living.

## References

- Bergman R. (1992): Setting priorities in nursing research. Nursing RSA.
- Berwick, D.M. (1989): Health services research and quality of care. Assignment for the 1990s. *Medical Care* 27, 8, pp. 763-771.
- Continuous quality development (1993): A proposed national policy. National Board of Health. Copenhagen.
- Covington, C./ Collins, J.E. (1994): Back to the future of women's health and Perinatal nursing in the 21<sup>st</sup> century. *Journal of Obstetric, Gynaecologic & Neonatal Nursing* 23, 2, pp. 183-194.
- Donabedian, A. (1980): Explorations in quality assessment and monitoring Vol. 1. Health Administration Press. Michigan.
- Farrell, M. ed. (1987): Nursing care: Summary of a European study. World Health Organization. Copenhagen.
- Farrell, M. ed. (1987): People's needs for nursing care: A European study. European Regional Office, World Health Organization. Copenhagen.
- Farrell, M./ Bhaduri, A. (1977): What needs to be researched? *The Nursing Journal of India*. LXVIII 5, pp. 133-134.
- Farrell, M./ Bhaduri, A. (1978): Three approaches to research. *The Nursing Journal of India*. LXVIII 10, pp. 245-246.
- Goodman, C. (1992): Nursing research in the US today: trends, priorities, and areas for improvement. Swedish Medical Research Council.
- Hamrin, E.K.F. (1990): Nursing research in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*. 27, 2, pp. 149-57.

- Ishikawa, M. (1986): Research program on the product X through seven management tools for QC . Reports of statistical application research 33, 2 (Japanese Union of Scientists and Engineers, Tokyo), pp. 43-52.
- Juran, J.M. (1992): *Juran on quality by design*. The Free Press. N.Y.
- Kikuchi, J. (1994): Institute for philosophical nursing research. *Canadian Journal of Nursing. Research* 26, 2, pp. 91-93.
- Lauri, S. (1990): The history of nursing research in Finland. *International Journal of Nursing Studies* 27, 2, pp. 169-73.
- Leland, S.R./ Clark, M. (1990): Research resource development in the United Kingdom. *International Journal of Nursing Studies* 27, 2, pp. 123-38.
- Lerheim, K. (1990): Nursing research developments in Norway. *International Journal of Nursing Studies* 27, 2, pp. 139-47.
- Lorensen, M.(1990): Research resource development in Denmark. *International Journal of Nursing Studies* 27, 2, pp. 159-168.
- Nuttall, P. (1983): The passionate statistician: Florence Nightingale. *Nursing Times* 79, 39, pp. 25-7.
- Reilly, D.E. (1990): Research in nursing education: Yesterday, today, tomorrow. *Nursing & Health Care* 11, 3, pp. 138-143.
- Rogers, B. (o.J): Florence Nightingales and research: the historical link. *AAOHN Journal* 37, 6, pp. 238-9.
- Salsberry, P.J./ Nickel, J.T./ O Connell, M. (1991): AIDS Research in the community: A case study in collaboration between researchers and clinicians. *Public Health Nursing* 8, 3, pp. 201-7.
- Sharp, N. (1991): \$40 million for nursing research: is it enough? *Nursing Management*. 22, 2, pp. 22-23.
- Slater, P. (1984): The past and future of nursing research in Australia. *Australian Journal of Advanced Nursing* 1, 2, pp. 43-54.
- Staehr-Johansen, K.S. (1989): Health care technology and quality around the world. *Hospital Management International Yearbook*, pp. 72-5.
- Stinson, S.M./ Lamb, M./ Thibaudeau, M. (o.J.): Nursing research: The Canadian scene. *International Journal of Nursing Studies* 27, 2, pp. 105-22.
- Villarreal, P. (1991): Everything you wanted to know about the National Center for Nursing Research but didn't know you should ask. *Neonatal Network: Journal of Neonatal Nursing* 9, 6, pp. 63-64.

## **Standortbestimmung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung im deutschsprachigen Raum unter Berücksichtigung der internationalen Entwicklung**

Silvia Käppeli

Ich habe mich gefreut, dieses Thema zu bearbeiten, hatte ich doch aufgrund meiner eigenen Berufserfahrung in verschiedenen Ländern den Eindruck, ungefähr zu wissen, wer wo steht bezüglich Pflegewissenschaft. Als ich dann begann, mich systematisch damit auseinanderzusetzen, merkte ich, daß meine Erfahrungen nicht immer mit der Dokumentation in Fachzeitschriften übereinstimmten. So beschloß ich, meine heutigen Ausführungen auf zwei Beine zu stellen, nämlich auf ein *offizielles*, auf veröffentlichtes Material, und auf ein *inoffizielles*, auf meinen Erfahrungen stehendes. Welches davon wahrer oder richtiger ist, könnte Anlaß geben zu Diskussionen, wie sie in pflegewissenschaftlichen Kreisen nicht selten sind: Wie verhalten sich harte Daten zur Erfahrung, der empirische Forschungsansatz zum phänomenologischen?

Mein Zugang zu Zeitschriften oder Büchern und anderem Material war dabei gleichermaßen systematisch, zufällig und selektiv, wie meine Erfahrungen. Aber auch Veröffentlichtes entstand aus ähnlich subjektiven Perspektiven, soweit es sich dabei nicht um Dokumentationen von Reglementierungen und Gesetzgebungen handelt. In einer Standortbestimmung - von der hier geforderten Kürze - kann es sowieso nur darum gehen, Tendenzen, Highlights oder Tiefpunkte und in jedem Fall nichts Abschließendes festzustellen. Seit ich einmal als Assistentin eines Teams von Glaziologen ein paar Wochen auf dem Jungfrauojoch beim Gletschervermessen half, weiß ich, in welchem Maße Standortbestimmungen vom eigenen Standort abhängig sind und daß Relativitäten nur durch sorgfältige Triangulation korrigiert werden können. Darauf mußte ich im Zusammenhang mit meiner heutigen Aufgabe verzichten.

Sowohl bezüglich des deutschsprachigen Raums wie des internationalen Vergleichs bestand die Frage, welche Variablen vergleiche ich? Vergleich impliziert einen synchronischen Ansatz, d.h. einen Vergleich der Standorte heute, kann aber auch diachronisch, einen Vergleich der historischen Entwicklung bedeuten, so daß ich z.B. frage, was die Pflegewissenschaft in verschiedenen Ländern schon erschaffen und geschafft hat? In diesem Zusammenhang fällt mein Blick unwillkürlich auf den Entwicklungsstand der Pflegewissenschaft in den USA. Fast alles, was Pflegewissenschaft bisher hervorbrachte, kam aus den USA in die deutschsprachigen Länder. Im Zusammenhang mit der Pflegewissenschaft natürlich, die Akademisierung der Aus- und Weiterbildung in der Pflege. Aber ist Akademisierung automatisch mit Fortschritt, mit einem hohen Stand der Pflegewissenschaft oder sogar der Qualität der Pflegepraxis gleichzusetzen? Wenn dies für die USA so wäre, stimmt dies auch für uns? Solche Annahmen und Bewertungen prägen zum vor herein das Ergebnis einer Beurteilung des Standortes und sollten mit Vorsicht gehandhabt werden. Für die heutige Veranstaltung beschloß ich nun, die Situation der Pflegewissenschaft im Rahmen ihrer Geschichte aufgrund ausgewählter Kriterien eher beschreibend als bewertend vorzunehmen.

## **1. Unser amerikanisches pflegewissenschaftliches Erbe**

### **1.1 Abschnitte und Marksteine auf dem Weg der Geschichte der Pflege­theorie und -forschung in den USA**

Das explizite Benennen von Theorien in der Pflege begann in den 50er Jahren in Nordamerika, wo Hildegard Peplau (1952) den pflegetheoretischen Diskurs eröffnete. Diese ersten Formulierungen entstanden, als es galt, Pflege und ihre Ziele zu curricularen Zwecken zu definieren, um zu vermeiden, daß die Pflegeausbildung ausschließlich auf das bio-medizinische Modell gestützt wurde. Die Frage nach dem Wesen von spezifischem Fachwissen in der Pflege schloß sich der Frage nach dem Wesen der Pflege an. Mit ihr verbunden war immer die Suche nach der beruflichen Identität und Bedeutung.

Vom heutigen Standpunkt erscheinen verschiedene Wege, die die Entwicklung der Pflegewissenschaft in den USA durchgemacht hat, als Irrwege und Umwege, aber sie haben schließlich den Blick der Pflegewissenschaftlerinnen geschärft, ihre Gedanken geklärt und die amerikanische Krankenpflege an ihren heutigen Standort gebracht (Meleis, A. (1985). Meleis teilt die Geschichte der Pflege­theorie in vier Stadien ein:

#### a) Das praktische Stadium

In diesem Stadium ergab sich Pflege direkt aus den vor allem physischen Bedürfnissen von Kranken oder Verwundeten. Die Pflege­tätigkeit gab der Praxis ihre Daseinsberechtigung. Die Pflege konzentrierte sich auf Hygiene und die Gestaltung der Umgebung der Kranken, auf Grund- und Behandlungspflege.

#### b) Das Stadium der Ausbildung und Administration

In dieser Zeit ging die praktische Dienstleistung einher mit Lehre und Verwaltungstätigkeit. Dem 'Wie-Machen' folgten curriculare Überlegungen und ca. 30 Jahre experimentieren mit der Ausbildung von Pflegenden in Schwesternschulen. Diese Ausbildungen wurden um Ideen von funktionellen Rollen von Krankenschwestern herum konzipiert.

#### c) Das Forschungsstadium

Dieses bezog sich auf die Beforschung von Ausbildung und Administration der Pflege. Mitte der 60er Jahre wurde das *Western Council for Higher Education in Nursing* eröffnet, denn es gab mittlerweile mehrere Ausbildungen im tertiären Bildungsbereich oder anders gesagt Studiengänge. Das Council stand für die Verbesserung der Ausbildung, der Forschungstätigkeit und der Pflegequalität. Damals wurden Kriterien für die Begutachtung von wissenschaftlichen Publikationen in der Pflege entwickelt. Universitäten begannen, die wissenschaftliche Tätigkeit der Pflegefakultätsmitglieder denselben Maßstäben zu unterziehen, wie die Tätigkeit der Mitarbeiter anderer Fakultäten. Pflegeforschung mußte den gleichen Standards genügen wie Forschung anderer Disziplinen. Objektive Kriterien für die Evaluation von Forschung erlaubten von nun an, diese zu verfeinern und zu entwickeln (Leininger, M. 1968). Gemäß Meleis war das Stadium der Forschungsentwicklung entscheidend für die heutige Pflegewissenschaft. Zu jener Zeit begann die Entwicklung der wissenschaftlichen Syntax. Es gab jedoch noch keine Organisationsstruktur für den Inhalt der Forschung.

#### d) Das Stadium der Pflegeetheorie

Die Unzufriedenheit mit unzusammenhängenden Forschungsergebnissen drängte zur Entwicklung von konzeptionellen Rahmen. Führende Pflegewissenschaftlerinnen begannen zu proklamieren, daß die Pflegepraxis von Fachtheorie geleitet werden sollte und zu beschreiben, wie diese zu konzipieren sei. In dieser Zeit führten intensivste Dispute zur Übereinkunft, daß Pflege nicht nur ein Kapitel der Medizin oder Biologie sein darf, daß sie sich überhaupt nicht nur mit einem Aspekt des Menschen auseinandersetzen kann. Der Anfang des Stadiums der Theorieentwicklung war dann geprägt von:

- der Verwendung externer Paradigmen, um die Theorieentwicklung in der Pflege zu leiten;
- der Ungewißheit bezüglich der Phänomene, welche der Pflegedisziplin angehörten;
- einzelnen und voneinander unabhängigen Pflegeetheorien;
- der Trennung von Forschungs-Praxis und -Theorie;
- der Suche nach konzeptioneller Kohärenz;
- das Ziel eines einzigen Paradigmas für die Pflege herrschte vor (Meleis, A. 1985).

Diese Suche nach einer universalen Pflegeetheorie, welche ein für allemal die ganze Pflege erklären würde, erinnert an Galilei's und Descartes' Anspruch, *eine* wahre Struktur der Welt zu finden. Die Praktiker blieben solchen Unterfangen gegenüber kritisch, und die magere Literatur zur Anwendung von Theorie und Praxis durch die 60er und 70er Jahre hindurch mag Ausdruck dafür sein. Das schließliche Aufgeben dieser Illusion einer einzigen umfassenden Theorie scheint ein Zeichen von beruflicher Reifung und nicht von Resignation zu sein.

Für einige Zeit dauerten sowohl das Bedürfnis, Pflege wissenschaftlich zu erklären, als auch die Ungewißheit bezüglich der Ziele dieses Unterfangens an. Die Entwicklung der ersten Pflegeetheorien ermöglichte jedoch ein präliminäres Erkennen des empirischen Umfangs der Pflege. Sie halfen der Disziplin, ihre Phänomene und Probleme zu erkennen. Sie wurden jedoch vorerst kaum von der Praxis, sondern ausschließlich von den Ausbildungsstätten zu curricularen Zwecken verwendet. Ob und wie diese Modelle die Praxis wirklich beeinflussten, bleibt mit wenigen Ausnahmen bis heute Spekulation. Während dieser Phase der Entwicklung blieb die Frage, was für einen Grundprozeß Pflege darstellt und welches ihre Analyseeinheiten sind, bestehen.

Die Geschichte der Pflegeetheorie kann folgendermaßen gegliedert werden:

- *1955 bis 1960 war die Zeit der bedürfnisorientierten Theorien*

Diese ersten Pflegeetheorien kamen von den Absolventinnen des Teachers College der Columbia University, welche das erste akademische Programm für Pflegepädagogik und Management Anfang der 50er Jahre offerierte. Zu diesen Absolventinnen gehörten Peplau, Henderson, Hall, Abdellah, King, Wiedenbach und Rogers. Es waren vor allem Peplau und Henderson, die darauf bestanden, daß Pflege einen spezifischen und einzigartigen Auftrag hat und dieser eine bestimmte Ordnung und Organisation, welche formuliert und kommuniziert werden kann. Sie formulierten damit den Anfang aller Pflegeetheorien im engeren Sinne. 1959 begann Johnson das Wesen der Pflegewissenschaft zu analysieren. Damit lenkte sie die Aufmerksamkeit auf das Potential von Pflege als wissenschaftliche Disziplin. Ende 1950 erfolgte dann

die Gründung des Nursing Research Fellowship Programs, um die Forschung finanziell zu unterstützen und um Forschungskarrieren zu ermutigen.

- *1961 bis 1965 wurde Theorieformulierung zum nationalen Ziel der Pflege erhoben*

Das Positionspapier der ANA 1965 hielt fest, daß eines der wichtigsten Ziele die Theorieentwicklung in der Pflege ist. Die Pflege begann, Kranke als Individuen mit Bedürfnissen zu erkennen und Pflege selbst als einzigartige Funktion zu konzipieren. Dies war immer noch ein reduktionistisches Konzept, aber besser als dasjenige, das Kranke als Krankheit oder Operation identifizierte. Alsbald erfolgte eine Konzepterweiterung im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehung, und erst dadurch wurde der Patient zum mitentscheidenden Faktor in seiner Pflege. Pflege wurde nun als Prozeß konzipiert statt als Ziel, als Interaktion statt als Inhalt und als Beziehung zwischen zwei Menschen statt zwischen Rollen.

Zur selben Zeit gab es staatliche Gelder für Pflegende, die in einer anderen Disziplin promovieren wollten. Dies waren die Frauen, welche in den 70er Jahren neue, eben durch ihre Disziplin geprägte Pflege-theorien weiterentwickelten (z.B. Levine, Rogers, Orem).

- *1966 bis 1970 erfolgte die Zeit der Theoriediskussion*

Das erste Pflegesymposium fand 1967 statt. Die damaligen Wissenschaftlerinnen diskutierten Theorie, und die wissenschaftliche Zeitschrift (Nursing Research, ab 1953) gewichtete die Bedeutung dieser Diskussion durch ihre Publikation. Dickoff und James, zwei Philosophen, anerkannten in Zusammenarbeit mit einer Krankenschwester (Wiedenbach), daß Theorie für die Pflegepraxis von Bedeutung ist und daß Praxis theoretisch und wissenschaftlich erschlossen werden kann (Dickoff, J./James, P./Wiedenbach, E. 1968). Ihre Publikation beschleunigte Veröffentlichungen zum Thema Theoriebildung (Meleis, A. 1985). Fragen dieser Zeit befaßten sich mit Arten von Theorie und weniger mit Inhalten. Eine wesentliche Erkenntnis dieser Zeit war u.a., daß präskriptive Praxistheorie (Handlungstheorie) das Ziel der Theorieentwicklung sein sollte.

- *1971 bis 1975 war geprägt durch den Aufbau der Syntax für Pflege-theorie*

Der Schwerpunkt dieser Entwicklungsphase lag nun auf den Komponenten der Theorie und auf der Theorieanalyse und Kritik. Ob Pflege-theorie notwendig war, war keine Frage mehr, aber was war gemeint mit Pflege-theorie? Schools of Nursing wurden zugleich verpflichtet, auf Theorie abgestützte Curricula zu entwickeln, um akkreditiert zu werden. Dies wiederum förderte die theoriebezogenen Publikationen.

- *1976 bis 1980 folgte eine Zeit der Reflexion und Anwendung*

Das Bestreben der intensiven Diskussion war, bestehende Theorien anzuwenden und neue zu entwickeln, Phänomene zu beschreiben und Zusammenhänge vorauszusagen. Die Zeitschrift *Advances in Nursing Science* sowie viele Bücher zur Anwendung von Theorie wurden auf den Markt gebracht (Chinn, P. 1987). Nun wurde die Beziehung zwischen Theorie, Forschung, Praxis und Philosophie diskutiert (Stevens, B. 1979).

- 1981 bis 1985 kann als Zeit der Theoriewiederbelebung bezeichnet werden.

Es wurden Konzeptionen für verschiedene Bereiche der Pflege publiziert. Die 80er Jahre waren geprägt durch die Akzeptanz der Bedeutung von Theorie für die Pflege und durch die Unvermeidbarkeit der Entwicklung von weiterer Pflegetheorie für Teilbereiche der Pflege-Praxis. Doktorandenprogramme, die seit mehreren Jahren bestanden, machten dies zu ihrem Kernstück.

Das methodologische Wissen wurde verwendet, um Theorie zu analysieren (Fawcett, J. 1984). Dies führte zu größerer Klarheit zwischen Theorie, Praxis und Forschung (die bis heute bleibende Verwirrung dieser Periode betrifft die Semantik der Pflegewissenschaft). Ein weiterer bemerkenswerter Markstein der 80er Jahre (allerdings auch erst ca. 30 Jahre nach Beginn der Theoriebewegung) bestand in der Entwicklung von Strukturen, wie 1985 dem National Center für Nursing Research am National Institute of Health, welches 1991 zu einem eigenständigen National Institute for Nursing Research aufgewertet wurde (Robert-Bosch-Stiftung 1996).

