



# HOCHSCHULFORUM PFLEGE

1. Jahrgang Ausgabe 2

- **DISKUSSIONSFORUM**  
**Berufliche Perspektiven**  
Osnabrück, Ludwigshafen und  
Hamburg...
- **WISSENSBÖRSE**  
**Menschenrecht,**  
**Vernetzung & Information**  
ai, Bochum, Hamburg, Bremen...
- **THEMENSERIE**  
**Naturheilkundliche Verfahren**  
Bremen
- **PROFILE**  
**U. Geißner**  
Freiburg

# WERBUNG

## S2

## Editorial

Ed. Baten..... 3

## Aus der Redaktion

In eigener Sache..... 4

## Diskussionsforum

Was erwartet die AbsolventInnen pflegewissenschaftlicher Studiengänge?..... 5

Selbstorganisiert läuft wie geschmiert..... 9

Von der Narkosepflegerin zur Anästhesieschwester..... 11

Stellungnahme zur Verabschiedung des Transplantationsgesetzes..... 16

## Wissensbörse

Ein weites Feld: Pflege und Menschenrechte..... 18

Gasthörerstatus am Studiengang LGW..... 20

Die Verabschiedung von Christel Zander..... 20

Nützliche Internetadressen..... 20

Projektarbeiten im Studiengang Lehramt Pflegewissenschaft..... 21

Projekt "Infothek Pflegewissenschaft"..... 21

Krankenhausübergreifender Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe..... 22

## Themenserie Praxis und Forschung

Erweiterte Pflegemethoden, 2. Folge  
Im, am und um den Fachbereich  
-ein Wochenbericht..... 24

## Profile

U. Geißner  
Im, am und um den Fachbereich Pflege  
-ein Wochenbericht..... 26  
Die Resolution der Studierenden der KFH Freiburg... 29

## Sternschnuppen...

S. Herzog..... 31

## Impressum

..... 31

Ed Baten

## Der Nutzen des Pflegewissenschaftlers für die Praxis

Ähnlich wie in Deutschland, stellt sich zur Zeit auch in den Niederlanden, wo bereits seit 1982 eine Pflegewissenschaft an den Universitäten existiert, die Frage nach dem Nutzen von akademisch ausgebildeten Pflegenden für die Pflegepraxis. Ich möchte auf mögliche Bereiche und Positionen eingehen, die akademisch ausgebildete Pflegenden einnehmen können.

Professor Grypdonck von der pflegewissenschaftlichen Fakultät in Utrecht sieht vor allem vier Arbeitsgebiete: Management (PDL), Qualitätssicherung und Innovation, Pädagogik und Pflegeforschung.

In unserer Division für Innere Medizin und Dermatologie des Universitätsspitals Utrecht haben wir in den letzten sieben Jahren versucht, Pflegewissenschaftler, ihren Kenntnissen entsprechend als Pflegespezialisten und als Stationsleitungen in der Praxis einzusetzen.

Die zehn zur Zeit tätigen Pflegespezialisten unserer Division sind für verschiedene Fachbereiche des Krankenhauses zuständig. Sie haben teils eigene Sprechstunden, sind in der Pflegeberatung und Qualitätssicherung tätig, führen einzelne Projekte durch und organisieren unterschiedliche Weiterbildungen. Des weiteren sind sie dafür verantwortlich, daß Pflegeinterventionen dem aktuellen Stand der Forschung entsprechen.

Um wissenschaftliches Denken in die Praxis zu integrieren, benötigen die Pflegespezialisten vor allem die Unterstützung des Managements. Gemeinsam bilden sie die Leitung einer Abteilung.

Unsere Erfahrungen haben gezeigt, daß ein derartiger Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegenden eine Verbesserung für die Pflegepraxis bedeutet.

*E.W.J. Baten leitet als Divisionsmanager den Bereich für Innere Medizin und Dermatologie am Universitätsspital Utrecht*



*E.W.J. Baten*

# IN EIGENER SACHE

## DIE IDEE DER HOPF IST REALISIERT!

**Ein Forum der Pflegestudiengänge zu sein und diesen Ansatz mit Ihrer Unterstützung weiter zu entwickeln, ist die Zielsetzung, die wir an dieser Stelle in der ersten Ausgabe formuliert haben.**

Sich durch den Wust publizistischer Anforderungen zu arbeiten, macht um so mehr Spaß, als wir Ihnen im Ergebnis endlich die zweite Ausgabe präsentieren können. Details über die Schwierigkeit, neben dem Studieren noch eine Zeitschrift herauszugeben möchten wir Ihnen allerdings ersparen... Möglicherweise sind einige redaktionelle Hinkeligkeiten ja auch Ausdruck unserer Sozialisation als Pflegenden und können damit als Spiegel der Professionalisierungstendenzen der Disziplin selbst betrachtet werden...

Es gelang uns, mehr Kontaktstrukturen zu schaffen: Die HOPF ist endlich online (über: <http://www.uni-wh.de/>). Über unsere Emailadresse [Hochschulforum-Pflege@uni-wh.de](mailto:Hochschulforum-Pflege@uni-wh.de) sind wir kostengünstig erreichbar, alle im Impressum genannten Kontakte der Redaktion stehen zudem immer Montags zwischen 15.00 und 17.30 Uhr für Gespräche, Anregungen und

Kritik zur Verfügung (Telefon: 02302/ 669377).

Die halbjährliche Erscheinungsweise der HOPF bedingt gewisse Eingeständnisse an die Auswahl aktuellster Themen, weshalb in dieser Ausgabe beispielsweise weder über die -glänzend organisierte- 6.Studentische Fachtagung in Neubrandenburg, noch über die neuesten Entwicklungen der OSTIPUG berichtet werden konnte. Informationen zur OSTIPUG finden sich über die Bremer Postanschrift und auf den Internetseiten von Knut Happe (<http://www.muenster.de/~k.happe/OSTIPUG.htm>).

In dieser Ausgabe der HOPF sind diesmal keine Interviews veröffentlicht. Einige mag das wohl freuen, die anderen seien damit getröstet, daß wir schon für kommende Ausgaben seitenlang hochinteressante Transkriptionen in petto haben.

Das **DISKUSSIONSFORUM** bietet drei Beiträge zu den

Fragen berufspraktischer Perspektiven akademisierter Pflegenden:

Was tut sich am Arbeitsmarkt? Die ersten Absolventen sind auf freier Wildbahn.

Die Ludwigshafener haben das Umfeld zukünftiger Kollegen befragt.

Wie geht's weiter mit dem Aufbau der Studiengänge?