*Das Fazit dieser Geschichte der Pflegetheorie besteht u.a. in:*

1. der Annahme der Komplexität der Pflege und des unvermeidlichen Bedarfs mehrerer theoretischer Paradigmen zu ihrer Erklärung
2. der Auffassung, daß Konzepte und Theorien durch einen kumulativen Effekt zu einem sogenannten 'body of nursing knowledge' werden sollten.

Soviel zum pflegewissenschaftlichen amerikanischen Erbe. Wenn ich ihm hier relativ viel Raum gewidmet habe, ist es deshalb, weil ich es als eindrückliches Werk betrachte und weil es unsere Entwicklung der Pflegewissenschaft in nicht zu unterschätzender Art prägt – sei es durch die Literatur oder durch die berufliche Bildung. Unser beruflicher Standort bezieht sich auf den amerikanischen, auch wenn wir im deutschsprachigen Raum eine berufliche Identität haben, die sich zwar mit jener vergleichen, sich aber nicht ausschließlich durch jene definieren läßt.

*Ein Unterschied besteht allerdings darin, daß wir die Pflegewissenschaft kaum betrachten, ohne meist gleichzeitig deren Nutzen für die Praxis im Auge zu behalten. Wir haben (und dies ist ein weiterer wichtiger Aspekt unseres Standortes) unsere vor allem deutsch, österreichisch und schweizerisch geprägte Pflegepraxis und andere Identifikationsfiguren, aber wir haben heute eine wesentlich weniger ausschließlich durch den europäischen Kulturraum geprägte Pflegewissenschaft. Eine Errungenschaft unserer eigenen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse besteht in unserer Analyse, Kritik und Modifikation amerikanischer Pflegetheorien und Forschungsschwerpunkte, des methodologischen Vorgehens und der Resultate. Diese Erkenntnis ist vielleicht eines der wichtigsten Merkmale unseres pflegewissenschaftlichen Standortes. Meines Erachtens ist dies ein reifer, wichtiger und nötiger Beitrag, sowohl für die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Europa als auch für die USA. Dies ist zu betonen, obwohl unsere Kritik von unseren Kolleginnen jenseits des Atlantiks kaum zur Kenntnis genommen oder als Unverständnis, Widerstand oder Unreife abqualifiziert wird. Das letztere wird erneut sichtbar in internationalen Diskussionen um das Thema Pflegediagnosen. Eine ähnliche Kolonialisierung erlebte Europa bereits in den 70er Jahren im Zusammenhang mit der Einführung des Pflegeprozesses.*

Mir scheint es unabdingbar, daß wir uns mit unserem pflegewissenschaftlichen Erbe und der wissenschaftlichen Elite kritisch auseinandersetzen, ohne uns notgedrungen auf dem geschichtlichen Kontinuum der amerikanischen Krankenpflege lokalisieren zu wollen. Viel entscheidender ist, daß wir aus jener Geschichte (wie aus der eigenen) lernen und z.B. nicht alle US-Irrtümer replizieren, bevor wir uns auf unseren eigenen Pfad begeben. Die Kunst der Pflegewissenschaft als angewandter Disziplin besteht ja letztlich auch darin, zu erkennen, welche theoretischen und welche Forschungsansätze im Dienste der Optimierung der Pflegepraxis in unserem Kulturraum gebraucht werden. Pflegewissenschaft agiert nicht im gesellschaftslosen Raum. Es ist auch nicht nötig, daß wir die Kluft zwischen dem Berufsstand, den praktizierenden Pflegenden und seiner wissenschaftlichen Vertretung, den in Lehre und Forschung Tätigen, im amerikanischen Stil vergrößern. Forschungsergebnisse und Theorien müssen in der Praxis greifen. Was für die Schule stimmt, scheint auf die Pflege übertragbar zu sein: nicht jede Reform verbessert ihre Qualität.

## **2. Entwicklungen im deutschsprachigen Raum**

In allen europäischen Ländern sind seit der Jahrhundertwende periodische Neureglementierungen der Krankenpflegegrundausbildungen erlassen worden.<sup>1</sup> Im Zuge solcher Revisionen vergrößerte sich der theoretische Anteil der Ausbildung kontinuierlich. Inhaltlich fand in diesem Verlauf eine tendenzmäßige Umorientierung vom bio-medizinischen zum sozial-medizinischen Pflegemodell statt, das letztere eher als Ideologie und Forderung denn als praktisch gelebte Auffassung. Innerhalb der theoretischen Ausbildung beginnt sich seit einigen Jahren der Anteil von Pflegefachwissen auszudehnen, obwohl die naturwissenschaftlichen Fächer nach wie vor die Oberhand behalten. Im Zusammenhang mit der Aufwertung des theoretischen Unterrichts gelang der Krankenpflege eine Angleichung an andere Berufsausbildungen, und damit verbunden zeichnet sich eine Veränderung der gesellschaftlichen Bewertung der Pflegeberufe ab. Im Zusammenhang mit der Orientierung an Pflegemodellen und der Vergrößerung des spezifischen Fachwissens muß der Fachunterricht von Fachkräften vorgenommen werden. Dies ist aber im Bereich der Fort- und Weiterbildung nur möglich, wenn Pflegewissenschaft in einem Land als Lehre existiert.

Ich will hier nicht weiter von den Grundausbildungen sprechen. Ihre Struktur und Gestaltung beeinflussen aber natürlich die Fortsetzung im akademischen Bereich sowie sich auch die akademischen Möglichkeiten des Lehrpersonals schließlich wieder auf die Grundausbildung auswirken. Eine Standortbestimmung der Pflegewissenschaft müßte das Maß an inner- und zwischenbetrieblicher Dynamik und Transparenz zwischen den Bereichen Ausbildung-Weiterbildung bzw. zwischen Lehre, Forschung und Praxis als Kriterium einschließen. Dies scheint mir 1996 verfrüht. Insbesondere weil in den deutschsprachigen Ländern die Pflegegrundausbildungen noch mehrheitlich im traditionellen Stil, d.h. weitgehend als ausgesprochen praktischen Beruf mit star-

---

<sup>1</sup> Europäisches Übereinkommen über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern vom 25. Oktober 1967. /Richtlinie des Rates zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Tätigkeit der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind vom 27. Juni 1977 (88/453/EWG).

ker Prägung durch die Medizin und durch die Institutionen verwirklicht wird und daß die Möglichkeit eines akademischen Oberbaus teilweise noch kaum bekannt oder nicht einmal erwünscht ist, geschweige denn einen selbstverständlichen und als notwendig erachteten Bestandteil des Berufes oder der Karriere einer Pflegeperson darstellt.

In Deutschland wie in der Schweiz hat sich die Pflegeausbildung bisher außerhalb der normalen Strukturen des Berufsausbildungssystems entwickelt. Sie wird durch verschiedenste Träger reglementiert und auf verschiedenste Weise finanziert. Dasselbe gilt für die Fort- und Weiterbildung bzw. die Ausbildung zum Berufsschullehrer für Pflege, für das Pflegemanagement und für die Pflegeexperten. Erst durch die Etablierung der Pflegewissenschaft im tertiären Bildungsbereich tritt ein Teil der Berufsbildung ins etablierte Bildungssystem ein. Im jetzigen Moment geschieht dies in Deutschland so, daß Studiengänge im Hochschulbereich in fast beängstigendem Tempo aus dem Boden schießen.

## **2.1 Entwicklungen der Pflegewissenschaft in Deutschland**

In Deutschland begannen die ersten Bestrebungen, Pflegewissenschaft zu etablieren, nach dem 2. Weltkrieg in Heidelberg. Dieser und andere Versuche, wie zuletzt derjenige an der Freien Universität Berlin (1981), blieben 30 Jahre erfolglos. Die Entwicklungen in der DDR verliefen etwas anders, vor allem mit starker entweder pädagogisch-didaktischer oder medizin-naturwissenschaftlicher Prägung.

Einzelne Pflegepersonen, die an anglo-amerikanischen Universitäten Pflege studierten, unternahmen seit Beginn der 80er Jahre einen neuen Anlauf, Pflegewissenschaft auch im deutschsprachigen Raum zu etablieren. Diese Vorstöße geschahen vor allem über die Konnotation von Kolleginnen, über Fortbildungsveranstaltungen oder Forschungsprojekte, die zum Teil gegen erheblichen Widerstand realisiert werden mußten. Trotzdem gab es Stiftungen, Institutionen, die die Durchführung oder Finanzierung solcher Unternehmen unterstützten und der Pflegewissenschaft in Deutschland schließlich zum Durchbruch verhalfen. Eine sehr empfehlenswerte und informative Quelle dazu stellt die Denkschrift der Robert Bosch Stiftung dar.

## **2.2 Entwicklungen in der Schweiz**

Grundsätzlich verliefen die Entwicklungen in der Schweiz ähnlich. Seit 1979 tröpfeln auch Schweizerinnen zu Studienzwecken ins Ausland und kehren trotz allem wieder zurück, um die ‚Pflegetandschaft‘ der Schweiz zu verändern. Wir sind seit einigen Jahren vier in Pflege promovierte Krankenschwestern; es gibt eine Handvoll Kolleginnen und Kollegen mit einem Master in Nursing, und einige befinden sich derzeit in den USA oder in Großbritannien im Studium.

Seit den späten 70er Jahren besteht eine Forschungskommission beim Berufsverband. Seit 1982 existieren *Höhere Fachausbildungen in Pflege* (Stufe I), in denen Pflegekonzepte unterrichtet werden, seit 1984 wird Pflegeforschung in den Ausbildungsgängen für Berufsschullehrer und für das Pflegemanagement unterrichtet. 1987 begann die erste *Höhere Fachausbildung in*

*Pflege* (Stufe II), die eine Nachbildung von pflegewissenschaftlichen Studiengängen auf dem Niveau des anglo-amerikanischen Master of Nursing darstellt. Im Unterschied zu Deutschland wurde Pflegewissenschaft als Fachrichtung 1989 in der beruflichen Funktion der Pflegeexperten etabliert. Institutionen im Gesundheitswesen, vor allem Krankenhäuser, aber auch Heime und spitalexterne Einrichtungen schafften Stellen zum Einsatz dieser Pflegeexperten. Aufgrund der veränderten Anforderungen der Pflegepraxis an die Berufsleute besteht kein Zweifel am Bedarf solcher Personen. Wenn es Probleme bezüglich ihres Einsatzes gibt, dann finden sie sich entweder in der Finanzierung oder in strukturellen Problemen oder in der Scheu von Pflegediensten, spezielle Fachpersonen zur Entwicklung der Pflege einzusetzen. Die Pflegeexpertinnen schlossen sich im Anschluß an den ersten Ausbildungsgang zu einer Vereinigung zusammen, die analoge Ziele wie die Deutsche Vereinigung zur Förderung der Pflegewissenschaft verfolgt.

Die Schaffung dieser höheren Fachausbildungen hatte zwei Konsequenzen. Einerseits gab es nun Pflegestoff für Publikationen in deutscher Sprache, so daß 1988 die erste Ausgabe der ersten *wissenschaftlichen Zeitschrift Pflege* erfolgen konnte. Dies erfreulicherweise in Zusammenarbeit mit Persönlichkeiten der Krankenpflege aus Deutschland und Österreich. Eine zweite Folgeerscheinung waren *Forschungskonferenzen*, die seit 1992 jährlich von der *Vereinigung der Pflegeexpertinnen und -experten PES* veranstaltet werden. 1991 begann die offizielle Diskussion eines Studienganges für Pflege an der Universität Basel. Diese Diskussion ist nun insofern abgeschlossen, als sowohl die politische wie auch die universitäre Seite der Meinung sind, ein solcher Studiengang stelle keinen Luxus dar. Wann er tatsächlich beginnen und wer ihn schließlich bezahlen wird, ist noch offen, er soll jedoch noch in diesem Jahrtausend erreicht werden. Somit hätte dann Pestalozzis Land als letztes europäisches Land und vermutlich als eines der letzten in der modernen Welt seinem Pflegepersonal diese Möglichkeit auch verschafft.

### **2.3 Zum Vergleich**

Hier wie in den USA erfolgte die Entwicklung zuerst personenbezogen und war geprägt von den Persönlichkeiten, Interessen und vom Bildungshintergrund der Pionierinnen. Dies erklärt, warum in der Schweiz die Pflegewissenschaft als Fachrichtung vor Deutschland als Höhere Fachausbildung und als berufliche Funktion etabliert war, wenn auch außerhalb der Hochschule.

Auch die Rezeption der anglo-amerikanischen Ansätze der Pflegewissenschaft wurde in beiden Ländern auf ähnliche Weise teilweise breit, insgesamt jedoch was die Pflgetheorie betraf aus heutiger Sicht wenig reflektiert rezipiert. Wer im Ausland studiert hatte, unterrichtete nach bestem Wissen und Gewissen jene Vorlesungsinhalte selektiv und in verkürzter Form, und die Unterrichteten waren begierig, dieses Wissen an ihren Arbeitsplätzen so umzusetzen, wie sie es gehört hatten, - wie in den USA - vor allem in Schwesterenschulen und weniger in der Praxis. Im Unterschied dazu wurden die Erkenntnisse der Pflegeforschung kaum übernommen (z.B. bezüglich Studien im Bereich der Qualitätskontrolle). Das Rezeptionsmuster fiel zugunsten der Bedürfnistheorien aus, vermutlich, weil es im vorwissenschaftlichen Praxisfeld erfolgte und leicht popularisiert werden konnte.

Die Entwicklungen in Österreich verliefen zum Teil analog: teilweise sind sie in noch stärkerem Maße vom persönlichen Einsatz und durch Beziehungen von einzelnen Personen zu Institutionen geprägt, teilweise scheinen sie aufgrund der Literatur stark abhängig von lokalen Gegebenheiten. So scheinen Entwicklungen in Wien oder in bestimmten Institutionen in Wien wenig Schlüsse zu erlauben auf Entwicklungen in anderen Teilen des Landes. Dies ist vielleicht Ausdruck einer bestimmten Entwicklungsphase, des Überganges von aus privater Einzelinitiative begonnenen Einrichtungen zu deren struktureller Verankerung und personen-unabhängiger Existenz.

In Deutschland begann jüngst eine erfolgversprechende Entwicklung; in der Schweiz dagegen geht vorläufig eine Entleerung eines Teils des intellektuellen Potentials und die Erhaltung eines Defizits, das der Pflege als Beruf, aber vor allem der Pflegepraxis noch schmerzlich bewußt werden wird, weiter. Um dies in 'Standortbestimmungsterminologie' auszudrücken: Wir bleiben sitzen, währenddessen Sie davoneilen. Persönlich tröste ich mich damit, daß wir dafür in den Genuß von Praktikantinnen von Pflegewissenschaftlichen Studiengängen in Deutschland kommen und sich andere Formen der wissenschaftlichen Zusammenarbeit mit dem deutschen Hochschulbereich anbahnen. Diese staatenübergreifende Zusammenarbeit, die seit den 70er Jahren Tradition hat, ist ein wichtiges Merkmal der Entwicklung der Pflegewissenschaft im deutschsprachigen Raum.

### **3. Vergleich mit anderen europäischen Ländern**

Der Vergleich der deutschsprachigen Länder mit anderen europäischen Ländern war schwierig, da die Publikationen zwischen zwei Extremen schwanken. Einerseits bestehen sie aus Übersichten rein technischer Art mit Datentabellen (Geiger, M 1993). Andererseits aus nivellierenden Statements:

"Sei es jetzt in Frankreich oder in der Schweiz (oder anderswo in der Welt), wir sind allesamt Vertreterinnen und Vertreter des Berufsstandes Pflege ... Unsere Rolle in der Gesellschaft besteht darin, die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung zu erkennen und sich ihrer anzunehmen ... hier wie dort erwartet man von uns, daß wir Leiden lindern, den Patientinnen und Patienten in schweren Augenblicken beistehen und ihnen soviel Unabhängigkeit und Autonomie verschaffen, wie immer möglich, ohne dabei die optimale Lebensqualität aus den Augen zu verlieren ... " (Delanoë, A 1993).

Die beste Quelle zur Eruierung des Standes der Pflegewissenschaft in Europa bilden vermutlich die WENR-Protokolle (Workgroup of European Nurse Researchers). Als Vertreterin der Schweiz in der WENR zwischen 1985 und 1995 erhielt ich einen guten Einblick in die Entwicklungen der verschiedenen europäischen Staaten und Israels. Jedes Land legt jährlich Rechenschaft ab über sechs Aspekte der Pflegeforschung:

- Ausbildungsmöglichkeiten bezüglich Pflegeforschung;
- Pflegepraxis und Pflegeforschung;
- Das Engagement des nationalen Berufsverbandes an der Pflegeforschung;
- Dissemination der Forschungsergebnisse;
- Finanzierung;
- Zukünftige Entwicklungen.

Ich werde im folgenden zu diesen Bereichen etwas Zusammenfassendes sagen:

- *Ausbildungsmöglichkeiten bezüglich Pflegeforschung*

In allen Ländern haben Krankenschwestern die Möglichkeit, sich in Forschung auszubilden, wenn auch in sehr unterschiedlichem Maß und unterschiedlicher Qualität sowie in unterschiedlichsten Strukturen. Im Vergleich erkennt man, wie die wirtschaftliche Lage eines Landes, das politische System, ob Krieg herrscht oder nicht, die Geographie und das Gesellschaftssystem sich niederschlägt im Bildungssystem der Pflege. Während zum Beispiel Anfang der 80er Jahre Ausbildung in Pflegewissenschaft in der britischen Krankenpflege und Gesellschaft normal war, blieb sie in der portugiesischen ein Fremdwort.

- *Pflegepraxis und Pflegeforschung*

Aus wissenschaftlichen Beiträgen in Fachzeitschriften, wie dem britischen *Journal of Advanced Nursing*, dem *Scandinavian Journal of Nursing*, könnte man schließen, daß Pflegeforschung mancherorts normaler Bestandteil der Pflegepraxis geworden ist. Es ist aber nicht möglich, von Publikationen von Forschungsberichten auf das Ganze zu schließen. So ist es schwer zu eruieren, wo ein wissenschaftliches Vorgehen als normaler Problemlösungsansatz verwendet wird und wo Pflegeforschung in der Praxis etabliert ist. Anfang der 90er Jahre war es nachweisbar weniger als 10% des Wissens, das angewandt wurde. Eine andere Möglichkeit, die Verankerung der Pflegewissenschaft in der Praxis herauszufinden, ist via Stelleninseraten für Forscherstellen oder solchen, bei denen die Forschung als Bestandteil der Stellenbeschreibung enthalten ist. Diese sind beispielsweise in den Oststaaten relativ verbreitet; aber viele westliche Pflegewissenschaftlerinnen würden einen großen Teil jener Forschung nicht als Pflegeforschung klassifizieren.

- *Das Engagement des nationalen Berufsverbandes an der Forschung*

Dieses hängt von der Professionalität des Verbandes ab. Auf europäischer Ebene ist festzustellen, daß alle Berufsverbände dabei sind, sich an der Pflegewissenschaft - in Form von Tagungen oder Konferenzen, in Form von Finanzierungen, von eigenen Projekten oder der Einrichtung eigener Forschungsinstitute etc. - zu beteiligen. Es kommt aber auch vor, daß sie als Konkurrenzinstitution zu akademischen Einrichtungen fungieren. Wieviel sie leisten können, hängt damit zusammen, ob sie vor allem gewerkschaftliche oder berufliche Aufgaben haben, ob die Gremien als Freizeitgremien von Pflegenden mehr oder weniger ehrenamtlich funktionieren oder ob qualifizierte Personen vollamtlich bestimmte Aufgaben wahrnehmen und dadurch eine andere Art von Verbindlichkeit und Einfluß haben.

- *Dissemination von Forschungsergebnissen*

Die Anzahl an Forschungsprojekten hat in den letzten Jahren in allen Ländern spürbar zugenommen, so daß einige Ländervertreterinnen nicht mehr in der Lage waren, sie aufzulisten. Andere sind gerade dazu übergegangen waren, Jahrbücher anzulegen. In der Schweiz ist es jedoch kaum möglich, festzustellen, was wo erforscht wird, weil es keine verbindlichen Strukturen gibt, die eine zuverlässige Information gewährleisten würden. In manchen Ländern wird sehr viel geforscht, aber die meisten Projekte bestehen aus Master- und Doktorarbeiten, und häufig bleiben diese Studien die einzigen Forschungserfahrungen im Leben einer Pflegewissenschaftlerin. Es ist außerordentlich

schwierig, in nicht an Wissenschaft oder in nicht forschungsorientierten Institutionen Forschungsprojekte durchzuführen.

Dissemination erfolgt in allen Ländern via Fachzeitschriften und Konferenzen oder im Fachunterricht. Vergleicht man die wissenschaftlichen Fachzeitschriften, zeigt sich, daß diese im angelsächsischen Bereich seit Jahrzehnten mit sehr großen Auflagen erscheinen, währenddem *Pflege* wie auch das *Scandinavian Journal of Nursing* sich erst im 9. Jahrgang befinden. Die Angelsachsen sind sogar bereits auf Spezialisierung der Pflegefachzeitschriften übergegangen, weil der Publikationsdruck und die wissenschaftliche Konkurrenz bald mit derjenigen der etablierten Wissenschaften vergleichbar ist.

- *Finanzierung*

In allen Ländern ist die Finanzierung der Forschung hauptsächlich von den Bildungsstrukturen, vom Status der Pflege in Staat und Gesellschaft und vor allem von Fonds abhängig. In Staaten, in denen Pflege im Hochschulbereich etabliert ist, scheint die Finanzierung der Forschung wesentlich einfacher zu sein als in Ländern, wo dies nicht der Fall ist.

Insgesamt und im Vergleich mit den deutschsprachigen Ländern sind alle nordeuropäischen Länder weiter entwickelt bezüglich Ausbildungsmöglichkeiten, Verankerung in der Praxis, Professionalität der Berufsverbände im Umgang mit Pflegewissenschaft, Dissemination von Forschungsergebnissen und Finanzierung. In den südeuropäischen Staaten sowie in Spanien und Portugal scheint eine Art Zweiklassensystem zu bestehen: Zwar gibt es Pflegewissenschaft, dies hat aber wenig zu tun mit der allgemeinen Entwicklung der Pflege im betreffenden Land.

- *Inhaltlich*

Inhaltlich bestehen große Unterschiede in den Schwerpunkten der Pflegeforschung der verschiedenen Länder. Finnland ist zum Beispiel sehr stark gemeinde- bzw. spitex-orientiert. Gesundheitsvorsorge und -erziehung, pädiatriepflegespezifische Fragen und Fragen bezüglich perinataler Pflege prägen die Forschungslandschaft. Die ausgesprochen starke Stellung der Frau in der finnischen Gesellschaft mag vieles mitprägen. Die Pflegefakultät von Turku ist seit Jahren mit der Klärung der theoretischen Basis der Pflegepraxis beschäftigt.

Schweden, wo Pflege nicht als 'nursing' sondern als 'caring science' kultiviert wird, ist methodologisch stark quantitativ ausgerichtet. Mit der Forschergruppe um Astrid Norberg hat sich andererseits ein Zentrum der qualitativen Forschung über die Pflege von Dementen und damit zusammenhängenden ethischen Fragen gebildet. Großbritannien zeichnet sich seit Jahren durch eine große Vielfalt von Forschungen methodologischer wie inhaltlicher Art aus, aber auch durch sehr viel Unzusammenhängendes und durch Einzelstudien. In der Schweiz werden mit ausgesprochen kleinen Untersuchungsgruppen mehrheitlich klinische Fragestellungen durch eine methodologische Anlehnung an die qualitative Sozialforschung durchgeführt. Die Forschungen in Deutschland sind eher geprägt durch eine mehrheitlich pflegepädagogische, historische oder an Professionalisierungsfragen orientierte Untersuchungen als an klinischen.

Sowohl in Italien als auch in Frankreich wird eher sporadisch geforscht und noch sporadischer in englischer Sprache publiziert. Israel ist stark ausgerichtet

auf die demographische Struktur, auf Gesundheitsfragen und Probleme im Zusammenhang mit Immigranten aus verschiedenen Ländern sowie mit der Überalterung, andererseits mit der Post-Holocaustgeneration und ihren spezifischen Gesundheitsproblemen.

Ein internationaler Vergleich zeigt sehr große Unterschiede sowohl bezüglich Forschungsinhalten als auch bezüglich der methodologischen Ausrichtung. Gegenüber der amerikanischen Pflegeforschung unterscheidet sich die europäische hauptsächlich durch die Fragestellungen, durch die Wahl der theoretischen Rahmen durch die Sample-Größen, durch die methodologische Gewandtheit, d.h. durch die Professionalität bezüglich der Pflegeforschung und durch die wissenschaftliche Kultur. Im Gegensatz zu den amerikanischen Kolleginnen werden deutschsprachige Krankenschwestern offensichtlich noch nicht in ein pflegewissenschaftliches Milieu hineinsozialisiert. Dafür ist andererseits eine erfreuliche und wachsende Eigenständigkeit der Pflegeforschung in den deutschsprachigen Ländern festzustellen. Insgesamt ist Pflegeforschung, die aus der Pflege kommt, von Pflegenden initiiert und durchgeführt wird, in den europäischen und vor allem in den deutschsprachigen Ländern dünn gesät und hat - mit Ausnahme von Großbritannien - eine vergleichsweise kurze Geschichte.

#### **4. Ausblick**

Pflegewissenschaft trägt dazu bei, das pflegerische Erfahrungswissen begrifflich zu fassen, pflegerische Konzepte zu verallgemeinern und Fachwissen der Reflexion zugänglich zu machen. Sie beschäftigt sich mit Ordnung des vorhandenen und Entwicklung von neuem Wissen und damit der Vermehrung, Vertiefung und Erweiterung des Wissens in der Pflege. Es geht ihr um die wissenschaftliche Bearbeitung eines spezifischen Praxisfeldes, wie in den anderen Handlungswissenschaften, zum Beispiel der Pädagogik und der Medizin. Das typische an der Pflege ist, daß sie das ihrer Praxis eigene Wissen aus verschiedenen anderen wissenschaftlichen Disziplinen bezieht und zu neuen Konstrukten zusammenfügt. Diese ermöglichen Erklärungen, Vorhersagen und Beweisführung.

Zur Etablierung der Pflegewissenschaft gehört die Abgrenzung von und die Einordnung in die modernen Wissenschaften, die Klärung des Inhalts und vor allem auch die Verbundenheit mit der Praxis. Diese Klärung Inhaltes ist besonders in bezug auf die Medizin, auf die Gesundheits- und auf die Sozialwissenschaften nötig. In Europa herrscht diesbezüglich noch teilweise wenig Eindeutigkeit.

Henry, ein französischer Philosoph, schreibt in seinem Buch *Die Barbarei* (1994) - einer Kritik der modernen Wissenschaft:

"Die Kulturkrise wurde zum Gegenstand mehr oder weniger verdächtiger Analysen. Die am meisten anerkannte Erklärung ist folgende: Mit der modernen Wissenschaft hat das Wissen ungeheure Fortschritte gemacht, und zu diesem Zweck hat es sich wucherartig in Forschungen zerteilen müssen, wovon jede ihre Methodologien, Begriffsapparaturen und Gegenstände besitzt. Niemandem ist es von nun an mehr möglich, sie alle zu beherrschen, auch nicht einmal einige wenige oder sogar eine einzige. Was in Frage steht, ist die Einheit des Wissens und mit ihr die Aufdeckung eines Prinzips,

das die Übereinstimmung und so die Gültigkeit der Haltungen wie Bewertungen in allen Bereichen sicherstellt. Unsere alltägliche Verhaltensweise ist in dieser Hinsicht bezeichnend: Vor jedem besonderen Problem rufen wir nach einem Spezialisten. Diese Handlungsweise liefert keine Gesamtsicht für die menschliche Existenz und deren Bestimmung. Ohne eine solche Sicht ist es jedoch unmöglich zu entscheiden, was in jedem Fall zu tun ist, insofern dies eben unsere Existenz und keine Sache betrifft ... In Wirklichkeit handelt es sich nicht um eine Kulturkrise, sondern ausdrücklich um die Zerstörung der Kultur." (S.77/78).

Die Pflgeethorie hat sich bisher in Abgrenzung von der medizinischen gerade durch die hier beklagte Ganzheitlichkeit stark gemacht. Es ist wünschenswert, daß Pflegewissenschaft auch in Zukunft ihrem Gegenstand treu bleibt und Pflgeethorie so prägt. Die Art des Wissens, das wir entwickeln, hängt nicht nur von erkenntnistheoretischen Überlegungen ab, sondern wird beeinflusst vom politischen System (Demokratieverständnis oder Grad des Zentralismus eines Staates), vom Bildungssystem, das darin begründet liegt (ob z.B. eine allmähliche Konsolidierung der Grundausbildung mit den Hochschulen zustande kommt), von Wirtschaftssystemen, die die Finanzierung der Forschung mitsteuern, von der Regelungsdichte eines Gesundheitssystems etc.. Solche und andere Faktoren beeinflussen Forschungsfragen und Forschungsnotwendigkeiten. In welchem Maße es der Pflegewissenschaft (forschungsmäßig und theoretisch) gelingen wird, sich treu zu bleiben, wird wesentlich davon abhängig sein, in welchem Maße es dem Beruf gelingt, wirksame Wege und Lösungen zu wesentlichen Gesundheitsfragen der Gesellschaft anzubieten. Ob sie zeigen kann, daß auf Fachwissen abgestützte Pflegequalität tatsächlich einen Unterschied macht zur Lebensqualität bestimmter Bevölkerungsgruppen und in welchem Maße die Gesellschaft einen Beitrag der Pflege zur Lösung solcher Probleme zu fordern beginnt.

Zentrale Aufgabe für die Zukunft bleibt das epistemologische Anliegen, das Wissen kongruent mit dem Fach, aber bezogen auf die anderen Fächer zu entwickeln. Dabei ist der Auftrag der Hochschule zu steuern: Welche Art von Wissen wird als Fachwissen oder als wissenschaftliche Erkenntnis durch die Disziplin akzeptiert und aufgrund welcher Kriterien? Ein letzter Blick zurück auf die USA zeigt - ich zitiere eine Amerikanerin: "The way has been long, hardy and bumpy", und die meisten der zu überwindenden Hindernisse verdanken auch die Amerikanerinnen nicht nur externen Faktoren, sondern ihrer eigenen Berufskultur und -geschichte. Die Pflegewissenschaft entwickelte sich dank oder trotz, auf jeden Fall aber nicht losgelöst von Personen. Deshalb konstituiert sich die Dynamik der Wissenschaft bzw. die soziale Dynamik der Wissenschaftlerinnen nicht nur aus rationalen, sondern auch aus irrationalen Kräften. Wissenschaftliche Disziplin bzw. Wissenschaftlerin zu sein, setzt noch andere Gaben voraus als Denken und schöpferische Intuition. Es erfordert moralische Integrität, Disziplin, Anpassungsfähigkeit, Flexibilität, Konkurrenztauglichkeit, Kollegialität und Sinn für die Grenzen des eigenen Tuns. Mir scheint erstrebenswert, daß unser Beruf mit Hilfe seiner Wissenschaft eine Kultur und Tradition hervorbringt, welche jungen Leuten Pflege als Berufswahl/Studienfach erstrebenswert macht und auf welche unser Nachwuchs mit Stolz zurückblicken kann.

## Literatur

- Chinn, P. (1987): *A model for theory development in Nursing*. Advances in Nursing Science 1, S. 1-11
- Delanoë, A. (1993): SRK Journal 2/93, S. 12.
- Dickoff, J./James P/Wiedenbach E.(1968): *A theory of theories: A position paper*. Nursing Research 17, 3, S. 197-203.
- Fawcett, J. (1984): *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. Philadelphia.
- Geiger, M. (1993): *Übersicht über verschiedene Krankenpflegeausbildungen in Europa*. SRK Journal 2/69, S. 15ff.
- Leininger, M. (1968): The research critique: Nature, Foundation and Art. 17, S. 444-449.
- Meleis, A. (1985): *Theoretical Nursing, Development and Progress*. London.
- Robert-Bosch-Stiftung (1996): *Denkschrift Pflegewissenschaft. Materialien und Berichte Nr. 46*. Gerlingen
- Stevens, B. (1979): *Nursing Theory, Analysis, Application and Evaluation*. Boston.

# Pflegewissenschaft als multidisziplinärer Wissenschaftsansatz im Kontext der Gesundheitswissenschaften

Bernhard Güntert

## 1. Einleitung

"Gesundheitswissenschaften" und "Pflegewissenschaft" sind zwei Begriffe, mit denen sich heute weite Kreise auch wissenschaftliche schwer tun. Während im angelsächsischen Raum das Wissenschaftsgebiet "Public Health" bereits seit Jahren an Universitäten mit eigenen Curricula und im Rahmen der Forschung etabliert ist, kämpft das deutsche Pendant noch immer um seine Anerkennung. Unter "Gesundheitswissenschaften" kann man sich in der Regel noch keine konkreten Inhalte vorstellen, und mit dem Begriff "Öffentliches Gesundheitswesen" verbindet man meist bloß die Hygienegesetzgebung, Impfprogramme und etwa die Gesundheitsberichterstattung (Grossmann 1996, S. 10ff.).

Mit noch größeren Anerkennungsproblemen kämpft die Pflegewissenschaft. Auch ist im angelsächsischen Raum eine feste Verankerung der "Nursing Science" an den Universitäten und eine Vielfalt an wissenschaftlicher Forschung und Theoriebildung (vgl. u.a. Lorenzen, 1993, S. 177ff.; Clift, 1992, S. 89ff.) zu finden. Im deutschen Sprachraum aber stößt der Begriff "Pflegewissenschaften" sowohl in der breiten Öffentlichkeit als auch bei vielen Pflegenden selbst und bei WissenschaftlerInnen angrenzender Disziplinen noch auf Unverständnis oder löst gar Widerstände aus.

Mit dem Begriff "Wissenschaft" werden in der breiten Öffentlichkeit meist folgende Inhalte assoziiert:

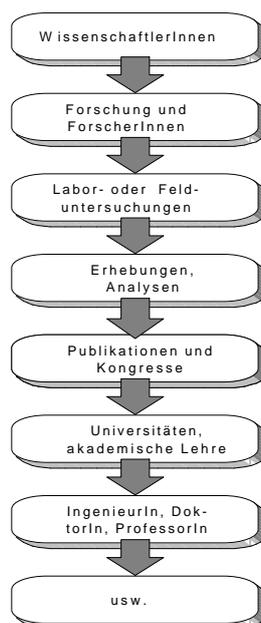


Abb. 1 Assoziationskette "Wissenschaft"

Diese oder ähnliche Assoziationsketten zeugen einerseits von der in der Öffentlichkeit nach wie vor weit verbreiteten Dominanz eines naturwissenschaftlich und quantitativ empirischen Wissenschaftsverständnisses, andererseits aber auch von der im Alltag weitverbreiteten institutionell-formalen Betrachtungsweise. In vielen wissenschaftlichen Bereichen finden sich die oben dargestellten Assoziationsketten allerdings auch bestätigt, so etwa bei Natur- oder Ingenieurwissenschaften, in weiten Bereichen der Medizin, aber auch in Bereichen der Sozialwissenschaften.

Welche gedanklichen Verbindungen ergeben sich aber in der Gesellschaft in Verbindung mit Pflege? Hier findet man meist ganz andere Assoziationsketten, wie z.B.: die folgende:

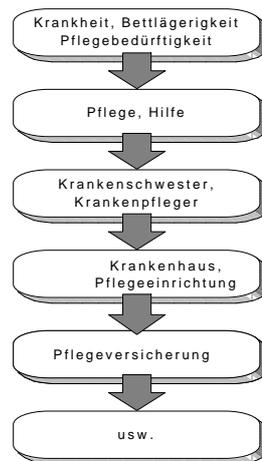


Abb. 2: Assoziationskette Pflege

"Wissenschaft", "Universität" oder "Forschung" werden heute im allgemeinen noch kaum mit "Pflege" in Verbindung gebracht. In den Augen weiterer Kreise besteht zwischen "Wissenschaft" und "Pflege" kein direkter Zusammenhang. Pflege wird als typisch praxisorientierte Tätigkeit am und mit PatientInnen verstanden. Eine Tätigkeit, die weitestgehend auf Alltagserfahrungen beruht. Die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Begründung wird kaum gesehen, ein naturwissenschaftlich orientiertes Paradigma ohnehin abgelehnt. Auch die Möglichkeit einer wissenschaftlichen Begründung der Pflege im Popperschen Sinne des Kritischen Rationalismus (vgl. u.a. Tschamler 1983, S. 54ff.) wird in Frage gestellt. Diese weit verbreiteten Auffassungen machen deutlich, weswegen die Pflegewissenschaft heute noch häufig auf Ablehnung stößt oder als verfehlte Anstrengung einer sich emanzipierenden Berufsgruppe belächelt werden. Allerdings zeigen sich auch hier große Unterschiede zwischen dem angelsächsischen und dem deutschsprachigen Raum.

Aus wissenschaftstheoretischer Sicht wird allerdings - selbst wenn man bei einem analytischen Wissenschaftsverständnis davon ausgeht, daß nicht alles, was der Mensch in seiner Existenz tatsächlich vorfindet, auch Objekt der wissenschaftlichen Forschung sein muß (Seiffert 1977, S. 3 f.) - wenig bestritten, daß Gesundheit und Pflege alle konstituierenden Elemente für eine wissenschaftliche Begründung umfassen und einer solchen auch bedürfen. Nach Tschamler (1983, S. 19 ff.) konstituieren sich Wissenschaften dadurch, daß sich

- die Wirklichkeit als Objektbereich der Wissenschaft,
- die Methoden als Wege zur wissenschaftlichen Erfassung dieser Wirklichkeit und zur Gewinnung neuer Erkenntnisse,
- ein System als Ordnungszusammenhang, in welchem sich die Probleme und die Forschungsprozesse wissenschaftlich einordnen lassen und aus dem sie entspringen, nachweisen lassen.