Die Osnabrücker präsentieren ihre Studiengänge dort, wo auch der Kontakt zu dem zukünftigen Arbeitgeber geknüpft werden kann.

Wie wird die Entwicklung in 10 Jahren retrospektiv zu betrachten sein?

Karin Wittneben verweist mit ihrer pflegeberufsgeschichtlichen Forschung auf Entwicklungswege der Pflege.

Im **KOMMENTAR** richtet Paolo Bavastro harsche Kritik auf das im Juni verabschiedete Transplantationsgesetz.

In der **WISSENSBÖRSE** sind diesmal, neben den Nachrichten und Kontakten, Beiträge über Kontexte, die weitab der Perspektive pflegerischer Alltagsrealität liegen zu lesen. Claudia Conrad von amnesty international beleuchtet die

Rollen Pflegenden bei Menschenrechtsverletzungen.

Und last but not least setzt sich Susanne Herzog in der **STERNSCHNUPPE** mit einem Bild der Pflege auseinander, das in jüngster Zeit an Popularität gewonnen zu haben scheint.

Zu den **PRAXISERFAHRUNGEN UND IHRE ÜBERPRÜFUNG DURCH FORSCHUNG** der Beitrag der EQS Hamburg.

Die **THEMENSERIE** zu erweiterten Pflegemethoden wird durch die Bremer Untersuchung fortgesetzt, die die Akzeptanz naturheilkundlicher Verfahren in der Pflege untersuchte.

In den **PROFILIEN** präsentiert sich diesmal U. Geißner durch einen Bericht über eine ereignisreiche Woche.

Wir wünschen Euch viel Spaß beim Lesen und freuen uns auf Anregungen und Beiträge zu dieser und den kommenden Ausgaben.

Für die Redaktion

Peter Tackenberg und Michael Schmittel

# WAS ERWARTET DIE ABSOLVENTINNEN PFLEGEWISSENSCHAFTLICHER STUDIENGÄNGE?

## DIE AKZEPTANZ DER NEUEN STUDIENGÄNGE IM GESUNDHEITSWESEN - METHODEN UND ERGEBNISSE EINER ARBEITSMARKTFORSCHUNG

S. Bembenneck, E. Berkemer, H. Brünz, M.-A. Klotz, K. Koch, P. Kuhleemann, W. Krieger,  
U. Melchinger, H. Schöber-Böer, M. Speyer

### 1. Bisherige Studien zum Arbeitsmarkt akademischer Fachkräfte in der Pflege:

Die Robert Bosch Stiftung legte 1992 eine Studie zur Zukunft der Pflegeberufe in Deutschland vor, nach der allein für den stationären Bedarf der Krankenpflege 4000 und, entsprechend der EG-Richtlinien für die Krankenpflegesschulen, 5500 akademisch ausgebildete Pflegekräfte aktuell erforderlich sind. Im westeuropäischen Vergleich dieser geschätzten Zahlen ergäbe eine Hochrechnung für die Bundesrepublik den Bedarf an ca. 60 000 akademisch qualifizierten Pflegepersonen.<sup>1</sup>

Eine Befragung von berufstätigen leitenden und lehrenden Pflegepersonen in Baden-Württemberg zur Beurteilung des Pflegestudiums an Hochschulen ergibt, daß sich drei Viertel für die Qualifizierung ihres Nachwuchses an Fachhochschulen aussprechen.<sup>2</sup> Die Frage nach den möglichen Arbeitsfeldern nach dem

Studium stellte sich eine Projektgruppe von Studierenden der Studiengänge Pflegeleitung/Pflegepädagogik an der Katholischen FHS in Mainz im Rahmen einer Erhebung zur Lebens- und Studiensituation an die PflegestudentInnen des dortigen Fachbereichs. Ein Großteil der Studierenden der Fachrichtung Pflegeleitung (30,8%) möchte im Krankenhaus, 15,4% im Altenheim und 15,4% in der „freien Wirtschaft“ tätig werden. 19,2% nannten „sonstige“ und ebenso viele hatten noch keine Vorstellungen von ihren zukünftigen Tätigkeitsfeldern. Niemand konnte sich vorstellen, im ambulanten Bereich zu arbeiten. Bei den Studierenden der Fachrichtung Pflegepädagogik wünschten sich 37,5% das Arbeitsfeld Krankenhauses, 12,5% Altenpflegesschulen, 15% Innerbetriebliche Fortbildung, 12,5% Fachweiterbildung, 15% hatten keine Vorstellung über ihre zukünftigen Tätigkeitsfelder und 7,5% nannten „sonstige“<sup>3</sup>. Kalamorz, I. und Lange, R.<sup>4</sup>

befragten 1992 Pflegepersonen in Krankenhäusern und Weiterbildungseinrichtungen in Bremen und Niedersachsen u.a. zu den Fragestellungen:

- 1) Wie hoch ist das Wissen über Pflegestudiengänge?
- 2) Wie ist die Einstellung zu Pflegestudiengängen?
- 3) Wie werden die beruflichen Perspektiven bewertet?

Die Ergebnisse zum Fragenkomplex 1) zeigen, daß nur ein geringer Teil der Befragten (8.8%) tatsächlich die damaligen zwei Standorte von Hochschulen mit Pflegestudiengängen kannte und dies möglicherweise von der unklaren Begriffsverwendung von "Hochschule" herrührte, den einige der traditionellen Weiterbildungsstätten seit langem führten. Somit muß der Informationsstand in der Praxis als nicht ausreichend beurteilt werden. Im Fragenkomplex 2) hielten fast alle Befragten akademische Studiengänge für erforderlich (0,57% nicht erforderlich);

93,41% nannten die Pflegepädagogik-, 65,9% Pflegemanagement-, 68,48% pflegewissenschaftliche Studiengänge erforderlich, wobei das letzte Ergebnis überrascht, da der Begriff Pflegewissenschaft im deutschsprachigen Raum erst faßbar gemacht werden mußte. Die insgesamt hohe Zustimmung führen die Autoren auf einen verbreiteten „Erlösungsmythos“ zurück und sie fordern eine kritische Auseinandersetzung über die zu erwartenden Auswirkungen von Pflegestudiengängen in der Öffentlichkeit. Für ca. 23% der Befragten stellen Pflegestudiengänge keine, für ca. 20% stellt das Pflegemanagementstudium, für über 45 % das Pflegepädagogikstudium und für ca. 35 % das Pflegewissenschaftsstudium eine Perspektive dar. **Insgesamt könnte die hohe Zustimmung für, und die positive Einstellung zu den Studiengängen eine hohe Akzeptanz der Absolventen solcher Studiengänge erwar-ten lassen.**