Im Gegensatz zu verschiedenen anderen Wissenschaften zeigt sich, daß sowohl in der Gesundheits- als auch in der Pflegewissenschaft die zu verwendenden Methoden als auch das Ordnungssystem komplex sein müssen, um dem Objektbereich gerecht zu werden. In beiden Bereichen werden ganz unterschiedliche wissenschaftliche Zugänge, bzw. Multidisziplinarität und Methodenvielfalt notwendig. Darin unterscheiden sich Pflege und Gesundheitswissenschaften einerseits von einigen anderen etablierten Wissenschaften, wobei Methodenvielfalt heute in verschiedenen wissenschaftlichen Bereichen gefordert wird. Andererseits ergeben sich aber auch zwischen Pflege- und Gesundheitswissenschaften erhebliche Unterschiede, die im folgenden dargestellt werden sollen.

## **2. Abgrenzung des Objektbereichs zwischen Pflege- und Gesundheitswissenschaften**

Der Objektbereich der Pflege beinhaltet traditionellerweise die Pflege und Betreuung kranker und pflegebedürftiger Menschen in einem sozialen und institutionalen Kontext (Steppe, 1993, S. 164 ff.).

Im Vergleich dazu umfaßt der traditionelle Objektbereich der Gesundheitswissenschaften die Anwendung epidemiologischer Erkenntnisse und Methoden bei der Untersuchung und Verlaufsbeobachtung von Krankheiten in der Bevölkerung, bei der Krankheitsprävention und bei der Planung des Versorgungssystems . Noack (1996, S. 350) nennt diesen ursprünglichen Ansatz Old Public Health . Wichtig in der Diskussion um das Verhältnis zwischen Pflege- und Gesundheitswissenschaften ist die Feststellung, daß die traditionellen Objektbereiche der beiden Wissenschaften insgesamt unterschiedlich sind, sich teilweise aber auch überlappen (vgl. Abb. 3).

Die traditionelle Auffassung von Pflege richtete sich schwerpunktmäßig auf kranke und pflegebedürftige Individuen. Die Gesundheitswissenschaften alter Prägung beschäftigten sich ebenfalls mit Krankheit, aber weniger mit konkreten Einzelpersonen, als vielmehr mit Gruppen, mit bestimmten Bevölkerungsteilen bzw. mit der Gesellschaft als Ganzes (dazu Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994). Diese Schematisierung trifft im Grundsatz für die traditionelle Ausprägung der beiden Bereiche zu, entspricht aber nicht mehr den neueren Tendenzen der Pflege und der Gesundheitswissenschaften, denn sowohl Pflege- als auch Gesundheitswissenschaften haben sich im Zeitablauf verändert und ihre Objektbereiche aufgrund neuer Erkenntnisse und systemischer Problemlösungsstrategien ausgeweitet und neu definiert.

Individuum (anaskopisch)	Pflege- wissenschaft	
größerer Kontext (kataskopisch)	Old Public Health	
	Krankheit	Gesundheit

Abb. 3: Abgrenzung der Objektbereiche zwischen den traditionellen Ansätzen der Pflege- und Gesundheitswissenschaften

In der Pflege beispielsweise wurde der Objektbereich deutlich erweitert und kann etwa mit folgenden fünf Dimensionen beschrieben werden: Der Mensch in bezug auf Gesundheit und Krankheit, Interaktion in bezug auf Gesundheit und Krankheit, Pflegenden als ExpertInnen, pflegerische Handlungen und Umwelt (Seidl 1993, S. 107).

Aus diesen Erweiterungen des Objektbereiches ergeben sich Ausweitungen in größere Kontexte der Pflege und damit eine Ausweitung von anaskopischen in kataskopische Bereichen (Zijderveld 1966). Der Begriff *anaskopisch* bezieht sich auf wissenschaftliche Denkformen, die streng vom Individuum ausgehen und davon dann größere Gesamtheiten betrachten. Hingegen findet der Ausdruck *kataskopisch* Anwendung, wenn als Bezugspunkt bereits Gruppen zugrunde gelegt und die individuellen Handlungsweisen in Relation dazu erklärt werden. Gleichzeitig kann jedoch auch eine zunehmende Verantwortung der Pflege für die Gesundheit, insbesondere für die Gesundheitsförderung und das Gesundheitsverhalten der Individuen beobachtet werden. Dies führt zu einer deutlichen, zweiten Ausweitung des Objektbereiches der Pflege in Richtung Gesundheit (vgl. Abb. 4).

Bei den Gesundheitswissenschaften geht es heute nicht mehr primär um "Untersuchung und Verlaufsbeobachtung von Krankheiten" sondern vielmehr um die gesellschaftlichen Bedingungen und Prozesse der Entstehung von Gesundheit und Krankheit sowie um die Auseinandersetzung mit Gesundheitsproblemen, Krankheiten und Behinderungen, einschließlich der sozialen und ökonomischen Folgen. Noack (1996, S. 350) bezeichnet diese Ausrichtung sinnigerweise als *New Public Health*. Mit dieser Definition befindet er sich im Einklang mit einer Vielzahl weiterer Gesundheitswissenschaftler im deutschen und englischen Sprachraum sowie der weltweit wichtigen Definition der WHO (vgl. u.a. WHO, 1993). "New Public Health" wird im Unterschied zu "Old Public Health" als ein multidisziplinäres, multiprofessionelles und gesundheitsorientiertes Fachgebiet verstanden (Hurrelmann/Laaser 1993, S. 12 ff.). Multidisziplinarität bedeutet in diesem Kontext, daß sich neben Medizin und Pflege weitere verschiedene wissenschaftliche Disziplinen wie z.B. Sozialepidemiologie, Medizin- und Gesundheitssoziologie, Gesundheitsförderung, Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung mit Fragen der Gesundheits- und Krankheitsentstehung und mit den Problemen gesellschaftlicher, aber auch individueller Krankheitsbewältigung und Krankheitsprävention beschäftigen. Multiprofessionalität drückt aus, daß ge-

gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen sowohl von epidemiologisch geschulten Sozialmedizinerinnen, Umweltmedizinerinnen, Biologinnen als auch gesundheitswissenschaftlich ausgebildeten Soziologinnen, Betriebswirtinnen, Ökonominen, Juristinnen und Ingenieurinnen wissenschaftlich und praktisch bearbeitet werden. Gesundheitsorientierung bedeutet für New Public Health, daß hier von einem umfassenden, sozialökologischen Gesundheitsbegriff ausgegangen wird, der die individuelle, psychische und soziale oder auch die ökologische, die ökonomische und die politische Dimension von Gesundheit und Krankheit einschließt. Damit steht weniger die Krankheit und die Krankheitsbekämpfung im Vordergrund, als vielmehr die Analyse und Beeinflussung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen von Gesundheit und Krankheit.

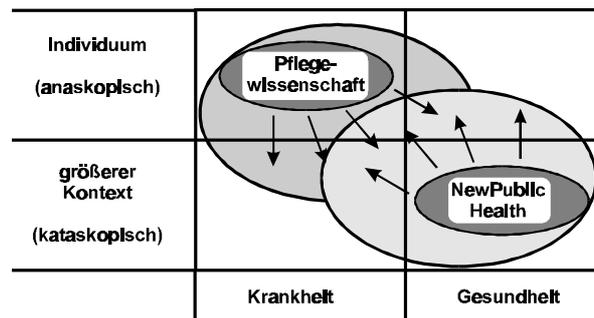


Abb. 4: Abgrenzung der Objektbereiche zwischen den modernen Ansätzen der Pflege- und Gesundheitswissenschaften

Ein Vergleich der Abbildungen 3 und 4 zeigt eine deutliche Parallele zwischen den Pflegewissenschaften und den Gesundheitswissenschaften. Old Public Health ist eindeutig vom Objektbereich Krankheit ausgegangen. "New Public Health" hat sich dann zunehmend mit Fragen der Gesundheit beschäftigt und damit den Objektbereich neu definiert. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Pflege. Der Schwerpunkt liegt wohl immer noch bei Krankheit und Individuum. Allerdings werden heute immer mehr Aspekte der Gesundheit, bzw. der Bevölkerung unter Pflege subsumiert.

Die ähnliche Ausgangslage und Entwicklung der beiden Wissenschaftsbereiche muß auf die in den Anfangsphasen dieser Wissenschaften starke Dominanz der Medizin zurückgeführt werden. Beide Wissenschaften haben sich von dieser Disziplin aus entwickelt, konnten aber erst im Verlauf der Zeit ihre inhaltliche Besonderheit herausarbeiten und finden erst heute die notwendige Eigenständigkeit, um sich aus der Medizin zu lösen, d.h. einen eigenen Objektbereich zu definieren.

### 3. Abgrenzung der Methoden in der Pflegewissenschaft und den Gesundheitswissenschaften

Zweites konstituierendes Element von Wissenschaften sind die verwendeten Methoden. Auch in diesem Bereich sind zwischen Gesundheits- und Pflegewissenschaften verschiedene Ähnlichkeiten, aber auch Unterschiede zu beobachten.

Jede Wissenschaft bemüht sich um eine theoretische Nachbildung der Realität mittels geeigneter Modelle und Methoden. Unter wissenschaftlichen Methoden versteht man die Wege, über die man Wissen über einen Objektbereich gewinnt. Diese Wege beruhen auf akzeptierten Theorien oder Bestandteilen von Theorien und bestimmen die Arbeitsweise der WissenschaftlerInnen in den einzelnen Disziplinen (vgl. Lafaille, 1993). Die akzeptierten wissenschaftlichen Methoden unterscheiden sich zwischen den verschiedenen Wissenschaften. Zudem verändert sich die Akzeptanz von Methoden innerhalb der einzelnen Wissenschaften auch im Zeitablauf.

Grundsätzlich kann zwischen Methoden der Naturwissenschaften, d.h. vorwiegend empirischen Methoden der Beobachtung, der Messung und des Experiments (deduktive Erklärungsmethoden) und Methoden der Geisteswissenschaften, vorherrschend sind hier hermeneutisch-induktive Methoden (Methoden des Verstehens), unterschieden werden. Diese Dichotomie wird heute in vielen Bereichen der aktuellen Situation in der Forschung nicht mehr gerecht. Die Akzeptanz unterschiedlicher Methoden wird immer größer, und die parallele Verwendung verschiedener methodischer Zugänge in Forschung und Praxis immer häufiger. In vielen Wissenschaften können aber die akzeptierten Methoden noch relativ eindeutig einer der beiden oben genannten Kategorien zugeordnet werden.

Für die Diskussion der Methoden von Pflege- und Gesundheitswissenschaften ist sicher eine Differenzierung der Unterscheidung zwischen Geistes- und Naturwissenschaften notwendig. Eine geeignete Diskussionsgrundlage schlägt Zijderveld (1966) vor. Er unterscheidet einerseits zwischen Naturwissenschaften und Geisteswissenschaften und andererseits wieder zwischen Methoden und Theorien, die sich auf das Individuum oder dessen Körper (anaskopische Methoden) und solchen, die sich auf einen größeren Kontext, wie Gruppen oder die Gesellschaft (kataskopische Methoden), ausrichten. Aus diesen zwei Analysedimensionen läßt sich nun folgende Matrix bilden (vgl. Abb. 5), in deren Quadranten jeweils unterschiedliche Paradigmen und damit auch unterschiedliche Methoden vorherrschen und auch Akzeptanz finden.

<b>anaskopisch</b>	<b>bio-medizinisches Paradigma</b>	<b>existentiell-antropologisches Paradigma</b>
<b>kataskopisch</b>	<b>systemisches Paradigma</b>	<b>kulturologisches Paradigma</b>
	<b>Naturwissenschaften</b>	<b>Geisteswissenschaften</b>

Abb. 5: Schematische Gliederung wissenschaftlicher Methoden (nach Zijderveld)

Unter einem Paradigma ist ein Teil eines Weltbildes zu verstehen, welches sich auf eine umschriebene und in der jeweiligen wissenschaftlichen Gemeinschaft anerkannte Reihe von wissenschaftlichen Theorien bezieht. Diese müs-

sen dergestalt sein, daß sie einerseits eine Gruppe von Anhängern anziehen können, andererseits offen genug, um den Fachleuten alle möglichen ungelösten Probleme zu stellen (Kuhn 1967, S. 25ff.).

Im Feld oben links dominiert im gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Kontext ein *bio-medizinisches Paradigma*. Gesundheit und Krankheit sind in diesem Verständnis das Ergebnis der Beeinflussung von objektiven Faktoren. Krankheit erhält damit einen Objektcharakter und wird auf biologische Faktoren reduziert. Dieses Paradigma basiert auf Rationalismus, Mechanismus und Empirismus und legt die Prioritäten auf die Erforschung von bio-medizinischen Determinanten bzw. Ursachen von Krankheiten. In diesem Feld herrscht das positivistische Paradigma des Rationalismus und Empirismus vor. Dieses prägt verschiedene Wissenschaften, wie z.B. die Medizin noch immer sehr stark. In den vergangenen 30 Jahren wurde immerhin die lange Zeit dominierenden - und bei bestimmten Krankheitsbildern (z.B. Infektionskrankheiten) auch sehr erfolgreichen - monokausalen Erklärungsansätze relativiert und mehr und mehr durch multifaktorielle Ansätze abgelöst oder um solche ergänzt, z.B. Psychosomatik oder etwa das Bio-Psycho-Soziale-Konzept (Adler/Hemmeler, 1992, S.5 ff.). Der Einfluß dieses Paradigmas erstreckte sich lange Zeit auch auf die in den Gesundheitswissenschaften und Pflegewissenschaften verwendeten Methoden. Forschungsarbeiten, welche nicht diesem Paradigma folgten, wurden in diesen wissenschaftlichen Gemeinschaften wenig anerkannt. Erst durch die in den 80er Jahren erfolgte, akzentuierte Neuformulierung des Objektbereiches (Noack 1996, Fürnkranz/Untermarzoner 1996, Badura 1990) ist es den Gesundheitswissenschaften gelungen, sich daraus zu lösen und auch auf der methodischen Dimension eigene Wege zu gehen (Ong 1993, S. 8ff.).

Das *systemische Paradigma* entstand in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts durch die Bildung von sogenannten Metawissenschaften, wie z.B. der Kybernetik und den frühen Ansätzen der Systemtheorie, die sich vor allem mit Steuerungsfragen von physikalischen, biologischen und sozialen Systemen auseinandersetzten. Typisch ist, daß im Gegensatz zum bio-medizinischen Paradigma das einfache Kausalitätsprinzip zu einem komplexeren Kausalitätskonzept mit vielfältigen Interdependenzen und Vernetzungen zwischen verschiedenen Variablen und Systemebenen ausgeweitet wurde. Für die Gesundheitswissenschaften ergeben sich daraus viele wichtige wissenschaftliche Anwendungsfelder und Methoden, die in direktem Zusammenhang mit dem Objektbereich stehen. Zu erwähnen sind hier u.a. die Ökologie und ökologische Methoden. Weitere bedeutende methodische Bereiche bilden etwa die erkenntnistheoretischen Grundlagen und mathematisch-statistischen Methoden, welche Voraussetzung für jede epidemiologische Arbeit und damit auch für die Gesundheitsberichterstattung sind. Das systemische Paradigma ist zweifellos auch für die Pflegewissenschaften von Bedeutung, beispielsweise bei Forschungsfragen in Zusammenhang mit der Überleitungs-pflege. Der Methodenschwerpunkt bei den Pflegewissenschaften dürfte allerdings eher auf dem existentiell-anthropologischen Paradigma liegen.

Unter den Begriff des *existentiell-anthropologische Paradigmas* fallen recht unterschiedliche intellektuelle Schulen und Kulturen. Mit "existentiell" wird ausgedrückt, daß Lebenserfahrung und Lebensbezug eine fundamentale Bedeutung haben. Der Schwerpunkt in diesem Bereich liegt zudem in der Betonung der Einzigartigkeit des Individuums und seiner Lebenserfahrung. Die

Methoden, die hier angewandt werden, stammen vor allem aus der Psychoanalyse, dem Existentialismus, dem symbolischen Interaktionismus, der medizinischen Anthropologie, der modernen Psycho- und Systemtherapie und der Phänomenologie. Gerade für die Pflegewissenschaften, aber auch für die Gesundheitswissenschaften, ergeben sich aus diesem Paradigma wichtige neue Sichtweisen und Problemlösungsansätze. Mit der Ausweitung des Objektbereiches der Pflegewissenschaften werden neben den biomedizinischen eindeutig die psychologischen und sozialen Aspekte der Krankheit betont. Zu ihrer Erfassung sind jedoch positivistisch-naturwissenschaftliche Methoden nicht geeignet (vgl. u.a. Thomas, 1996).

Das *kulturologische Paradigma* umfaßt eine ganze Klasse von wissenschaftlichen Disziplinen, die sich mit Kultur in verschiedenen Facetten auseinandersetzen. Von Interesse sind im gesundheitswissenschaftlichen Bereich vor allem gesellschaftliche und kulturelle Ursachen von Gesundheit und Krankheit. Dabei geht es allerdings weniger um die Entdeckung von universellen Gesetzen, sondern um die Betonung der Wirklichkeit als Prozeß und der Verschiedenartigkeit von Phänomenen. Die verwendeten Methoden haben ihre Wurzeln in der Kulturkritik, der Geschichtswissenschaft, der Kulturanthropologie und der Makro-Soziologie. Diese Methoden sind vor allem für die Gesundheitswissenschaften aber auch für die Pflegewissenschaften von großer Bedeutung, nimmt doch die Kultur maßgebend Einfluß auf

- die Wahrnehmung der kausalen Faktoren auf Gesundheit und Krankheit,
- das Eintreten und die Verbreitung von Krankheit,
- die Erfahrung krank zu sein und die Art damit umzugehen,
- das Umgehen mit Gefühlen und Schmerz,
- den Lebensstil,
- die kollektiven und individuellen Strukturen der Gesundheitspflege und Pflege im Krankheitsfall.

Nachdem sich in den Gesundheitswissenschaften je nach Problemstellung seit einiger Zeit eine gewisse Methodenvielfalt durchsetzen kann und auch akzeptiert wird, kann ähnliches zunehmend auch im Bereich der Pflegewissenschaft beobachtet werden. Die Aufgabe des lange Zeit maßgebenden bio-medizinischen Paradigmas in der Pflege erfolgte nicht zuletzt aufgrund der Veränderungen des Objektbereiches, welche geprägt waren durch die Verkürzung der Aufenthaltsdauern und damit eine Verlagerung der Pflege in den sozialen Kontext der Patienten. Eine eindeutige Festlegung der Gesundheitswissenschaften und der Pflegewissenschaften auf eines der vier Felder ist daher nicht möglich. Beide Wissenschaften verlangen nach Multidisziplinarität, welche sich in einer Vielfalt der in der Forschung zu verwendenden Methoden niederschlägt und ein Nebeneinander zwischen quantitativen und qualitativen Methoden erfordert (vgl. u.a. Strauss 1987).

Werden nun Objektbereiche und Methoden miteinander in Verbindung gebracht, entsteht ein dreidimensionales Modell. Eine eindeutige Einordnung der Pflege- und Gesundheitswissenschaften ist nicht mehr möglich. Die heute erreichte Multidisziplinarität und Methodenvielfalt der beiden Wissenschaften verhindert dies. Tendenziell kann jedoch festgestellt werden, daß das Paradigma der Pflege eher im Quadranten Krankheit /Individuum/ Naturwissenschaft, d.h. vordere Ebene, oben rechts, angesiedelt ist. Der Ansatz der Gesundheitswissenschaften (New Public Health) liegt schwerpunktmäßig im Quadranten Gesundheit/größerer Kontext/Geisteswissenschaften, d.h. in der hinteren Ebene unten links. Beide Wissenschaften zeichnen sich jedoch so-

wohl durch eine Ausweitung der Objektbereiche als auch durch eine Methodenvielfalt aus.

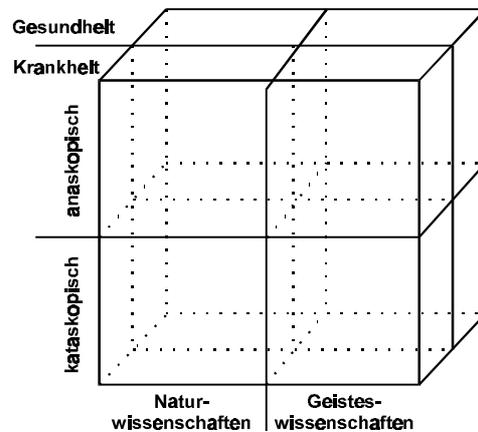


Abb. 6: Ordnungsrahmen zur Gliederung wissenschaftlicher Objektbereiche und Methoden der Pflege- und Gesundheitswissenschaften

#### 4. Die Ordnungssysteme der Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Bei der Betrachtung des dritten der konstitutiven Elemente von Wissenschaften - dem System als Ordnungszusammenhang, in welchem sich die Probleme und die Forschungsprozesse einordnen lassen - , ergeben sich aus den bisherigen Ausführungen wichtige Konsequenzen. Die Ordnungssysteme der Wissenschaften sind geprägt durch Strukturen, Regeln und Begriffe (Tschamler 1993, S. 36 ff.).

*Strukturen* und *Regeln* äußern sich im Wissenschaftsbetrieb durch die Institutionen, wie Universitäten, Fakultäten, Institute, durch standardisierte und akzeptierte Prozesse, z.B. in der Forschung, der Bewerbung um Forschungsmittel oder bei Publikationen, aber auch durch akzeptierte Hierarchien, Titel, Unterordnungen und Zwänge innerhalb der Wissenschaft. Wie in der Einleitung bereits festgehalten wurde, haben sich beide Wissenschaftsbereiche im angelsächsischen Raum an Universitäten im Rahmen eigener Fakultäten (School of Public Health, Schools of Nursing) fest etablieren können und sind auch im Forschungsbereich gut integriert. Ausbildungslehrgänge in Gesundheitswissenschaften gibt es im deutschen Sprachraum erst seit wenigen Jahren und meist an medizinischen Fakultäten (de Leeuw, 1996). Eine selbständige Fakultät für Gesundheitswissenschaften, vergleichbar mit den Schools of Public Health, existiert nur an der Universität Bielefeld.

Erste Universitätslehrstühle für Pflegewissenschaft wurden in Deutschland erst in der jüngsten Vergangenheit geschaffen und besetzt (u.a. an den Universitäten in Bielefeld, Berlin und Kassel) sowie entsprechende Forschungseinrichtungen geschaffen. Bisher konnte sich die Pflege aber - in sehr viel stärkerem Ausmaß als die Gesundheitswissenschaften - an Fachhochschulen mit Programmen in Pflegepädagogik und Pflegemanagement etablieren. Typisch für diese Institutionalisierung ist ein stark anwendungsorientierter Wis-

senschaftsbezug bzw. ein starker Praxisbezug, weniger eine theoriebildende und forschungsorientierte Ausrichtung. Damit ist die Pflege weitgehend vom Forschungsbetrieb ausgeschlossen, bzw. die Forschung erfolgte bisher weniger in der Pflege als vielmehr von anderen Disziplinen aus (z.B. Psychologie, Soziologie, Management) über die Pflege. Ein anderes Indiz für die Akzeptanzprobleme der beiden neuen Wissenschaften ist auch die nur zögerliche Etablierung wissenschaftlicher Zeitschriften im deutschsprachigen Raum, wobei dies sowohl für die Pflege- als auch die Gesundheitswissenschaften gilt.

Das *Begriffssystem* bildet die innerhalb der Wissenschaft verwendete Sprache, d.h. die Fachsprache, welche zur Abgrenzung zu andern Wissenschaftsbereichen, aber auch zu Alltagstheorien beiträgt. Obwohl ein eigenes Begriffssystem sehr zur Stärkung des Wissenschaftsbereiches beitragen kann, gilt es sowohl für die Gesundheits- als auch für die Pflegewissenschaften, keine zu eigenständige Dialektik zu entwickeln. Die angestrebte Multidisziplinarität fordert eine intensive Kommunikation mit anderen Wissenschaften und einen Transfer zu und von anderen Wissenschaften.

### **. Schlußfolgerungen**

Zwischen Gesundheits- und Pflegewissenschaft bestehen sowohl bezüglich des Objektbereiches als auch bezüglich der Methoden einige Unterschiede. Die neueren Entwicklungen und Selbstverständnisse der beiden Wissenschaftsbereiche schaffen allerdings auch zunehmend Berührungspunkte und Gemeinsamkeiten.

Die geforderte Multidisziplinarität in Pflege- und Gesundheitswissenschaften (mit unterschiedlichen Schwerpunkten) erfordern es, Anleihen aus verschiedenen angrenzenden Wissenschaftsbereichen zu machen. Sowohl die Pflege- als auch die Gesundheitswissenschaften dürfen sich nicht auf ihre traditionellen Wissenschaftsparadigmen beschränken. Multidisziplinarität und die Vielfalt der Methoden sind wichtige Voraussetzungen, um zu sinnvollen Problemlösungen beizutragen. Dies ist jedoch nur bei Offenheit und Toleranz gegenüber anderen Methoden sowie der Bereitschaft, sich mit anderen Methoden aktiv auseinanderzusetzen, möglich. Dies wiederum stellt hohe Anforderungen an die WissenschaftlerInnen in Pflege und Public Health sowie an die Ordnungssysteme der beiden Wissenschaften.

Heute sind Gesundheits- und Pflegewissenschaft häufig an Medizinische Fakultäten angegliedert und müssen sich damit dem Ordnungssystem dieser Fakultäten unterwerfen. Bei der Entwicklung eigener Strukturen, Regeln und Begriffe sind daher häufig Konzessionen an Methoden und Ordnungssysteme der Mutterfakultäten und der dort akzeptierten und vorherrschenden Paradigmen erforderlich, auch wenn die Objektbereiche unterschiedlich sind. Aus meiner Sicht wäre es anzustreben, daß sich beide jungen Wissenschaften im Sinne von Paul Feyerabend selbstbewußt über den Zwang nach einem geschlossenen System von Strukturen, Regeln und Begriffen hinwegsetzen (Feyerabend 1976 und 1980), die Methodenvielfalt zur Regel erklären sowie die Suche nach Innovation und Weiterentwicklung zulassen (vgl. u.a. Schnabel, 1996).

Da Gesundheitswissenschaften heute meist als Aufbaustudiengänge (bzw. Nachdiplomstudium) angeboten werden, rekrutieren Gesundheitswissen-

schaffler aus ganz verschiedenen Wissenschaftsgebieten wie Medizin, Biologie, Soziologie, Pädagogik, Ökonomie, Informatik usw. Die Multidisziplinarität ist daher schon strukturell vorgegeben. Nicht zwingend damit verbunden ist aber die Offenheit und Bereitschaft, andere wissenschaftliche Disziplinen zu akzeptieren. Die unterschiedliche Herkunft der Gesundheitswissenschaften kann durchaus spannend und kreativ sein, ist aber auch häufig konfliktträchtig und erschwert vielfach eine gemeinsame Identitätsfindung und die Bildung von gemeinsamen Strukturen, Regeln und Begriffen.

Pflegewissenschaft hat eine andere Ausgangslage, welche allerdings heute, aufgrund der akademisch-universitären Strukturen und Regeln, noch zu wenig zum Tragen kommt. Die gemeinsame Pflegeerfahrung würde eine ausgezeichnete Ressource zur Entwicklung von Pflegewissenschaft ergeben. Heute wird Pflegewissenschaft jedoch häufig von ForscherInnen umliegender Fachbereiche abgedeckt, was nicht nur in einer Forschung über die Pflege und nicht in der Pflege resultiert, sondern auch im Fehlen von Pflegenden in der Pflegewissenschaft. Es gilt daher, das Defizit der akademischen Grundausbildung in der Pflege auszugleichen und die Durchlässigkeit an Universitäten zu verbessern, um Pflegeprofessionals in die Pflegewissenschaft zu bringen. Mit der gemeinsamen Pflegeerfahrung hätte dann die Pflegewissenschaft aber eine ausgezeichnete - und aus der Sicht der Gesundheitswissenschaften durchaus auch beneidenswerte - Basis zur Weiterentwicklung in Forschung und Praxis.

Die institutionelle Anbindung der Pflegewissenschaft ist dazu aber eine wichtige Rahmenbedingung. Eine selbständige Entwicklung der Wissenschaft, d.h. des Objektbereiches und die Suche nach den angepassten Methoden und Ordnungsmuster kann dadurch erschwert oder doch verzögert werden. Hier ergibt sich für die Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld möglicherweise eine einzigartige Situation. Die Eingliederung in die Fakultät für Gesundheitswissenschaften kann eine Chance darstellen, ohne große Einengungen in traditionelle Fakultäts- und Wissenschaftsgefüge, ein multidisziplinäres Arbeiten ermöglichen, welches der eigenständigen Weiterentwicklung von Pflegewissenschaft durchaus förderlich sein kann.

## **Literatur**

- Adler, R./Hemmeler, W. (1992): Anamnese und Körperuntersuchung. Der biologische, psychische und soziale Zugang zum Patienten. Frankfurt, New York: Fischer
- Badura B. (1990): Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung. In: Schwarzer R. (Hg.): Gesundheitspsychologie ein Lehrbuch. Göttingen, S. 51-61
- Clift, J. (1992): Pflegewissenschaft: ein Überblick. In: Pflege 2, S. 88-92
- Fürnkranz W./Untermarzoner D. (1996): Gesundheitspsychologie in einer New Public Health. In: Grossmann R. (Hg.): Gesundheitsförderung und Public Health. Wien: Facultas Universitäts-Verlag, S. 323-345
- Feyerabend, P. (1976): Wider den Methodenzwang Skizze einer anarchistischen Erkenntnistheorie. Frankfurt a.M: Suhrkamp
- Feyerabend, P. (1980): Erkenntnis für freie Menschen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Grossmann, R. (1996): Gesundheitsförderung und Public Health. Wien: Facultas-Universitäts-Verlag

- Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hg.) (1993): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim: Beltz
- Kuhn T. (1967): Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp. (4. Aufl.)
- Lafaille, R. (1993): Theorienvielfalt in den Gesundheitswissenschaften und Auswirkungen auf die Pflege. In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift 12
- de Leeuw, E.(1996): Public Health in Europe with some remarks on the situation in the USA. In: Rimpelä, A./ Köhler, L.: Postgraduate Public Health Training in the Nordic Countries. Nordic School of Public Health. Göteborg
- Lorensen, M. (1993): Wissenschaftliche Untersuchung zur Entwicklung der Pflegewissenschaft. In: Pflege 3, S. 175-182
- Noack R. (1996): Old Public Health New Public Health Stand und Entwicklung der gesundheitswissenschaftlichen Ausbildung und Forschung in Europa und Nordamerika. In: Grossmann R. (Hg.): Gesundheitsförderung und Public Health. Wien: Facultas Universitäts-Verlag, S. 349-359
- Noack, R. (1995): Die derzeitige Situation von Public Health und Möglichkeiten des Aufbaus eines Public Health Studiums in Österreich. In: Heller, A./Schaeffer, D./Seidl, E.: Akademisierung von Pflege und Public Health ein gesundheitswissenschaftlicher Dialog. Wien, München, Bern: Maudrich, S. 39-51 (44ff.)
- Ong, B. (1993): The practice of health services research. London: Chapman Hall
- Schaeffer, D./Moers, M./Rogenbrock, R. (Hrsg.) (1994): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: Sigma
- Schnabel, P.E. (1996): Die Gesundheitswissenschaften (Public Health) brauchen ein innovatives Management, um ihre Innovationspotentiale und ihren Bestand zu sichern. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 4. Jahrg., H.2, S. 120-131
- Seidl, E. (1993): Pflegewissenschaft Eine Annäherung an Begriff und Bedeutung. In: Seidl, E. (Hg.): Betrifft: Pflegewissenschaft. Wien, München: Maudrich; S. 99-107
- Seidl, E. (1995): Zur Lage der Pflege und ihrer Akademisierung in Österreich. In: Heller, A./Schaeffer, D./Seidl, E.: Akademisierung von Pflege und Public Health ein gesundheitswissenschaftlicher Dialog. Wien, München, Bern: Maudrich, S.13-38 (28ff.)
- Seiffert H. (1977): Einführung in die Wissenschaftstheorie. München: Beck, Band 2
- Steppe, H. (1993): Entwicklung der Pflegewissenschaft am Beispiel der USA. In: FH Frankfurt a.M. (Hg.): Pflege auf dem Weg zur Hochschule. Frankfurt a.M: Fachhochschulverlag, S. 159-192
- Strauss, A. (1987): Qualitative Analysis for social scientists. Cambridge, New York, Melbourne, New Rochelle, Sydney: Cambridge University Press
- Thomas, S. (1996): Qualitative versus quantitative Forschungsmethoden. Paradigmatische Alternative ein Thema in der Krankenpflege? In: Pflege 4, S. 307-315
- Tschamler H.(1983): Wissenschaftstheorie. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, (2. Aufl.)
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1993): Ziele zur Gesundheit für alle . Kopenhagen
- Zijderveld, A.C. (1966): Institutionalisierung. Hilversum, Antwerpen: Brand

# **Pflegewissenschaft: Gegenstände, Fragestellungen, Methoden, Zukunftsperspektiven.**

## **Zur Einführung der Pflegewissenschaft in Deutschland**

Paul Wolters

### **1. Internationaler Entwicklungsstand**

Die Beantwortung der Frage nach den zentralen Themenbereichen der Pflegewissenschaft und -forschung hat zwei Dimensionen zu berücksichtigen. Zum einen ist zu klären, wie weit an das angelsächsische Erbe angeknüpft werden kann, und zum anderen herauszufinden, welche spezifischen Themenbereiche der deutschen Situation der Pflege adäquat sind.

Bei unseren Recherchen gingen wir davon aus, daß die Ermittlung des internationalen, besonders des angelsächsischen Forschungsstandes in der Pflegewissenschaft auch den historisch gewachsenen Kontext des Gesundheitswesens im untersuchten Land mit zu berücksichtigen und die Entwicklung des neuen Faches in der Relation zu diesen Randbedingungen zu betrachten hat. Denn nur aus diesem Verhältnis ist zu erklären, was zentrale Themen sind und wie prioritäre Forschungsfelder zustande kommen. Sie lassen sich nicht einfach vom Forschungsstand her übertragen. Trotzdem scheint es uns wichtig, sich mit der Fachentwicklung, z. B. in den USA, vertraut zu machen und die dort abgelaufenen Stadien kennenzulernen. Aus den Erfahrungen, auch den mühsamen, kann auch insofern gelernt werden, als nicht alle Entwicklungsstadien erneut durchlaufen werden müssen. Von daher kommt uns in Deutschland am Beginn einer neuen Wissenschaftsentwicklung in unserem Lande zugute, daß die amerikanische Pflegewissenschaft nicht nur über langjährige Forschungserfahrung verfügt, sondern auch den bereits über Jahrzehnte währenden eigenen Entstehungs- und Entwicklungsprozeß reflektiert und bewertet hat. Aus heutiger Sicht erscheinen verschiedene Wege, die die Entwicklung der Pflegewissenschaft in den USA durchlaufen hat, als Umwege, aber sie haben die Pflege schließlich gestärkt, ihre Position als wissenschaftliche Tätigkeit geklärt und auf ihren heutigen Stand gebracht. Insgesamt ist festzustellen, daß auch in Ländern wie Nordamerika und Kanada ein schwieriger und nicht selbstverständlicher Prozeß zu durchlaufen war, um den heutigen Wissenschaftsstand und seine Qualität zu erreichen. Auch dort war ein mühsamer Weg von der Praxis der Pflege und den verschiedenen praxisbestimmten Formen der Aus- und Weiterbildung zur Forschung und einer wissenschaftsbestimmten Praxis und Qualifikation zu durchlaufen.

Es gibt verschiedene Versuche, die Stadien dieses Entwicklungsprozesses zu beschreiben (Meleis 1985; Robert-Bosch-Stiftung 1992; Käppeli 1997). Alle Darstellungen zeichnen einen Weg nach, der von einer ersten Verständigung der Pflege über ihre Praxis zu einer Phase der Theorieentwicklung und paradigmatischen Eigenständigkeit führt. Bei allen Umwegen wird dieser Weg als Emanzipationsprozeß gedeutet, bei dem der Pflege, ähnlich wie anderen zunächst rein praktischen Tätigkeiten, zunehmend reflektierte und systematische Formen der Wissensgewinnung und der Aufbau einer eigenen Wissenschaft zuwachsen.

Die von den USA ausgehende internationale Entwicklung kann z.B. in 5 Etappen beschrieben werden (Bergmann 1990):

In der 1. *Etappe*, vor allem in den USA der 50er Jahre, befaßte sich die Pflegeforschung mit der Frage: Wer pflegt? Man beschäftigte sich mit der Menge und der Qualifikation des Pflegepersonals und wollte wissen, welches Personal dem Gesundheitswesen im Bereich der Pflege zur Verfügung stand. Die Studien waren weitgehend quantitativ beschreibend orientiert. Es handelte sich um Magister- oder Doktorarbeiten.

Eine 2. *Etappe* schloß sich an, die die Frage Was tun die Pflegenden? in den Vordergrund stellte. Hier wurden Studien erstellt, die sich mit den Arbeitsabläufen und der Arbeitsorganisation beschäftigten. Es wurden erste epidemiologische und modellvergleichende Forschungen durchgeführt, die zu neuen Organisationsentwicklungen sowie Arbeitsplatzbeschreibungen und -veränderungen anregten.

In der 3. *Etappe* ging man der Frage nach: Wie wird gepflegt? Hier stand die klinische Forschung im Vordergrund. Die zunehmend differenziertere Tätigkeit der Pflege im klinischen Bereich wurde wissenschaftlich untersucht. Die Pflegeforschung fand Eingang in klinische Spezialzeitschriften, in Workshops und Forschungskonferenzen (International Journal of Nursing Studies).