Es ist zusammenfassend festzustellen, daß einerseits in- zwischen über die beruflichen Erwartungen und Wünsche von Studierenden in den pflegewissenschaftlichen Studiengängen zwar erste Studien vorliegen, die es erlauben, sich ein grobes Bild von den subjektiven beruflichen Perspektiven dieser Studierenden zu machen, daß andererseits deren Akzeptanz in den gewünschten Arbeitsfeldern noch kaum überprüft worden ist. Dieser Mangel wiegt um so schwerer, als die Qualifikationsprofile pflegewissenschaftlich Ausgebildeter im Bewußtsein der Fachöffentlichkeit noch kaum als bekannt vorausgesetzt werden können. Ferner wurde die Frage, ob nicht auch in Arbeitsfeldern, die in den Aspirationen der Studierenden bisher noch keine Berücksichtigung gefunden haben, nicht möglicherweise weitere und vielleicht auch realistischere berufliche Perspektiven gefunden werden können. Diese Frage kann nicht an die Studierenden gestellt werden, als vielmehr an die Fachöffentlichkeit des Gesundheitswesens selbst.

Was die Akzeptanz der Studierenden in den von ihnen bevorzugten Arbeitsfeldern betrifft, so liegen erste Studien zwar bereits vor, allerdings bisher nur solche, die Gültigkeit lediglich auf regionaler/lokaler Ebene beanspruchen und infolge der sehr geringen Zahl der Befragten, der institutionspezifischen Bedingungen und des einseitigen Arbeitsfeldpro-

files der ausgewählten Einrichtungen kaum Rückschlüsse auf die allgemeine Akzeptanz pflegewissenschaftlicher Fachkräfte in der Praxis bzw. auf die tatsächlich erwarteten Qualifikationen dieser AbsolventInnen erlauben.<sup>5</sup> Die Bedeutung der unterschiedlichen Arbeitsfelder für die AbsolventInnen pflegewissenschaftlicher Studiengänge läßt sich aus diesen Studien nur bruchstückhaft rekonstruieren. Um die Zusammenhänge zwischen Arbeitsfeldstrukturen, Tätigkeitsbereichen und Kompetenzprofilen präziser zu erfassen und auf ihre Verallgemeinerbarkeit hin zu überprüfen, müssen diesbezügliche Aussagen einrichtungsspezifisch erfaßt und aufeinander bezogen werden. Hierbei sind die Qualifikationen der Personen, die bisher die in Frage kommenden Positionen innehaben, ebenso nachzuzufragen wie quantitative Voraus-

DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNGEN, GESUNDHEITSPOLITISCHE UMSTRUKTURIERUNGEN UND WACHSENDE FORDERUNGEN NACH MEHR LEISTUNGSTRANSPARENZ UND NACH EINER GANZHEITLICHEN PFLEGEPRAXIS ERFORDERN EINE HÖHERE PROFESSIONALITÄT DER PFLEGENDEN. UM DEN AUFGABEN, DIE SICH AUS DEM VERÄNDERTEN BEDARF AN QUALITÄT ERGEBEN, GERECHT ZU WERDEN, WERDEN DRINGEND AKADEMISCH AUSGEBILDETE PFLEGEPERSONEN FÜR FÜHRUNGS- UND LEHRAUFGABEN BENÖTIGT

setzungen der Einrichtungen, deren Bedarfslagen und innovativen Potentiale und die grundsätzliche Akzeptanz der neuen Studiengänge bei den Personalbeauftragten bzw. die bisherigen Erfahrungen mit akademischen Fachkräften in der Pflege und das Bewußtsein über die hierzulande bereits

etablierten einschlägigen Studiengänge.

## 2. Die Untersuchung der Forschungsgruppe "Pflegeforum"

An der Evangelischen Fachhochschule für Sozialwesen Ludwigshafen hat sich im Rahmen der Studiengänge des dortigen Fachbereichs Pflege (Pflegeleitung und Pflegepädagogik) eine Forschungsgruppe „Pflegeforum“ gebildet, die sich zum Ziele gesetzt hat, sich intensiv mit dem Thema „Akzeptanz pflegewissenschaftlicher Studiengänge in der Bundesrepublik Deutschland“ auseinanderzusetzen und eine empirische Erhebung mittels eines standardisierten Fragebogens bundesweit durchzuführen.

Die Hauptziele dieses Forschungsvorhabens sind:

- 1.) eine umfassende Einschätzung der Arbeitsmarkt-

- des Bedarfs an AbsolventInnen in den bisherigen Arbeitsfeldern der Pflege,

2.) eine Erfassung neuer künftiger Arbeitsbereiche der AbsolventInnen in den herkömmlichen Institutionen, in denen Pflege stattfindet, und in anderen Institutionen des Gesundheitswesens,

3.) eine Feststellung bestehender Erwartungen der Praxis an die AbsolventInnen und daraus ein Hinterfragen

- der in den Studiengängen vermittelten Qualifikationen,

- der curricularen Strukturen und Inhalte der Studiengänge,

4.) eine Anregung zur Auseinandersetzung mit pflegewissenschaftlichen Studiengängen

-in den herkömmlichen Einrichtungen der Pflege, -in potentiellen Einsatzfeldern in anderen Institutionen des Gesundheitswesens.

Befragt wurden folgende Zielgruppen:

Krankenhäuser, Altenpflegeheime, Kinder-/Kranken- und Altenpflegesschulen, sozialpflegerische Fachschulen, Einrichtungen der ambulanten Pflege, zentrale medi-

zinische Dienste, Gesundheitsämter, Gesundheitsministerien, Krankenkassen und Firmen mit Bezug zum Gesundheitswesen. Nach Feststellung der repräsentativen Populationsgrößen wurde die Stichprobe einerseits nach einem Quotenverfahren bestimmt, andererseits mit Rücksicht auf die

Beteiligung kleinerer Populationen gewichtet. Im Januar 1996 wurden insgesamt 5280 Fragebögen an ausgewählte Einrichtungen der genannten Typen verschickt. Nach einem Erinnerungsschreiben betrug der Rücklauf 797 auswertbare Fragebögen (16%).

In den Fragebögen wurden neben den Basisdaten zu Bundesländern, Größe der Einrichtungen und Trägern mit Hilfe offener und geschlossener Fragen Daten zu folgenden Bereichen erhoben: zu vorhandenen Kursangeboten, zum Angebot an Beratungsleistungen, zur Akzeptanz pflegewissenschaftlich Ausgebildeter, zu möglichen Arbeitsfeldern, zu einrichtungsspezifischen Anforderungen an die Qualifikation akademischer Fachkräfte, zur bisherigen Qualifikation der jetzigen Stelleninhaber, zur Beurteilung der Einstellchancen der StudienabsolventInnen, zu präferierten Abschlußqualifikationen, zu Aktualität und Bedenken hinsichtlich der Einstellung von AbsolventInnen, zum erwarteten Qualifikationsprofil, zu Besoldungsgruppen, zu vorhandenen Stellen und zu vorliegenden Erfahrungen mit StudentInnen und AbsolventInnen.

Die Finanzierung des Forschungsprojektes wurde durch die Eigenleistung der Gruppe, dem Forschungsetat der Hochschule, sowie durch einen

Zuschuß von der Arbeitsgemeinschaft kirchlicher Fachhochschulen in Süddeutschland gewährleistet. Ziel ist die Veröffentlichung der Forschungsinhalte und Ergebnisse voraussichtlich Ende des Jahres 1997. Diese Veröffentlichung wird dann auch über die Evangelische Fachhochschule für Sozialwesen in Ludwigshafen bezogen werden können.

**3. Erste Ergebnisse der schriftlichen Befragung**

Im folgenden soll eine Auswahl der wichtigsten Ergebnisse kurz skizziert werden. Ein zentraler Untersuchungsgegenstand war die Befragung zur allgemeinen Akzeptanz

(PflegedienstleiterInnen, ÄrztInnen, VerwaltungsleiterInnen etc.) in den betreffenden Berufsfeldern ist sicherlich in erheblichem Maße mitentscheidend für die Arbeitsmarktchancen der AbsolventInnen von Pflegestudiengängen.

Die Frage nach der Akzeptanz wurde bei der Befragung durch die Vorgabe eines bereits formulierten gesundheitspolitischen Statements erfaßt. Die Auswertung ergab folgendes Ergebnis: 29% der Befragten teilten die genannte Auffassung, daß dringend akademisch ausgebildete Pflegepersonen für Führungs- und Lehraufgaben benötigt würden „absolut“, 47% antworteten mit „eher ja“, 19% gaben „eher

positiven Akzeptanz ausgegangen werden kann, während nur rund ein Viertel der Befragten eine ablehnende Haltung signalisieren.

Ein weiterer wichtiger Fragenkomplex befaßte sich mit der Problematik des Marktbedarfs im Gesundheitswesen an künftigen AbsolventInnen pflegewissenschaftlicher Studiengänge. Hier wurden 15 mögliche Aufgabenbereiche benannt und darum gebeten, von diesen das nach eigenem Ermessen wichtigste Aufgabenfeld auszuwählen, in dem künftig AbsolventInnen pflegewissenschaftlicher Studiengänge beschäftigt werden sollten. Das Ergebnis verdeutlicht, daß nach Einschätzung der Befragten vielerorts die wichtigsten Aufgabenfelder im Bereich der Pflegeforschung, der Pflegeausbildung und der Qualitätssicherung liegen könnten.

Im weiteren wurde unter anderem nach der präferierten Abschlußqualifikation pflegewissenschaftlicher Fachkräfte gefragt. In der entsprechenden Frage wurden folgende Antwortmöglichkeiten zur Auswahl gestellt:

- Die Institutionen würden eher AbsolventInnen mit
- Fachhochschulabschluß (328 Nennungen)
- Universitätsabschluß (99 Nennungen) einstellen
- bzw. stehen dieser Alternative „absolut gleichgültig“ gegenüber (313 Nennungen).

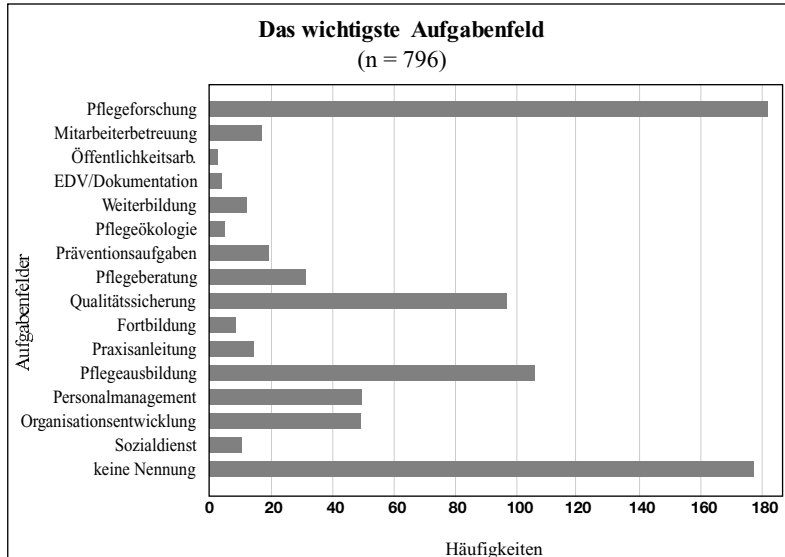


Abb. 1: Einschätzungen der Praxis zum wichtigsten Aufgabenfeld pflegewissenschaftlicher Fachkräfte

von pflegewissenschaftlichen Fachkräften in den verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens. Die grundsätzliche Akzeptanz bei den maßgeblichen Berufsgruppen

nein“ an und 3% teilten diese Auffassung überhaupt nicht. Damit kann festgestellt werden, daß in den meisten befragten Einrichtungen des Gesundheitswesens von einer

Möglicherweise steht hinter diesem, für die Fachhochschulausbildung positiven Ergebnis, die häufig vertretene Meinung, daß die Fachhochschulen eine stärker an der Praxis orientierte Qualifikation anbieten. Damit verbunden sind möglicherweise Vorbehalte gegenüber einer zu stark theorielastigen Ausbildung an den Universitäten. Daneben könnte auch ein finanzieller Aspekt ausschlaggebend sein; denn UniversitätsabsolventInnen werden von der Bezahlung her eventuell höher einzugruppiert sein.

Dies führt uns zu einer weiteren Frage: Von besonderem Interesse für die AbsolventInnen dürfte überhaupt die zu erwartende Bezahlung sein. Im Fragebogen wurde nach der voraussichtlichen Eingruppierung in die bisher tariflich gültigen Gehaltsstufen von 1995 gefragt. Dies sind die Kr-Gruppen und die dazu entsprechenden BAT-Stufen. Die Spannweite im ersten Tarif reichte von Kr 7 bis Kr 13 und dementsprechend beim BAT von 4b, 4a, 3, 2a, 1b, 1a bis 1. Hier soll beispielhaft auf die Kr-Stufen eingegangen werden, da Pfleger im Krankenhausbereich mit diesem Tarif am häufigsten konfrontiert werden.