Die 4. *Etappe* ist einmal bestimmt durch eine stärkere Beschäftigung mit sozialpolitischen Fragen und mit der Beteiligung der Pflege an Entscheidungen im Gesundheitswesen. Die Pflege gewinnt politisches Profil. Parallel dazu entstanden Pflgetheorien und vergleichende Analysen der Theorien (Henderson 1960; Rogers 1970; King 1971; Orem 1971; Roy and Roberts 1981).

Die 5. *Etappe* markiert die derzeitige Entwicklung. Im Vordergrund stehen Fragen der Qualitätssicherung, der Arbeitszufriedenheit und der Patientenzufriedenheit sowie ethische und emotionale Aspekte der Pflege. Zur Anwendung kommen vor allem epidemiologische und analytische Studien und Forschungen der Evaluation, der Effektivität und Wirksamkeit von Maßnahmen.

Durchgängig kann festgestellt werden, daß sich Pflege in drei Richtungen entwickelt hat:

- die Aus- und Weiterbildung von Pflegepersonen an Universitäten,
- die Möglichkeit, sich im Forschungsbereich von Universitäten zu etablieren,
- Tagungen und Konferenzen, die das Forschungsnetzwerk fördern.

## **2. Einrichtung der Pflege als Wissenschaft an deutschen Hochschulen**

Versucht man anhand der dargestellten Kriterien und im Vergleich zu anderen Ländern, den Entwicklungsstand der Pflegewissenschaft und -forschung in Deutschland zu ermitteln, so ergibt sich folgendes Bild: Pflege bedarf als neu einzurichtendes Fach an deutschen Hochschulen noch einer weitgehenden inhaltlichen und methodischen Entwicklung. Hier sind noch die Voraussetzungen zu schaffen, das Fach im Sinn einer Bezugsdisziplin zum vorrangigen Inhalt der wissenschaftlichen Ausbildung von Lehr- und Leitungskräften in der Pflege zu machen. Die unterschiedlichen Praxisfelder der

Pflege sollten auf einem systematischen, regelgeleiteten und wissenschaftlichen Niveau durchdrungen werden. Das umfangreiche Wissen, das in Form von Theorieansätzen, Modellen, Konzepten und empirischen Studien - im wesentlichen im anglo-amerikanischen Raum - vorliegt, bedarf dazu einer Rezeption und Transformation. Dies kann nur in enger Zusammenarbeit von Forschung und Lehre einerseits sowie Studium und Praxis andererseits geleistet werden.

Die Pflegeforschung ist im internationalen Vergleich ein Desiderat in der deutschen Forschungslandschaft. Die wenigen bisher vorhandenen Institutionen sind auf die Aktivitäten von Einzelpersonen und Gruppen beschränkt, die sich z. B. im Verein für die Förderung der Pflegeforschung zusammengeschlossen haben.

Um der Pflegewissenschaft das ihr angemessene und vom gesellschaftlichen Bedarf her geforderte Gewicht zu verleihen, sind Forschungsschwerpunkte an den Hochschulen einzurichten, die sich auch um die Entwicklung und Realisierung von Studiengängen im Pflegebereich bemühen. Nur in solchen Zentren sind Forschungsprogramme und eine darauf beruhende kontinuierliche Forschungsarbeit zu entwickeln, die in enger Zusammenarbeit mit der Praxis wissenschaftlich begründete Vorschläge für die Lösung von Pflegeproblemen anbieten können. Für den Aufbau neuer Forschungsbereiche hat sich zudem die Gründung von Forschungsverbänden bewährt, bei denen mehrere Hochschul- und Praxiseinrichtungen bei der Entwicklung und Durchführung gemeinsamer Programme und Projekte kooperieren.

Aufgabe der Universitäten ist die Entwicklung der Pflege in Forschung und Lehre als Voraussetzung neuer Studiengänge in der Ausbildung von Lehr- und Leitungskräften in der Pflege. Ein besonderes Gewicht ist zudem auf die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in einem Bereich zu legen, der in Deutschland einen erheblichen Nachholbedarf aufweist.

Fachhochschulen haben demgegenüber die Aufgabe, durch anwendungsbezogene Lehre auf berufliche Tätigkeiten vorzubereiten, die die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Methoden erfordern. Die Vermehrung des Wissens auf einem professionellen Niveau ist für die Pflege von erheblicher Bedeutung.

### **3. Grundbegriffe**

Grundbegriffe sind Leitvorstellungen einer Wissenschaft. In der Pflege erfüllen sie die Funktion, pflegerisches Wissen begrifflich zu erfassen und so die Praxis und das dort vorhandene Wissen zu systematisieren und neu zu ordnen. Mit ihnen vollzieht sich zugleich immer auch ein Stück theoretischer Aneignung der Praxis und eine Prioritätensetzung im Kontext der Verwissenschaftlichung. Sie sind als Bausteine zu verstehen, die einen besonderen Stellenwert in einem Theorie-Kontext haben und zugleich zur Strukturierung des Wissens beitragen. In einer erfahrungsorientierten Wissenschaft - wie der Pflegewissenschaft - ist die Bestimmung von Grundbegriffen zugleich die Markierung des Handlungsfeldes in systematischer Form und die Abgrenzung von anderen Handlungsfeldern (z. B. Medizin, Soziale Arbeit etc.). Es gibt natürlich gleiche Grundbegriffe für verschiedene Wissenschaften, die trotzdem unterschiedliche Bedeutungsspektren im Gesamtkontext des wissenschaftlichen Feldes darstellen.

Diagnostik in der Pflege unterscheidet sich z. B. von Diagnostik in der Medizin darin, daß es in einem Fall mehr um eine Bedürfnisorientierung und im anderen um eine Befundorientierung geht. Am Beispiel dieses Grundbegriffs läßt sich zugleich die spezifische Bedeutung von Grundbegriffen demonstrieren. Diagnose zielt auf Bedarf und Bedürfnisse. Bedürfnisse haben eine objektive und eine subjektive Verständnisdimension. Was definiert die Pflege, was der Patient/Klient als ein Bedürfnis? Eine personenbezogene Dienstleistung wie die Pflege trägt auch zur normativen Bestimmung von Bedürfnissen bei. Es gibt Bedürfnisse der Menschen aufgrund von Gesundheitsproblemen und es gibt solche, die sich von bestimmten Behandlungskonzepten ableiten lassen. Hier kommen unterschiedliche Ansätze zum Zuge, je nachdem ob eine Krankenbehandlungsorientierung oder eine Gesundheits- oder Rehabilitationsorientierung vorherrscht, die auf dem Prinzip Hilfe zur Selbsthilfe beruht. Auf dieses Grundverständnis und auf die entsprechenden Grundkonzepte sind die übrigen Grundbegriffe bezogen und gewinnen von daher ihr Profil:

- Interaktion
- Kommunikation
- Teamarbeit
- Organisation
- Qualitätssicherung
- Intervention
- Evaluation.

#### **4. Der notwendige theoretische Kontext**

All diese Grundbegriffe sind als solche nicht spezifisch für die Pflegewissenschaft, gewinnen aber aufgrund einer theoretischen Grundorientierung eine bestimmte Konnotation. Grundbegriffe in einem Wissenschafts- und Handlungsfeld stehen demnach in einem engen Bedeutungszusammenhang, der von theoretisch begründeten Grundkonzepten bestimmt ist. Je nach Stand der wissenschaftlichen Entwicklung einer Disziplin ist dieses Netz von konzeptionellen Ansätzen und Grundbegriffen mehr oder weniger plausibel entwickelt. Ein Blick auf die internationale Entwicklung der Pflegewissenschaft und -forschung zeigt, daß erst die präzise Fassung einiger zentraler Grundbegriffe den Weg frei machte zu einer eigenständigen theoretischen und methodischen Entfaltung. Bis zu dieser Phase gab es eine Fülle auch innovativer Bemühungen um den Aufbau eines Wissenschaftszweiges aus der Pflege, aber es fehlten die theoretischen Ansätze, die den Schlüssel zur Eigenständigkeit bei sich trugen. Erst die Begriffe Pflegediagnostik und Pflegeprozeß und ihre spezifischen Konnotationen eröffneten auch für die übrigen als wichtig erachteten Grundbegriffe und vor allem für die bis dahin bereits vorhandenen Forschungsbemühungen neue, Zusammenhänge stiftende Perspektiven.

Mit der Entdeckung dieser zentralen Grundbegriffe war der Anspruch auf Eigenständigkeit begründet. Sowohl die Entwicklung zu einem modernen, eigenverantwortlichen, professionellen Dienstleistungsberuf, der sich von der Rolle der treuen Gehilfin des Arztes, dem sie mit niederen Diensten hilft (Grauhan 1990) verabschiedet, wie die zu einem selbständigen Wissenschaftszweig, war von diesem theoretischen Durchbruch und seiner Diffundierung abhängig. Damit ist bereits angedeutet, daß die bezeichnete Wende nicht allein von einer wissenschaftlichen Umorientierung ausgeht. Was sich

wissenschaftlich manifestiert und damit zu einer Stabilisierung der Praxis und neuen professionellen Strategien beiträgt, ist selber Ergebnis langjähriger Erfahrungsprozesse, die noch nicht einer klaren auch theoretischen Orientierung folgten. Der allmähliche Gewinn eines theoretischen Profils hängt vielmehr auch mit Veränderungen im Kompetenzgefüge und in der Arbeitsteilung mit anderen Berufen im Gesundheitswesen zusammen, bei denen die Pflege zu neuen und gewandelten Selbstverständnissen kommt (Haug 1995). Dies betrifft Verschiebungen sowohl der horizontalen wie auch der vertikalen Kompetenzgrenzen. In den USA kam es im Zuge der Professionalisierungsstrategien zunehmend zur Übernahme von Aufgaben, die dort traditionell, und in anderen Ländern nach wie vor, zur Domäne der Medizin gehören. Diese Erweiterung des Tätigkeitsspektrums ging aber noch nicht einher mit einem veränderten Selbstverständnis der Pflege. Denn sie war bestimmt von einer naturwissenschaftlichen Fachorientierung und lag damit noch auf der Linie des medizinischen Hilfsberufs, auch wenn sich die Kompetenzen erheblich verbesserten.

Erst die pflegewissenschaftliche Wende, die auch in einer Auseinandersetzung mit der naturwissenschaftlich-medizinischen Grundorientierung bestand, und eine Hinwendung zu einer sozialwissenschaftlichen Grundlegung bedeutete, brachte eine entscheidende Ausdehnung auf neue Aufgabenbereiche und zu einer Erschließung nichtmedizinischer Tätigkeitsfelder für die Pflege, die erst ein modernes Selbstverständnis der Berufsgruppe ermöglichte (Schaeffer 1996). Diese paradigmatische Wende eröffnet der Pflegewissenschaft allererst ihr eigenständiges Forschungsfeld. Das verschafft neue Freiheiten sowohl im Bereich der theoretischen Orientierung wie der Fassung der anfangs erwähnten Grundbegriffe. Auch die vielfältigen bisherigen Forschungsaktivitäten, die sich mit der Pflege als Gegenstand befaßten, können von daher neu eingeordnet werden.

### **. Anknüpfung an traditionelle Disziplinen und Entwicklung eigener Ansätze**

Die Bezeichnung Pflegewissenschaft im Singular ist ein intentionaler Begriff mit fach- und berufspolitischer Konnotation. Er setzt auf eine eigenständige und abgegrenzte wissenschaftliche Disziplin mit theoretischer und methodischer Orientierung und einem klar bestimmbareren Gegenstandsbezug. Anders als bei den Gesundheitswissenschaften, die sich im Plural darstellen, kommt in der Fachbezeichnung ein Disziplinanspruch zum Tragen, der die interdisziplinäre bzw. multidisziplinäre Dimension der Pflegewissenschaft nicht zum Ausdruck kommen läßt. Wie im vorigen Kapitel bereits dargestellt wurde, knüpft die Pflegewissenschaft in ihrer historischen Entwicklung und ihrem Selbstfindungsprozeß an unterschiedliche traditionelle Disziplinen an. Erst im Übergang von einer mehr naturwissenschaftlichen zu einer primär sozialwissenschaftlichen Orientierung gewinnt sie einen Standort, der sie wissenschaftlich in eine eigenständige Richtung voranbringt und der auf der Ebene der Professionalisierung entscheidende Unterstützung gewährt. Dabei kann aber nicht verkannt werden, daß die damit vollzogene Wende an wichtige Vorarbeiten in den Sozialwissenschaften anknüpft. So haben z. B. Anselm Strauss und seine Mitarbeiter grundlegende Studien zu den Prozessen chronischer Krankheiten und zu den Bedürfnissen chronisch kranker Menschen durchgeführt, die auch in der methodischen Herangehensweise an diese Problematik Anschlußmöglichkeiten für die Pflegewissenschaft geboten haben.

Gerade der spezifische sozialwissenschaftliche Ansatz der Schule um Strauss, der selber an der School of Nursing der Universität von San Francisco arbeitete, hat mit ihrer auf der phänomenologischen Theorie der Soziologie aufbauenden Methode der soziologischen Aufmerksamkeit Formen der wissenschaftlichen Wirklichkeitserschließung entwickelt, die große Bedeutung für die Wende und die weitere Entfaltung der Pflegewissenschaft gewann (Strauss et al. 1991; Corbin/Strauss 1993).

Damit ist die Frage nach einer eindeutigen paradigmatischen Orientierung der Pflegewissenschaft noch nicht geklärt. Sicher ist aber, daß mit der beschriebenen Wende von der naturwissenschaftlichen zur sozialwissenschaftlichen Orientierung ein paradigmatischer Schritt im Sinne von Kuhn getan wurde, der forschungs- und handlungsleitende Bedeutung erlangte. Paradigmen in diesem Verständnis sind theoretische und pragmatische Leitvorstellungen, die sowohl wissenschaftliche wie praktische Aktivitäten in einem bestimmten Handlungsfeld in ihrer grundlegenden Orientierung bündeln und richtunggebend zusammenfassen. Daß die paradigmatische Neuorientierung von entscheidender Bedeutung für die wissenschaftliche und die professionelle Entwicklung der Pflege in den USA und Großbritannien war, ist unumstritten und empirisch vielfältig nachgewiesen. Andererseits ist mit diesem Schritt die Pflegewissenschaft als wissenschaftliches Fach in all seinen Facetten noch nicht durchgesetzt. Am Beispiel anderer Fachentwicklungen, wie der Soziologie, der Psychologie, der Pädagogik, ist zu erkennen, welche schwierige und mühsame wissenschaftstheoretische, theoriepolitische und wissenschaftspraktische Prozesse zu durchlaufen sind, bis sich eine professionalisierte Scientific Community gebildet hat, die über ein selbstbewußtes und in Umrissen gesichertes theoretisches und methodisches Selbstverständnis und über anerkannte Verfahren und Kriterien der Selbstreproduktion verfügt. Ein wichtiger Indikator für das Erreichen dieses Entwicklungsstandes in den USA ist die Etablierung eines National Center for Nursing Research am National Institute of Health in Washington, über das wichtige pflegewissenschaftliche Forschungsprojekte auch mit öffentlichen Mitteln gefördert werden, die einem bereits eingespielten Begutachtungsverfahren unterworfen werden.

Die Identität von Pflegewissenschaft hat somit eine wissenschafts- und eine berufspolitische Dimension. Es geht einmal um die Anerkennung im Konzert der Wissenschaften, z. B. im Kontext von Hochschulen, besonders Universitäten, zum anderen im Zusammenhang der professionellen Pflege selber. Die internationale Erfahrung, besonders in den USA und Großbritannien, aber auch in Skandinavien, zeigt, welche Bedeutung die Etablierung der Pflegewissenschaft für die Professionalisierung hat. So trägt sowohl die paradigmatische Orientierung der Pflegewissenschaft wie ihre interne Differenzierung und ihre methodische Entwicklung zum Fortschritt der Professionalisierung und zur beruflichen Selbstverständigung bei.

### **. Multidisziplinarität**

Die Etablierung und Anerkennung der Pflegewissenschaft bedeutet aber keineswegs eine neue, quasi monodisziplinäre Ausrichtung dieses Faches. Sie behält im Gegenteil - und das ist für die deutsche Situation wichtigerweise festzuhalten - eine interdisziplinäre bzw. multidisziplinäre Struktur, d. h., die von ihrer Herkunft her bedeutenden Fachelemente werden unter der bereits beschriebenen neuen paradigmatischen Ausrichtung in einen interdisziplinä-

ren Zusammenhang gebracht. Diese Klammer zu schließen, ist nach allen internationalen Erfahrungen keine Leistung auf der Metaebene der Wissenschaftstheorie oder der Epistemologie, sondern eine Aufgabe konkreter Forschungs- und Entwicklungsarbeiten selber. Hier kommen die schon erwähnten Grundbegriffe in ihrer besonderen Funktion wieder ins Spiel. So ist z. B. Pflegediagnose als spezifische Aufgabe der Pflege im Unterschied zur medizinischen Diagnose zwar eine praktische Tätigkeit, aber eine solche, die - ähnlich wie in der Medizin - einer wissenschaftlichen Anleitung und Unterstützung bedarf. Die strukturellen, prozessualen und ergebnisbezogenen Randbedingungen müssen erfahrungswissenschaftlich ermittelt und zugleich theoretisch und methodisch begründet werden. Dabei bedient sich sowohl die empirische Vorgehensweise wie deren theoretische Fassung bestimmter, im Rahmen anderer Disziplinen eingeführter Instrumente und Ansätze.

Nach allen vorliegenden Erfahrungen dürfen die berufspolitisch oft verständlichen Abgrenzungstendenzen gegenüber anderen disziplinären Ansätzen - z. B. den biomedizinischen - nicht dazu führen, bewährte praktische und wissenschaftliche Verfahren um der Eigenständigkeit willen auszuschließen. Es zeigt sich, daß die interdisziplinäre Integration um so besser gelingt, desto mehr die paradigmatische Grundorientierung für das praktische und wissenschaftliche Handeln selbstverständlich geworden ist. Das enthebt aber nicht der Mühe, Pflegediagnosen und die daran anknüpfenden Pflegeprozesse wissenschaftsgestützt indikations-, fall-, situations- und personenbezogen unter Berücksichtigung der organisatorischen und sozialen Randbedingungen zu entwickeln.