Interessant wäre dennoch die nicht geringe Anzahl der Befragten, die nach BAT entlohnen würden. Möglicherweise

könnte sich hier eine Tendenz der Einrichtungen zum Angestellentarif abzeichnen. Die meisten entschieden sich hier für BAT 3, was in etwa Kr 9 entspricht.

Die Untersuchung geht noch einer Vielzahl weiterer Fragen zur Akzeptanz und zum Arbeitsmarkt akademischer Fachkräfte in der Pflege nach, die hier nicht weiter vorgestellt werden können. Die Auswertung des Datenmaterials ist

die Untersuchung der Robert-Bosch-Stiftung aufkommen ließ, können durch die Ergebnisse der hiesigen Untersuchungen relativiert und vor allem spezifiziert werden. In der endgültigen Auswertung der Befragung ist zu erwarten, daß die Akzeptanz pflegewissenschaftlicher Fachkräfte deutlicher nach den verschiedenen Arbeitsfeldern und den spezifischen Anforderungen der Praxis unterschieden werden kann. Von da aus können

Literatur über die Verfasser:

**EFH f. Sozialwesen  
Ludwigshafen  
Forschungsgruppe  
Pflegeforum  
Postfach 210628  
67006 Ludwigshafen**

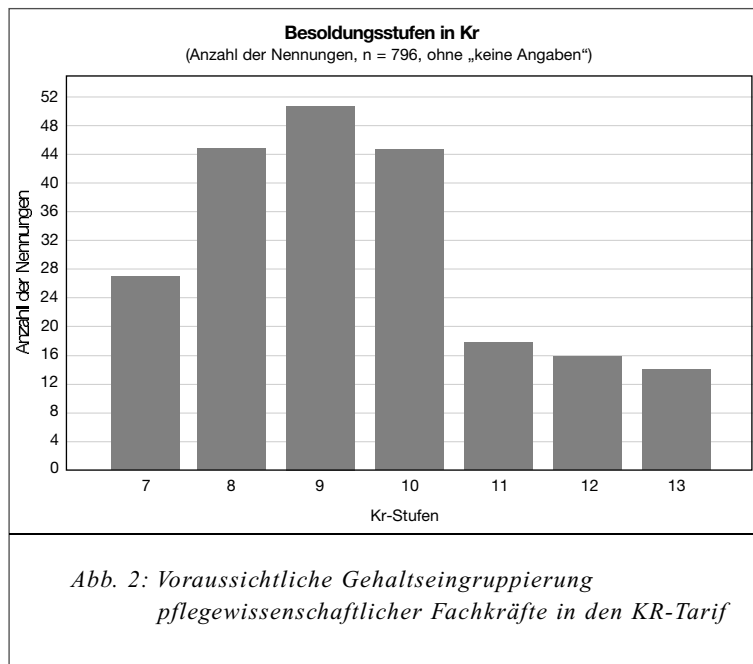
<sup>1</sup> Vgl. Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.): *Pflege braucht Eliten. Beiträge zur Gesundheitsökonomie*; Bd. 28, Gerlingen 1992.

<sup>2</sup> Vgl. Schmid-Richter, R. in: *Die Schwester/Der Pfleger*, 31/1992/10, S. 968-971.

<sup>3</sup> Vgl. Schmidt H.-U. u.a. in: *Die Schwester/Der Pfleger* 34/1995/3, S. 198-203.

<sup>4</sup> In: *Die Schwester/Der Pfleger* 32/1993/5, S. 383-388.

<sup>5</sup> *Eine Reihe von neuen Untersuchungen sind in bälde zu erwarten, da einige Hochschulen vor allem im Rahmen von Promotionsvorhaben und in studentischen Forschungsinitiativen gegenwärtig Fragen der Arbeitsmarktperspektive von akademischen Fachkräften in der Pflege nachgehen.*



zudem noch nicht vollständig abgeschlossen, so daß einige Ergebnisse zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht vorliegen.

Bilanzierend kann zum jetzigen Stand der Auswertung jedenfalls schon festgestellt werden:

Die wenig differenzierten optimistischen Erwartungen, die

sich für die in der Lehre zu vermittelnden Qualifikationen wichtige Anregungen ergeben und es bleibt zu hoffen, daß eine stärker an den Anforderungen der Praxis orientierte akademische Ausbildung den AbsolventInnen schließlich auch realistischere Chancen am Arbeitsmarkt sichert.



# SELBSTORGANISIERT LÄUFT WIE GESCHMIERT

## STUDENTISCHE INITIATIVE DER FACHHOCHSCHULE OSNABRÜCK AUF DER INTERHOSPITAL '97

Andreas Büscher

**Eine studentische Initiative der Fachhochschule Osnabrück aus den Studiengängen Krankenpflege und Krankenpflegemanagement präsentierte sich während der Krankenhausmesse Interhospital '97 vom 3.-6. Juni 1997 in Hannover. Dieser Artikel beschreibt die Idee und Entwicklung dieses Projektes. Jahrelang tönte die Forderung nach Hochschulstudiengängen für die Pflege durch die Länder. Inzwischen ist ein Zustand erreicht, in dem es in 35 Städten die Möglichkeit gibt, in verschiedenen Formen Pflege- oder Gesundheitswissenschaften zu studieren.**

Die Möglichkeit des Studiums ist die eine Seite, die Beendigung des Studiums und die damit verbundene Suche nach einem Arbeitsplatz ist eine andere. Da davon auszugehen ist, daß sich das deutsche Gesundheitswesen nicht gerade darum reißen wird, AbsolventInnen der Pflegestudiengänge einzustellen, sondern angesichts leerer Kassen erstmal sehr vorsichtig agieren wird, ist es notwendig, nicht nur im Rahmen von Haus- oder Diplomarbeiten darauf aufmerksam zu machen, daß durch die neuen Studiengänge ein Wissen entwickelt wird, daß die Herausforderungen des Gesundheitswesens nicht nur als solche benannt, sondern auch Antworten darauf zu geben weiß.

Die studentische Initiative Interhospital '97 ist vor dem

Hintergrund entstanden, daß Studierende selber aktiv werden und mit einer möglichst großen Anzahl verschiedener Personen des Gesundheitswesens in Kontakt treten wollten.

Bereits um die Jahreswende 1996/97 gab es aus den Reihen der Studierenden des Studiengangs Krankenpflegemanagement (KPM) an der FH Osnabrück die Idee, den Studiengang und die mit ihm verbundenen Anliegen und Chancen auf der Interhospital darzustellen. Nach einigen Vorgesprächen unter den Studierenden und mit der Hochschulleitung wurde an die Studierenden des Studiengangs Krankenpflege (K) die dringende Bitte herangetragen, sich doch auch an diesem Projekt zu beteiligen. Zu einem ersten gemeinsamen Treffen im März 1997 erschie-

nen dann ca. 40 StudentInnen, die sich aktiv an dem Projekt beteiligen wollten.

Es gab zwei Hauptanliegen des Projektes: Zum einen sollten potentielle Studierende für die Studiengänge interessiert werden und zum anderen ging es uns darum, mit Menschen, die in unterschiedlichen Positionen im Gesundheitswesen arbeiten, ins Gespräch zu kommen. Sehr deutlich wurde das Anliegen formuliert, auch und gerade Entscheidungsträger in Krankenhäusern, Kassen, Management und Politik zum Kontakt einzuladen.

Um diesen Anliegen gerecht zu werden, haben sich aus dem Kreis von 40 StudentInnen Arbeitsgruppen gebildet: Messestand, Catering, Werbung, Sponsoring, Multimedia, Broschüre, Poster und

Ausstellungsstücke sowie Dokumentation.

Für das gesamte Projekt gab es vier KoordinatorInnen (zwei aus jedem Studiengang), bei denen die Fäden der einzelnen Gruppen zusammenlaufen sollten. Alle TeilnehmerInnen haben sich zusätzlich ein- bis zweimal monatlich im Gesamtplenar getroffen. Dort wurden dann Korrekturen an den Arbeitsergebnissen der einzelnen Gruppen vorgenommen und das weitere Vorgehen geplant.

Die Ergebnisse der einzelnen Arbeitsgruppen sind zusammen betrachtet schon ziemlich beeindruckend. So wurden in nicht einmal zwei Monaten ein professionell aussehender Messestand mit aussagefähigen Postern, zwei Sonderdrucke und zwei Broschüren über die beiden Studiengänge sowie eine CD-ROM mit Bildern und Aussagen der am Projekt beteiligten Studierenden erstellt. Die Verpflegung am Messestand war lückenlos organisiert, über 600 Einladungen verschickt, Pressemitteilungen an knapp 50 Fachzeitschriften und Radiosender verschickt und 200 Poster kursierten in Osnabrück und an den anderen deutschen Hochschulen, an denen Pflege-

und Gesundheitswissenschaften studiert wird. Mitte Mai 1997 gab es dann zwei Tage intensivster Vorbereitung derjenigen ProjektgruppenteilnehmerInnen, die während der Interhospital auch in Hannover anwesend sein sollten. Zu dieser Vorbereitung wurden noch einmal die Arbeitsergebnisse reflektiert und die zwei Gruppen aus den jeweiligen Studiengängen beschäftigten sich mit der Ausarbeitung konkreter Gesprächsleitfäden. Angefangen vom äußeren Auftreten über die inhaltliche Relevanz von Pflegestudiengängen im Gesundheitswesen, bis hin zum Umgang mit möglichen Konfliktsituationen wurde während dieser zwei Tage fast alles diskutiert. Zumindest gab es nach diesen zwei Tagen keine wesentlichen offenen Fragen mehr.

Der Verlauf der Präsentation während der Interhospital vom 3.-6. Juni 1997 in Hannover hat dann selbst die kühnsten Erwartungen übertroffen. Das Interesse war riesengroß. Insgesamt gab es an den vier Tagen in Hannover 860 Gesprächskontakte von sehr unterschiedlicher Dauer und es wurden über 4000 Exemplare unterschiedlichen Informationsmaterials unter die Leute gebracht. Viele GesprächspartnerInnen haben ihr Interesse bekundet, weiterhin im Kontakt mit der Fachhochschule Osnabrück bleiben zu wollen. Auch wenn erst die nächsten Monate zeigen werden, was aus diesen Kontakten werden wird und inwieweit wirklich

Anbieter von Praxissemesterplätzen und Diplomarbeiten gefunden werden konnten, so war das Interesse daran doch überwältigend.

Interessant war vor allem die vielfach geäußerte Frage, ob das ganze Projekt wirklich ausschließlich studentisch organisiert wurde. Dieser Aspekt ist in vielerlei Hinsicht bemerkenswert. Zum einen ist die Ausstrahlung eines Messestandes eine andere, wenn Eigeninitiative und -verantwortung dahinterstehen und zum anderen hat eine studentische Präsentation umgeben von professionellen Organisationen und Unternehmen einen ganz besonderen Reiz.

Die Arbeit an diesem Projekt war und ist mit Ablauf der Interhospital noch nicht abgeschlossen. Manche Dinge haben damit erst richtig angefangen. So gilt es jetzt, mit der Fachhochschule Vereinbarungen über den Umgang mit den InteressentInnen zu finden und Gesprächsnotizen sorgfältig auszuwerten. Von seiten der Fachhochschule gab es ausschließlich positive Resonanz sowohl auf die Vorbereitung als auch ganz besonders die Durchführung des Projektes. Die ersten Reaktionen gingen sogar so weit, eine Messepräsentation zu einer regelmäßigen Einrichtung zu machen. Der Teil der studentischen Initiative an diesen Ideen wird sein, ihre Erfahrungen anderen zugänglich zu machen. Ein Schritt dazu ist die Erstellung einer Dokumentation, die auch außerhalb der

FH Osnabrück zu erwerben sein wird.

Die Beteiligten an der Initiative waren sich darüber einig, daß sich wirklich jede einzelne investierte Arbeitsstunde voll und ganz gelohnt hat, daß man aber ein solches Projekt während eines Studiums nur einmal durchführen kann (es besteht sonst die dringende Gefahr Aussagen wie: „Ich bin jetzt im 32. Semester und mache seit dem fünften Semester Messepräsentation“ zu begegnen).

Im Nachgang des Projektes kam es noch zu einem Radiointerview im NDR über Inhalte und Perspektiven von Pflegestudiengängen. Für die Beteiligten StudentInnen an dem Projekt war eine Erkenntnis sicherlich sehr wichtig: die gelungene Zusammenarbeit zwischen Pflegemanagement und Pflegewissenschaft. Es ist uns auch in vielen Gesprächen gelungen, den Zusammenhang und das doch jeweils eigenständige Profil der Studiengänge deutlich zu machen. Pflegewissenschaft braucht die Unterstützung durch Pflegemanagement zur Bereitstellung der notwendigen Ressourcen und Pflegemanagement braucht Pflegewissenschaft zur inhaltlichen Weiterentwicklung pflegerrelevanter Fragen innerhalb des Gesundheitswesens. Die Erfahrungen während des Projektes werden den TeilnehmerInnen sicherlich auch in Zukunft in Erinnerung bleiben.