#### **. Verbindung von Wissenschaftsentwicklung und Lehre**

Voraussetzung für die Diffundierung der auf der paradigmatischen Ebene erzielten Gewinne ist nach allen Erfahrungen im internationalen Kontext der Pflege ihre Umsetzung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Die Formierung der Pflegewissenschaft war nicht zu erreichen ohne die Einführung und Profilierung von Studiengängen für Pflege im System der Hochschulausbildung, in den USA, in Kanada und Großbritannien an den Universitäten. Denn nur über diesen Weg wurde eine Qualifikationsstrategie in Gang gesetzt, die zum einen Potentiale für den wissenschaftlichen Nachwuchs an den Hochschulen und in der Forschung schuf und auf der anderen Seite wissenschaftlich ausgebildete und zunehmend für die neue paradigmatische Orientierung der Pflege sensibilisierte Absolventen in die Praxis entließ, die sowohl Einflüsse in den unterschiedlichen Handlungsfeldern wie auf der Ebene der Berufspolitik zugunsten einer fortschreitenden Professionalisierung ausübten. Entscheidende Bedingung für diese Entwicklung, die natürlich nicht gleichzeitig an den wichtigen Hochschulen eingeleitet und durchgesetzt wurde, war die sich allmählich durchsetzende Erkenntnis, daß eine gute akademische Ausbildung der Forschung bedarf und auf wissenschaftlich begründeten Konzepten beruht. So sind die bereits beschriebenen Entwicklungsphasen der Pflegewissenschaft auch durch eine allmähliche Ausbalancierung von Forschung und Lehre an den Hochschulen bestimmt. Nicht zuletzt war diese Entwicklung in ihrem unterschiedlich intensiven Verlauf an den Hochschulen auch von innovativen Konstellationen struktureller und persönlicher Art abhängig. Wie bei allen neuen Aufbrüchen gaben mittlerweile weltbekannte Pflegewissenschaftlerinnen und Forschergruppen die Impulse, die letztlich, z.B. in den angelsächsischen Ländern, zu einer landesweiten Bewegung wurden.

Es ist unbezweifelbar wichtig, sich den Ablauf dieser Prozesse im internationalen Vergleich zu verdeutlichen, um daraus Einschätzungen zu gewinnen und Schlüsse für die Entwicklungschancen und -möglichkeiten in Deutschland zu ziehen. Obwohl aus den international verfügbaren Erfahrungen bekannt war, welche Bedeutung der Wissenschaftsentwicklung und Forschung im Bereich Pflege für die Ausbildung zukommt, daß erst eine wissenschaftlich begründete Qualifikation und eine so gestützte Praxis in der Lage ist, professionellen Wandel anzustoßen und neue Handlungsweisen und -felder zu erschließen, wurden in unserem Land fast flächendeckend Studiengänge, besonders an Fachhochschulen, eingerichtet, ohne daß für die dort zu vermittelnden Inhalte an einen Fundus etablierter Forschung angeknüpft werden konnte oder für die neuetablierten Ausbildungsgänge und deren spezifische Inhalte flankierende Forschungsaktivitäten geschaffen wurden. Die deutsche Entwicklung zeigt, wie schwer auch verbürgte Erfahrungen übertragbar sind und wie sehr Initiativen von den strukturellen und personellen Rahmenbedingungen abhängen. Die Verbreitung von Pflege-Studiengängen an Fachhochschulen nutzt den bildungspolitisch begründeten Trend zum Ausbau der Fachhochschulen, ist aber damit gleichzeitig der Restriktion unterworfen, pflegewissenschaftliche Entwicklungen nicht gleichzeitig voranbringen zu können, weil Forschung und die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses nicht zu den Aufgaben der Fachhochschulen zählt. Der enorme Energie- und Ressourcenaufwand, der bei der Etablierung der Fachhochschulstudiengänge betrieben wird, scheint im Gegenteil ein Alibi dafür herzugeben, entsprechende Aktivitäten an den Universitäten, den Stätten der Forschung und Nachwuchsförderung, gar nicht erst einzuleiten. Zudem macht die Differenzierung des deutschen Hochschulwesens in Fachhochschulen und Universitäten, die es in den USA, Kanada, den skandinavischen Ländern und Großbritannien in dieser Form nicht gibt, ein Übergreifen der innovatorischen Impulse von den Fachhochschulen auf die Universitäten gar nicht selbstverständlich. Und doch sind die an den angelsächsischen Universitäten abgelaufenen Prozesse der wissenschaftlichen Durchsetzung der Pflege als Wissenschaft auch bei uns im Rahmen des Systems unverzichtbar, das für Forschung und Nachwuchsförderung zuständig ist. Den Universitäten kann diese Auseinandersetzung um Anerkennung nicht erspart bleiben, wenn die Pflegewissenschaft einen gleichberechtigten Part im Konzert der Wissenschaften und ihren Förderungssystemen spielen will. Nach der breiten Einführung von Pflegestudiengängen an Fachhochschulen werden sich die Protagonisten der Pflegewissenschaft an Universitäten zunehmend mit dem Argument auseinandersetzen müssen, die Pflege habe an den praxisorientierten Fachhochschulen ihren richtigen Platz im akademischen System.

#### **. heoriebildung in der Pflegewissenschaft**

Die Wissenschaften beziehen ihr Selbstverständnis aus eigenständigen theoretischen Entwürfen und Konzepten und einem für ihren Gegenstandsbereich als angemessen definierten methodischen Instrumentarium. Eine anwendungsbezogene Wissenschaft, wie die Pflegewissenschaft, legt darüber hinaus Wert darauf, wissenschaftliche Beiträge zur Begründung zentraler Handlungskonzepte für die Pflegepraxis zu leisten. Historisch gesehen, haben im Zuge der Entwicklung zur Pflegewissenschaft, besonders an angelsächsischen Hochschulen, umfangreiche Aktivitäten und Diskurse zu Pflege-theorien stattgefunden.

Die Anfänge der pflegewissenschaftlichen Theoriebildung gehen auf die 50er Jahre zurück. Damals legte Virginia Henderson erstmals ein konzeptionelles Modell vor, mit dem sie den Gegenstand der Pflege zu beschreiben versuchte (Henderson 1966). Diese ersten Bemühungen um eine theoretische Gestaltung der Pflege basieren auf Vorarbeiten, die noch weiter zurückliegen. Ihnen folgten - vornehmlich in den USA - eine größere Zahl von Autorinnen, so daß es inzwischen mehr als 30 Ansätze gibt, die Beiträge zu einer Theorie der Pflege leisten und dadurch Bausteine für die Pflegewissenschaft lieferten. Mittlerweile liegen zudem eine Reihe von Veröffentlichungen vor, die unter verschiedenen Kriterien systematische Überblicke über die unterschiedlichen theoretischen Modelle geben (zuletzt: Fawcett 1993, 1995; Marriner-Tomey 1994; Parker 1993). Einige Übersichtsarbeiten wurden ins Deutsche übersetzt (Fawcett 1996; Marriner-Tomey 1992). Trotz einiger verdienstvoller Zusammenstellungen und Kommentierungen fehlen im deutschsprachigen Raum kritische Auseinandersetzungen mit den besonders in den USA entwickelten Pflegetheorien. Eine kritische Rezeption mit dem Ziel der Adaption steht ebenfalls noch aus.

Seit mehr als 40 Jahren werden konzeptionelle Modelle, Pflegemodelle, Pflegetheorien erstellt, die auf unterschiedlichen Voraussetzungen beruhen und verschiedenen Zielsetzungen folgen. Schon die Verwendung unterschiedlicher Begriffe für ihren theoretischen Status macht einerseits Unsicherheiten deutlich, weist andererseits aber auf den mühsamen Prozeß hin, aus einer divergenten Praxis heraus deren Selbstverständnis reflexiv zu konturieren und in ein theoretisches Profil zu fassen. Das gleiche gilt auch für die vielfältigen Aktivitäten, die zahlreichen Theoriebildungsversuche in Überblicken zusammenzufassen, zu ordnen und zu evaluieren. Sowohl die einzelnen Modellbildungen wie die metatheoretischen Bewertungsbemühungen sind rückblickend als Beiträge zu interpretieren, die Pflegewissenschaft - ansetzend bei der Praxis - Schritt für Schritt in ihrem Wissenschaftsstand voranzubringen.

In Deutschland waren in den letzten Jahren verschiedene Initiativen zu beobachten, bestimmte Pflegemodelle wie die von Orem, Peplau und Rogers zu adaptieren und sie über Weiterbildungsmaßnahmen quasi schulbildend als Orientierung der Praxis einzuführen. Dies geschah vielfach auf Betreiben von Akteurinnen, die im Ausland - meist in den angelsächsischen Ländern - mit Fachkreisen der Pflege Kontakt hatten, die selber nach solchen Modellen verfahren. Überzeugt hatte sie dabei an erster Stelle, daß hier im Unterschied zu den eigenen Erfahrungen in der Pflegepraxis nach plausiblen theoretischen Modellen verfahren wurde und dadurch eine eindeutige Orientierung gegeben war. Daß das übernommene Konzept eines unter vielen anderen möglichen war, wurde oft dabei genauso wenig reflektiert wie die Tatsache, daß mittlerweile eine Reihe von Auseinandersetzungen mit den unterschiedlichen Grundlagen und methodischen Ansätzen der Pflegemodelle vorlagen. Ähnlich wie bei der fast hektischen Aktivität beim Aufbau der Studiengänge in Deutschland zeigt sich auch hier der Versuch, Erfahrungen im Ausland unmittelbar zu übertragen, ohne einerseits die Besonderheit der Verhältnisse dort zu beachten, wo Entscheidungen für die Verwendung eines bestimmten Modells vorlagen, und andererseits die langjährigen Auseinandersetzungen zu berücksichtigen, die generell um eine Theoriebildung in der Pflege geführt wurden und den Akteuren dort präsent waren.

## **. Deutscher Bedarf und internationale Erfahrung**

Pflegewissenschaft beginnt in Deutschland nicht bei Null. Eine ihrer wichtigen Aufgaben wird sein, den Fundus an theoretischen Bemühungen - vor allem in den USA - aufzuarbeiten und für die deutschen Bedürfnisse fruchtbar zu machen. Dabei wird es weniger darum gehen, die vielen einzelnen Pflegetheorien und -modelle zu reproduzieren und bis in ihre Grundelemente hinein neu zu sortieren. Was fehlt ist, sie in ihren paradigmatischen Strukturen zu erfassen und sie in ihren vielfältigen theoretischen und methodischen Vorschlägen für eine Theoriebildung zu nutzen, die Orientierungen sowohl für die Aus- und Weiterbildung wie für die Praxis der Pflege schafft. Dabei sind die Kriterien kritisch zu betrachten, die schon bei den angelsächsischen Überblicksbemühungen Verwendung fanden. D.h., die bereits stattgefundenen Evaluationen und ihre Ergebnisse sollten mit berücksichtigt werden.

In diesem Beitrag können nur Hinweise auf notwendige zukünftige Aktivitäten zum Aufbau der Pflegewissenschaft an einem universitären Institut gegeben werden. Die wenigen in Deutschland geplanten Zentren für Pflegewissenschaft werden sich vom Bedarf her gesehen mehreren parallel laufenden Aufgaben zu widmen haben. Neben dem notwendigen Engagement bei der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation dringender Praxismaßnahmen, z.B. im Zuge der Umsetzung der Pflegeversicherung oder der Einführung neuer Aus- und Weiterbildungsmodelle, steht die Behandlung von Grundsatzfragen im Vordergrund. Angesichts der defizitären Situation der Pflegewissenschaft in unserem Land bedeutet dies aber, Beiträge zur Profilbildung dieser neuen Wissenschaft zu leisten und ihre prioritären Forschungsfelder zu markieren. Wichtige Bestandteile dieser Grundsatzfragen sind die Theoriebildung und Methodenentwicklung. Hier ist an die internationalen Erfahrungen in dem Sinne anzuknüpfen, daß die dort vorhandenen Potentiale zu aktivieren sind. Dies gelingt nicht über bloßes Nachholen, das sich an einzelnen wissenschaftlichen Schulen orientiert und ihre Ergebnisse reproduziert. Der Stand der Forschung und Entwicklung liegt andererseits nicht auf der Hand, d.h. so vor, daß er unmittelbar genutzt werden kann. Die pflegewissenschaftliche Aktivierung hat in Deutschland zwei Richtungen zu verfolgen. Sie muß einerseits den deutschen Bedarf an wissenschaftlicher Theorie- und Methodenkonstruktion analysieren und in Gang bringen und andererseits den international zur Verfügung stehenden Fundus unter Aspekten des sich allmählich konturierenden hiesigen Bedarfs sichten und aufarbeiten. Wir fangen zwar nicht neu an, benötigen aber Kriterien und Strukturen, mit deren Hilfe wir quasi sekundäranalytisch an den vorliegenden Bestand herangehen. Nicht alle Theorien und Modelle sind für sich interessant, da sie ja jeweils auch in ihrem historischen und gesellschaftlichen Kontext stehen und darin ihren besonderen Stellenwert haben. Herauszufinden ist vielmehr, welche Lernprozesse wissenschaftstheoretischer, wissenschaftspolitischer, theoriepolitischer und professioneller Art hinter der Fülle der wissenschaftlichen und praktischen Bemühungen und ihrer Dokumentationen über mehrere Jahrzehnte stehen und welche Schlüsse für einen Neuanfang daraus zu ziehen sind.

### **1 . Paradigmen und heorien**

Das hier vorgesehene erste Herangehen an den Stand der pflegewissenschaftlichen Theoriebildung verfolgt das Ziel, prioritäre Forschungsaufgaben zu ermitteln und entsprechende Richtungen anzugeben. Hierbei sind Unter-

scheidungen auf der Ebene der Paradigmen, der Theorien und der Handlungsmodelle zu beachten. Auffällig bei den Klassifikationsversuchen in den Überblicksarbeiten ist, daß sich die Autorinnen von sehr unterschiedlichen Standpunkten der Einteilung der theoretischen Modelle nähern, von denen sich keiner als allgemein verbindlich durchgesetzt hat. So werden bei Marriener-Tomey (1992), Riehl-Sisca (1989) und Meleis (1985) sehr unterschiedliche Klassifikationen für dieselben Modelle gewählt. Trotz immanent konsequenter Begründungen erschweren die verschiedenen Vorgehensweisen eine einheitliche Einstufung. Das Problem ist, daß sich die Modelle aufgrund ihrer Komplexität, ihrer Multidimensionalität, ihrem Abstraktionsniveau und ihrer Reichweite erheblich unterscheiden und dieses bei den Überblicken nicht durchgängig in der gleichen Form berücksichtigt wird. Um trotzdem zu einer forschungsleitenden Orientierung zu kommen, bietet sich an, zunächst der Einteilung von Rizzo-Parse (1987) zu folgen, die eine Differenzierung auf der paradigmatischen Ebene vorschlägt. Sie lehnt sich dabei an Kuhn (1970) an, der unter wissenschaftstheoretischen Aspekten - wie an anderer Stelle bereits erwähnt wurde - zu einer Definition des Begriffs Paradigma kam. Rizzo-Parse nimmt in der Pflege im Blick auf die verschiedenen Theorie- und Modellbildungen zwei paradigmatische Richtungen an, die auf unterschiedlichen Auffassungen des Menschen beruhen. Nach dem "Man-environmental totality paradigm" wird das Ganze als Summe seiner Teile verstanden, während im sog. "Simultaneity paradigm" das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile.

Die Grundannahme des "ganzheitlichen" (totality) Paradigma geht von einem bio-psycho-sozio-spirituellen Organismus des Menschen aus, der einen Gleichgewichtszustand zwischen sich und der Umwelt zu erreichen versucht. Das sog. "einheitliche" Paradigma faßt den Menschen dagegen als offenes System, das in einem Interaktionsprozeß mit seiner Umwelt steht.

Je nach grundlegender paradigmatischer Orientierung in die eine oder andere Richtung unterscheiden sich die Ziele der Pflege in eine stärkere Expertensicht auf der einen und in eine Patientenperspektive auf der anderen Seite. Im Forschungsbereich stehen quantitative Methoden auf der Seite der "ganzheitlichen" Vorgehensweise im Vordergrund. Sie gehen auf die Verfahren der Naturwissenschaft zurück, folgen dem Kausalitätsprinzip und arbeiten mit statistischen Modellen, während schwerpunktmäßig qualitative Methoden auf der Seite des "einheitlichen" Paradigmas Anwendung finden, die mehr von den Sozial- und Humanwissenschaften ausgehen.

Von besonderer Bedeutung ist nun, daß auch der Prozeß der Theorieentwicklung je nach paradigmatischer Leitorientierung unterschiedlich verläuft. Auf Seiten des "ganzheitlichen" Grundsatzes versucht man pflegewissenschaftliches Wissen zu sammeln und vorhandenes Wissen unter pflegewissenschaftlich relevanten Aspekten zu systematisieren, während unter "einheitlicher" Orientierung der Anspruch verfolgt wird, eine eigene pflegewissenschaftliche Sichtweise zu entwickeln und von daher die relevanten Gegenstände und Fragestellungen zu definieren. Auf diesem Hintergrund ergeben sich Perspektiven auf die verschiedenen konzeptionellen und theoretischen Pflegemodelle, die eine grundlegende Zuordnung erlauben und somit eine Handlungsanweisung für die weitere wissenschaftliche Bearbeitung dieser Ansätze hergibt, mit dem Ziel, Vorschläge für ihre Diskussion und Adaption im deutschen pflegewissenschaftlichen Kontext zu machen.

## 11. Der Entstehungszusammenhang der Theorien

Die Einteilung der unterschiedlichen Pflgetheorien und -modelle nach den sie bestimmenden paradigmatischen Grundorientierungen verfügt über hohe Plausibilität und verschafft gute Ansätze für ihre weitere wissenschaftliche und praktische Verwendbarkeit. Nun handelt es sich bei diesem Entwurf von Rizzo-Parse (1987) um eine Interpretation, die im Blick auf die vorliegenden Theorie- und Modellbildungen vollzogen wurde, ohne ihren Entstehungs- und unmittelbaren Verwendungszusammenhang mit zu berücksichtigen. Rizzo-Parse verfolgt mit dieser paradigmatischen Sortierung das Ziel, im Zuge einer bereits weiter fortgeschrittenen Profilierung der amerikanischen Pflegewissenschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt den Stand der Entwicklung festzuhalten und aus dieser Sicht den einzelnen Bausteinen dieses Prozesses ihren Stellenwert einzuräumen. Rückblickend sind sowohl die einzelnen Bemühungen um Modellbildungen in der Pflege wie die Überblicksarbeiten unter dem Gesichtspunkt ihres Beitrags zur Entwicklung einer eigenständigen Pflegewissenschaft zu betrachten. Vieles, was uns aus der heutigen Sicht als unvereinbar oder widersprüchlich erscheint, kommt unter diesem Erkenntnisinteresse anders ins Bild. Die differenzierten Bemühungen um die Bildung theoretischer Modelle, die zu einer besseren Orientierung, sei es der Ausbildung, sei es der Praxis, beitragen sollten, bezogen ihre Motivation nicht an erster Stelle aus dem Bestreben, am Aufbau einer eigenständigen Wissenschaft der Pflege mitzuwirken. Sie hatten weitgehend unmittelbar praktische Bedeutung. So haben z.B. Henderson, Abdellah und Peplau in den 50er Jahren als ausgebildete Krankenschwestern und in der Ausbildung von Pflegekräften tätig zunächst an der Entwicklung von Curricula für die Pflegeausbildung mit dem Ziel gearbeitet, ihren Schülerinnen systematisch aufbereitetes Wissen zu vermitteln, das sich von den in der Medizin präsentierten Wissensbeständen durch den spezifischen Bedarf der Pflege unterschied. Ihre Aktivitäten waren zwar bereits von den Intentionen bestimmt, eigenständige Inhalte für die Pflege abzustecken und in systematischer Form zu erfassen, blieben aber noch in der medizinisch-naturwissenschaftlichen Herkunft ihrer Autorinnen befangen, war doch die Pflege traditionell im Kontext der Medizin als deren Hilfsdisziplin angesiedelt. Auch die aus den Curricula entworfenen Handlungsmodelle der Pflege blieben in ihrer Struktur denen der Medizin ähnlich.