Während des gesamten Projektes hat sich die studentische Initiative bemüht, die Rückendeckung durch die Fachhochschule zu erhalten. In vielen Gesprächen wurden dem Dekan des Fachbereichs Wirtschaft und den beiden Studiengangsbeauftragten der Stand der Projektvorbereitung mitgeteilt. Die Rückendeckung durch die Fachhochschule war für die Vorbereitung und Durchführung des Projektes sehr wesentlich. Das Projekt ist aber von Anfang an das geblieben, was es sein sollte: eine studentische Initiative, bei der von der Idee über die Vorbereitung bis zur Durchführung und Auswertung alles selbstorganisiert war.

*Andreas Büscher für die studentische Initiative Interhospital '97 der FH Osnabrück, Fachbereich Wirtschaft, Studiengänge Krankenpflege und Krankenpflege management*  
*Eine ausführliche Dokumentation des Projektes (ca. 8,- DM) ist ab November zu beziehen über:*  
**Studentische Initiative Interhospital '97**  
**C/o Andreas Büscher**  
**Kiwiwittstr aße 38a**  
**49080 Osnabrück**

# VON DER NARKOSEPFLEGERIN ZUR ANÄSTHESIESCHWESTER

## SPURENSUCHE ÜBER EINE DER BISHER UNBEKANNTEN WEGBEREITERINNEN: SOPHIE BLOHM

-Eine Pilotstudie-

Karin Wittneben

**Sophie Blohm hat im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert einen in der Krankenpflege bemerkenswerten und profilgebenden Berufsweg zurückgelegt, dessen bedeutende Spur heute allerdings noch weitgehend verschüttet ist.**

### Narkosepflegerinnen der ersten Stunde

Sophie Blohm wurde am 26. Januar 1852 als Tochter des Advokaten Carl Otto Blohm und seiner Ehefrau Cäcilie Amalie Wilhelmine, geb. von Sode, in Stade geboren. Anfang der achtziger Jahre ging sie als Erzieherin nach Indien. Am Hang des Himalaya las Sophie Blohm in einer Berliner Zeitung einen Bericht über den 1882 an die Chirurgische Universitätsklinik an der Ziegelstraße in Berlin berufenen Chirurgen Ernst von Bergmann (1836-1907) und seine Absichten, für seine Privatpatienten eine Privatklinik einzurichten. Klarsichtig erkannte Sophie Blohm in dieser Nachricht eine Lebensaufgabe. Sie kehrte nach Deutschland zurück, suchte entschlossen Ernst von Bergmann auf und unterbreitete ihm ihre Pläne zur Gründung einer Privatklinik. Es läßt sich denken, daß er von dem Vor-

haben der energischen Frau überrascht, aber auch beeindruckt war und sich, ohne lange zu zögern, auf ihren Unternehmungsgeist einließ. Wer die Lebens- und Berufsgeschichte von Bergmanns kennt, weiß, daß er als Chirurg in drei Kriegen selbst einen abenteuerlichen Weg zurückgelegt hatte.

Am 1. Oktober 1884 übernahm Sophie Blohm zusammen mit ihrer Schwester Auguste eine Privatklinik am Schiffbauerdamm 36 in Berlin. Diese Klinik war bis zur Berufung Ernst von Bergmanns von seinem Vorgänger Bernhard von Langenbeck (1810-1887) belegt und von Bertha von Hake betrieben worden. Sie hatte sechzehn Jahre die Langenbeckschen Privatpatienten gepflegt und war mit den Gewohnheiten ihres alten Chefs so verwachsen, daß sie sich auf einen

neuen nicht mehr einstellen mochte.

Aufschlußreich und hinterfragenswert ist, daß von Bergmann den Geschwistern Blohm aus Stade ausdrücklich untersagte, an einem Krankenpflegekursus teilzunehmen. Er selbst wurde ihr „Lehrmeister“ und vermittelte ihnen in der Praxis, mit den Instrumenten umzugehen, zu chloroformieren, Verbandsmaterial anzureichen sowie die Kranken zu

OFFENSICHTLICH GAB DER CHIRURG EINEM VERFAHREN DES MITMACHENS NACH HANDWERKLICHEM VORBILD DEN VORZUG VOR EINER SCHULISCHEN AUSBILDUNG.

warten und zu pflegen. So zog Ernst von Bergmann außerhalb formaler Ausbildungsstrukturen zwei chirurgische Krankenpflegerinnen heran, die zudem die Technik der Narkose beherrschten. Offensichtlich gab der Chirurg einem Verfahren des Mitmachens nach handwerklichem Vorbild den Vorzug vor einer schulischen Ausbildung.

Am 1. Oktober 1890 wurde die Privatklinik vom Schiffbauerdamm in die Schwartzkopffstraße 9c und sieben Jahre später von hier in die Johannisstraße 11 verlegt, wo sieb-

zehn Krankenzimmer zur Verfügung standen. Noch in der späten DDR befand sich auf dem Grundstück Johannisstraße 11 eine Poliklinik. Nach der „Wende“ wurde sie abgewickelt und im März 1992 geräumt (Schott 1997, S. 593). Die Geschwister Blohm haben die Privatklinik einundzwanzig Jahre betrieben. Erst am 1. Oktober 1905 gaben sie auf und setzten sich zur Ruhe. Sophie Blohm verstarb um 1910 in Berlin. Auguste Blohms

Sterbedatum liegt noch im dunkeln. Sie wurde am 6. April 1854 in Stade geboren. Der

Vater, Carl Otto Blohm, war inzwischen Obergerichtsanwalt geworden.

Ernst von Bergmann belegte neben der Blohmschen Klinik noch eine Privatklinik in der Kesselstraße 36, die bis 1899 von seinem chirurgischen Obergehilfen Georg Bade und dessen Frau Margarete, einer im Würzburger Julius-Spital ausgebildeten weltlichen Krankenpflegerin, betrieben worden war. In den letzten Jahren operierte Ernst von Bergmann in der an der Derfflingerstraße 11 gelegenen Privatklinik Dr. Ernst Unger.