Es wäre sinnvoll, ähnliche Analysen auch für die übrigen Pionierinnen der Pflegewissenschaft anzustellen, was jedoch den Rahmen dieses Beitrags sprengen würde. Und doch dürfte in diesem ersten Überblick deutlich geworden sein, daß sie in ihrem ambitionierten Vorgehen stark von ihrer Herkunft als Krankenschwestern oder dem spezifischen Kontext ihrer Arbeit, z.B. Psychiatrie, Psychotherapie, bestimmt waren. Auch waren zusätzliche Hochschulausbildungen nicht ohne Einfluß auf ihre Konzepte. So werden erweiternd psychologische, interaktionistische und systemische Akzente gesetzt. Bei allen Divergenzen sind auch die Ansätze von Johnson, Roy, King und Orem einflußreiche Weiterentwicklungen von Pflgetheorien, die zwar jeweils unterschiedliche Akzente bei der Konstruktion der Modellbildung setzen und im Detail neue Errungenschaften auf dem Weg darstellen eigenständige Systematisierungen von pflegerischem Wissen zu erlangen, aber insgesamt mehr dem medizinisch-naturwissenschaftlichem Paradigma verpflichtet bleiben.

Diese grundsätzliche Befangenheit im paradigmatischen Ansatz der medizinischen Herkunft der Pflege darf aber nicht übersehen lassen, daß die hohe

Subtilität, mit der Autorinnen wie Orem, Henderson u.a. die Pflgetätigkeit ausleuchteten und mit systematisiertem Wissen versorgten, das nicht ohne weiteres in den bisher von der Medizin bestimmten Bereich gehört, von innen heraus eine andere Herangehensweise fordert. Es gibt Anzeichen dafür, daß einige sehr genau ausgearbeitete Pflegemodelle, sozusagen dialektisch, Perspektiven eröffnet haben, die auch die Wende zu einer anderen paradigmatischen Orientierung indizieren.

Interessant war zu beobachten, daß die bisher erwähnten Autorinnen - aus der Praxis kommend - primär um die Entwicklung von Curricula und Handlungsmodellen bemüht waren. Ihre Intentionen waren zunächst praktischer Art, gerieten aber zunehmend in den Trend, direkt pflegewissenschaftliche Theoriebildung voranzubringen. Rückblickend sind einige Unterscheidungen klarer zu fassen. Zunächst ging es um konzeptionelle Modelle der Wissensgestaltung für die Pflege. Aus curricularen Anforderungen heraus erwuchs daraus die Notwendigkeit, Handlungsmodelle für die Pflegepraxis zu entwerfen, die vielfach Pflegemodelle bzw. Pflege-theorien genannt wurden. Unter dem Anspruch, die unterschiedlichen Theorien und Modelle überblicksartig und systematisierend zusammenzufassen, tauchten im Selbstverständigungsprozeß der Pflege zunehmend Unterscheidungen auf, die auf verschiedenen Theorieebenen anzusiedeln waren. Theorien waren nunmehr - wie im Kontext anderer Wissenschaften - Erklärungen und perspektivische Entwürfe, die zugleich wissenschaftlich begründet und praxisleitend waren. Davon unterschieden sind die Theorien mittlerer Reichweite, die für einen abgegrenzten thematischen Bereich Geltung gewinnen können. Der theoretische Gehalt der konzeptionellen Modelle für Curriculumentwicklung und Handlung ist eher von diesem Charakter. Sowohl die Theorien der größeren wie die der mittleren Reichweite sind von den Paradigmata als den grundsätzlichen Orientierungen einer Wissenschaft zu unterscheiden. Unverkennbar haben die bekannten Bemühungen um eine eigenständige Wissenschaft der Pflege wie die von Martha Rogers, (1970), unter der eindeutigen Orientierung des "gleichzeitigen" Paradigmas gestanden. Andererseits haben sie selber zur Stabilisierung auch der paradigmatischen Eigenständigkeit der Pflegewissenschaft beigetragen. Rogers bot in ihrem Werk einen weitreichenden Theorieentwurf der Pflege, der ihrem eigenen Verständnis nach noch operational und empirisch auszubauen ist. Die Theorie ist zwar auf einem hohen Abstraktionsniveau entwickelt, enthält aber vielfältige Anknüpfungsmöglichkeiten sowohl für die Klientenzentrierung der Pflege wie für den Ausbau der kommunikativen und emotionalen Kompetenz der Pflegekräfte und - nicht zuletzt - für Konzepte der Pflegediagnostik und des Pflegeprozesses.

## **12. Methoden**

Daß spezifische paradigmatische und theoretische Orientierungen auch methodische Schwerpunktsetzungen nach sich ziehen, wurde bereits erwähnt. Die Pflegewissenschaft löste sich auf dem Weg zur Eigenständigkeit zunehmend von ihrer medizinischen Herkunft. Auf diesem Weg wurden neue theoretische Felder und Gegenstände entdeckt, die nicht mehr alleine mit den herkömmlichen Instrumentarien der in den bio-medizinischen Wissenschaften üblichen Methoden der kausalwissenschaftlichen Erklärung bearbeitet werden können. Zusätzlich zu den eingespielten quantitativen Methoden in den Natur- und Sozialwissenschaften sind in der Pflegewissenschaft qualitative Methoden einzusetzen, die vornehmlich aus den Sozial- und Humanwissen-

schaften stammen. Anders als in der klinischen Forschung der Medizin wird im Bereich der Pflege der Mensch als Person und soziales Wesen mit in die Diagnose und Behandlung einbezogen, was andere methodische Zugangsweisen zum Gegenstandsfeld auch für die Forschung bedeutet. Die direkte Einbeziehung der im Pflegeprozeß interagierenden Personen und Personengruppen in die Forschung durch Beobachtung und Expertenbefragung (gerade auch der Klient/Patient ist Experte) verlangt Herangehensweisen, die sich der Erfahrungen aus der qualitativen Sozialforschung bedienen muß.

Nun zeigt schon die Geschichte der Entstehung der Pflegewissenschaft, daß es zwar notwendig war und ist, sich von der Herkunft aus der Medizin zu lösen, daß aber diese Freisetzung nicht bedeuten kann, die sachliche Nähe aufzugeben. Dieses weist auf den bereits erwähnten interdisziplinären bzw. multidisziplinären Charakter der Pflegewissenschaft hin, was in bestimmten Gegenstandsbereichen auch ein multimethodisches Vorgehen, d.h. einen Mix aus quantitativen und qualitativen Methoden verlangt. Daß dieser Aspekt erst spät in den Vordergrund der Anforderungen gerückt wurde, liegt an der langen Befangenheit im bio-medizinischen Wissenschaftsparadigma. International verfügt man inzwischen über einige Forschungserfahrungen mit dem Einsatz solcher gemischten Methodensätze. Für die Pflegewissenschaft in Deutschland kann hier aus der reichen Erfahrung der Sozialwissenschaften im weiteren Sinn gelernt werden. Jedenfalls sind viele der erst noch in der empirischen Forschung zu erschließenden Problembereiche der Pflege nur mit Hilfe qualitativer oder gemischter Methodeinsätze zu bewältigen. Nach den Erfahrungen reicht es dabei nicht aus, ein bestimmtes Methodenrepertoire abstrakt zur Verfügung zu haben. Die kompetente Anwendung von Methoden ist an spezifische Skills gebunden, die über entsprechende Anwendungstrainings erworben werden. Solche Voraussetzungen müssen in Deutschland an den Zentren der Pflegewissenschaft geschaffen werden. Dort muß Methodenkompetenz sowie Beratungskompetenz in Methodenfragen aufgebaut und entwickelt werden. Ohnehin ist man aber in diesem Bereich immer auch auf die Kooperation mit Einrichtungen und Forschungsgruppen angewiesen, die über besondere Anwendungskompetenzen verfügen. Empirische Forschung ist nur im Erfahrungszusammenhang und in Kooperation mit Erfahrenen zu erlernen. In dieser Hinsicht sind methodologische Studien, die sich mit dem Vorgehen anderer Forschungsgruppen kritisch auseinandersetzen, unverzichtbar.

### **13. Fazit im Blick auf die amerikanische Entwicklung**

Aus dem bisher Gesagten ist ersichtlich, daß eine unreflektierte Übernahme der anglo-amerikanischen Pflege-theorien problematisch ist. Die Problematik beruht einerseits auf Erkenntnissen, die kontroverse Entwicklungen in den USA selber betreffen, zum anderen darauf, daß die selbstverständliche Übertragung von Grundbegriffen und Theorieelementen die historisch gewachsenen und kulturell bestimmten Strukturen unbeachtet läßt. So hat sich die curriculare Entwicklung von Studiengängen weitgehend in enger Anlehnung an eine Pflege-theorie vollzogen. Mittlerweile hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, daß der darin erzielte Orientierungsgewinn von Einseitigkeiten begleitet ist, die für die Entwicklung der Pflegewissenschaft insgesamt als gefährlich angesehen werden. Das hat zu einem Umdenken geführt und eine Curriculumsrevision ausgelöst, die auf einer Auseinandersetzung mit mehreren pflegetheoretischen Ansätzen beruht (Müller 1996). Mit diesem Prozeß

wurde gleichzeitig eine heftige Diskussion um den Status von Pflgetheorien und deren Funktion für Ausbildung und Praxis in Gang gebracht. Viele Aspekte dieser Auseinandersetzung sind von großer Relevanz für die deutsche Konstruktion der Pflegewissenschaft, sind aber - wie bereits dargestellt wurde - in ihrer Verwendbarkeit auf genaue Bestimmungen des hiesigen Bedarfs angewiesen.

Am Beispiel des Grundbegriffpaars Grundpflege-Behandlungspflege läßt sich zum anderen zeigen, wie problematisch eine zu kurz verstandene Adaption amerikanischer Ansätze ist. In Deutschland spielt die zweiseitige Begriffsverwendung bis heute und bis in die heutige Gesetzgebung und die mit ihrer Umsetzung zusammenhängende Praxis, z.B. Pflegeversicherung, eine zentrale Rolle. Sie geht auf die historisch bedingte Unterscheidung zwischen einfacher Pflege und medizingeleiteter pflegerischer Arbeit zurück und führt in der Praxis und in den darauf aufbauenden Konzepten dazu, die wichtigen Dimensionen pflegerischer Tätigkeiten zu verkennen und abzuwerten. In der Akzentuierung der besonderen Bedeutung der Behandlungspflege für die Professionalisierung geht der ganzheitliche, den Menschen in all seinen Dimensionen berücksichtigende Aspekt der Pflege verloren. Der Patient/Klient wird unter einem bestimmten Krankheitsbild behandelt und der übrige Teil der Pflege davon abgespalten und als minderqualifizierte Aufgabe gesehen. Damit wird die Dominanz und Definitionsmacht der Medizin festgeschrieben, ohne daß die Pflege in ihrer Eigenständigkeit gefördert wird.

Auf den ersten Blick läßt die in Deutschland benutzte und offiziell bis in die Klassifizierung von Pflegeleistungen und bis in die Qualitätssicherung festgeschriebene Begriffsfassung Ähnlichkeiten mit den USA zu. Pflege wird dort im Bereich der unmittelbaren patientennahen Pflege und zusätzlich als Assistenz bei medizinischen Aufgaben angesiedelt. Und obwohl die Pflege eng an bio-medizinischen Vorstellungen orientiert war, lag der Unterschied zur deutschen Tradition und noch heute gültigen Auffassung darin, daß mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten auch das damit zusammenhängende vollständige Verantwortungsspektrum einherging. Das heißt, Pflege war in ihrer theoretischen Orientierung und der darauf beruhenden curricularen Gestaltung auf die Wahrnehmung medizinischer Aufgaben gerichtet und damit auf die Erweiterung ihres Tätigkeitsfeldes in horizontaler und vertikaler Richtung eingestellt. Von daher ist eine Berufung auf Ähnlichkeiten mit der amerikanischen Begriffsbildung irreführend, da schon im Kontext von Behandlungspflege fundamentale Unterschiede im Spektrum von Autonomie und Abhängigkeit festzustellen sind. Darüber hinaus ist in den letzten Jahren in den USA die Erkenntnis gewachsen, daß die größere Eigenständigkeit der Pflege im medizinischen Aufgabenspektrum nicht nur als Fortschritt zu begreifen ist, sondern zu einer Entfremdung von der eigentlichen Pflgetätigkeit geführt hat (v. Maanen 1996). In diesem Kontext sind dann auch eine neue Theoriedebatte und eine damit verbundene Curriculumrevision anzusiedeln, die mehr an der auch wissenschaftstheoretisch fundierten Autonomiegewinnung der Pflege in ihrem eigentlichen Handlungsbereich orientiert waren. Die vorhergehenden Überlegungen zeigen, daß eine einfache Übertragung des amerikanischen Modells schon deshalb nicht möglich ist, weil selbst ähnlich gefaßte Grundbegriffe aufgrund ihres spezifischen Handlungs- und berufspolitischen Kontextes nicht vergleichbar sind und so leicht als Alibiargumente in einer grundsätzlich unterschiedlichen Entwicklungssituation erhalten müssen. Andererseits zeigt das Beispiel der Verwendung des Grundbegriffpaars Grundpflege und Behandlungspflege, wie eine kritische Rezeption amerikani-

scher Theorien Distanzen zur eigenen Pflge-tradition aufzubauen gestattet, die Bausteine zu einer Pflegewissenschaft im hiesigen Kontext bilden können.

Eine fundierte Auseinandersetzung mit der historischen Entwicklung der amerikanischen Pflegewissenschaft und dem dort erreichten Wissensstand liegt bei uns noch nicht vor. Zwar wurden verschiedene wichtige Aspekte unter praktischen Erkenntnisinteressen bearbeitet, aber es fehlt ein Zugriff auf diesen Stand unter einem deutlich definierten theoretischen Interesse, mit dem Ziel, eine Orientierung für die deutsche Wissenschaftslandschaft in Forschung und Lehre zu schaffen. In diesem Beitrag sollten Hinweise gegeben werden, in welchen Konturen ein deutsches Zentrum für Pflegewissenschaft seine Aktivitäten verorten sollte.

## Literatur

- Bergman, R. (1990), Setting priorities in nursing research, in: Hungarian Nurses Research Organization (Editor), Proceedings of the 13th Meeting of the Workshop of European Nurse Researchers for National Representatives Sept. 3-4. 1990, Budapest
- Brown, J.S.; Tanner, C.A.; Patrick, K.P. (1984), Nursing's search for scientific knowledge, in: Nursing Research 33, 26-32
- Corbin, J.; Strauss, A. (1993), Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie, Zürich
- Fawcett, J. (1993), Analysis and Evaluation of Nursing Theories, Philadelphia
- Fawcett, J. (1995), Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing, Philadelphia
- Fawcett, J. (1996), Pflegemodelle im Überblick, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Haug, K. (1995), Professionalisierungsstrategien, Durchsetzungspotentiale und Arbeitsteilung. Eine Untersuchung der deutschen und englischen Pflegekräfte, Berlin: WZB
- Henderson, V. (1960), Basic Principles of Nursing Care, London
- Henderson, V. (1966), The nature of Nursing, New York
- Käppeli, S. (1996), Standortbestimmung der Pflegeforschung und der Pflegewissenschaft im deutschsprachigen Raum im internationalen Vergleich, Manuskript
- King, J. (1971), Towards a Theory of Nursing, New York
- van Maanen, H.M.Th. (1992), The development of Nursing research within the context of academic education: A European perspective, in: Krause, K; Astedt-Kurki, P. (Editors), International Perspectives on Nursing, Tampere
- van Maanen, H. (1996), Pflegewissenschaft in den USA: Ihre Entwicklung und Ergebnisse, in: Innovation der Pflege durch Wissenschaft, Bremen
- Morriner-Tomey, A. (1992), Pflgetheoretikerinnen und ihr Werk, Basel
- Morriner-Tomey, A. (1994), Nursing Theorists and their Work, St. Louis, Baltimore, Boston
- Meleis, A. (1985), Theoretical Nursing-Development and Progress, Philadelphia
- Müller, E. (1996), Pflege im Spannungsfeld zwischen amerikanischem Theorie-Impact und deutscher Pflgetradition, in: Innovation der Pflege durch Wissenschaft, Bremen
- Orem, D.E., (1971), Nursing Concepts of Practices, New York
- Parker, M.E. (Editor) (1993), Patterns of Nursing Theories in Practice, New York
- Pflege braucht Eliten (1992), Stuttgart
- Riehl-Sica, J. (Editor) (1989), Conceptual Models of Nursing Practice, Norwalk, Maleo
- Rizzo-Parse, R. (1987), Nursing Science Major Paradigms, Theories and Critiques, Philadelphia
- Roberts, C.A.; Burke, S.D. (1989), Nursing Research: a quantitative and qualitative approach, Boston

- Rogers, M. (1970), *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*, Philadelphia
- Roy, C.; Roberts, S.L. (1981), *Theory Construction of Nursing. An Adaptation Model*, New York
- Schaeffer, D. (1996), *Analyse der zukünftigen Handlungsfelder in der Pflege*, in: Bundesausschuß der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe, Tagungsband 6. Bundestagung, Fürth
- Strauss, A.; Fagerhaugh, S.; Suczek, B.; Wiener, C. (1991), *Illness Trajectories*, in: Strauss, A. (Editor), *Creating Sociological Awareness*, New Brunswick, New Jersey

## **AutorInnenverzeichnis**

Dr. Wolfgang BODENBENDER,  
ehem. Staatssekretär im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des  
Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

Angelika DOPHEIDE,  
Oberbürgermeisterin der Stadt Bielefeld

Dr. Mary FARRELL,  
Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro Europa, Harvard School of Public  
Health

Prof. Dr. Bernhard GÜNTERT,  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Prof. Gertrud HUNDENBORN,  
Kath. Fachhochschule Köln, Caritasakademie Köln-Hohenlind,  
Referat Krankenpflege, Vorstandsvorsitzende der Gesellschaft zur Förderung  
der Pflegewissenschaft NRW e.V.

Dr. Sylvia KÄPPELI,  
Universitätsspital Zürich, Zentrum für Entwicklung, Forschung und  
Fortbildung in der Pflege

Prof. Dr. Helmut SKOWRONEK,  
ehem. Rektor der Universität Bielefeld

Dr. Dr. Paul WOLTERS,  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld,  
ehem. komm. Geschäftsführer des Instituts für Pflegewissenschaft an der  
Universität Bielefeld (IPW)