Prof. Dr. Karin Wittneben

*Karin Wittneben versieht am Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik der Universität Hamburg, Sedanstraße 19, 20146 Hamburg, eine Professur für Erziehungswissenschaft unter besonderer Berücksichtigung der Berufspädagogik mit dem Schwerpunkt der Didaktik der Fachrichtungen Pflege und Gesundheit.*

*Die Pflegeberufsgeschichte, gerade auch in geschlechtsspezifischer Perspektive, ist einer ihrer Lehr- und Forschungsschwerpunkte.*

*Privat:  
Adolf-Ey-Straße 10 c,  
30519 Hannover,  
Tel.: 0511/ 830491,  
Fax: 0511/ 8441950*

Unger gehörte zum Kreis seiner früheren Schüler. Über die in dieser Klinik tätigen Pflegepersonen ist in der von Buchholtz (1911) vorgelegten Bergmann-Biographie, der der vorausgehende Bericht entnommen ist, nichts überliefert.

**Zum Anlernberuf der Narkosepflegerin**

Sophie und Auguste Blohm waren nicht die einzigen Pflegerinnen, die Ernst von Bergmann in die Technik der Narkose eingeführt hat. Schon im deutsch- französischen Krieg (1870- 1871) hatte er zwei Oberwärterinnen, Auguste von Seldeneck und Pauline von Porbeck, die in einem Mannheimer Lazarett in der Verwundetenpflege tätig waren, im Chloroformieren unterwiesen (von Bergmann 1914). Die Frage, ob die in der chirurgischen Pflege bewanderten Pflegekräfte Bertha von Hake, Margarete und Georg Bade ebenfalls Chloroformnarkosen verabreichen konnten, läßt sich zur Zeit noch nicht beantworten.

Das Beispiel Ernst von Bergmanns berechtigt trotzdem zu der Annahme, daß Chirurgen im 19. Jahrhundert an der Berufskonstruktion der Narkoseschwester (des Narkosepflegers) wesentlich beteiligt waren. Dieser Konstruktionsprozeß ist von der Pflegeberufsgeschichte bisher nicht systematisch aufgearbeitet worden. Offenbar hat die Kriegschirurgie die Ausbreitung des Anlernberufs der Narkoseschwester schubarartig befördert. So berichtet zum Beispiel die im Ersten Weltkrieg im Lazarettwesen eingesetzte Rotkreuzhelferin ohne Krankenpflegeexamen, Helene Augustin (verh. Mierisch), in ihrem Erinnerungsbuch (1934) nicht ohne Anflug von Stolz,

daß sie im Laufe der Kriegsjahre schließlich bis zur Narkoseschwester avancierte (Wittneben 1997a). Desgleichen teilt die ehemalige Rotkreuzhelferin Margarete von Stöger-Steiner (verh. von Rohrer), die im Ersten Weltkrieg im Operationsaal des k.u.k Garnisonspitals Nr.5 in Obrowitz/Mähren (heute Tschechien) als „Hilfsinstrumentarin“ eingesetzt war, noch aus späterer Rückschau (1943, S. 359ff.) sachkundig Erfahrungen aus der Verabreichung von Narkosen mit. Insgesamt muß dieses Buch allerdings mit großer Distanz gelesen werden, da es an mehreren Stellen eindeutige Bekenntnisse zum Nationalsozialismus enthält. Der im 19. Jahrhundert entstandene Anlernberuf der Narkosepflegerin, wie von Sophie Blohm mitbegründet und dann von Rotkreuz-

gehören längst der Vergangenheit an. Eine Untersuchung der Auflösung des Narkose-schwestern- Anlernberufs bzw. seiner Ablösung durch die moderne Anästhesieschwester steht ebenfalls noch aus.

**Zur Tätigkeit der Narkoseschwester in älteren Krankenpflegelehrbüchern**

In dem von der Rotkreuz-Oberschwester Meta Mettegang zusammengefaßten „Wegweiser in der Krankenpflege und Ratgeber in der Familie“, der in den zwanziger Jahren in der dritten Auflage Zum Unterricht der bayerischen Schwestern vom Roten Kreuz in Fragen und Antworten" erschien, werden die Chloroform- und die Äthertropfnarkose wie selbstverständlich als pflegerische Tätigkeiten kenntnisreich

behandelt und die Handhabung des Roth-Dräger-schen Sauerstoffapparates dargestellt

(S. 181 ff.). Meta Mettegang war eine Schülerin Clementine von Wallmenichs. An der Münchener Rotkreuz-Schwesternschule unterrichtete sie vor allem die Fächer Pflege-technik und Ernährungslehre (Schmidt- Meinecke 1981, S. 29). Das 1881 von dem Chirurgen Theodor Billroth begründete Lehrbuch „Die Krankenpflege im Hause und im Hospitale“, das 1919 in der neunten Auflage inzwischen von dem Chirurgen Gersuny herausgegeben wurde, konze-

DIESER KONSTRUKTIONSPROZEß IST VON DER PFLEGEBERUFGESCHICHTE BISHER NICHT SYSTEMATISCH AUFGEARBEITET WORDEN

schwwestern, Diakonissen, Ordensfrauen, freien Schwestern etc. über Jahrzehnte ausgeübt, ist inzwischen schon wieder ein historischer, nahezu vergessener. In dem 1963 von der Oberinnen-Vereinigung im Deutschen Roten Kreuz herausgegebenen Buch mit dem etwas pathetischen Titel „Der Ruf der Stunde“ befindet sich ein eindrucksvolles Bild, das noch eine Rotkreuzschwester in Aktion bei der Verabreichung einer Narkose zeigt (S.160 ff.). Solche Bilder

diert den Schwestern ebenfalls eine Bewährung in der Verabreichung von Narkosen (S.119). Auch Janssen (1916) erwähnt im „Lehrbuch der Chirurgischen Krankenpflege für Pflegerinnen und Operationsschwestern“ ganz selbstverständlich die „narkotisierende Schwester“ (S. 171). Desgleichen wird in der im Auftrag der Großherzogin Luise, der Protektorin des Badischen Frauenvereins, entstandenen „Anleitung zur Pflege Kranker und Gesunder“, die 1909 in fünfter Auflage erschien, der Pflegerin neben dem Arzt die Ausführung der Narkose zugestanden (S. 111). Rupprecht (1905) betont, daß nur ganz besonders erprobten Schwestern das Chloroformieren anvertraut werden dürfe und auch dann nur im Beisein eines Arztes (S. 261). Salzwedel (1904) gesteht „dem Pfleger“ (S. 348) bei einem Mangel an Ärzten die Hilfeleistung bei der Betäubung zu. Das von ihm verfaßte „Handbuch der Krankenpflege“ war zum Gebrauch an der Krankenwatschule des Königlichen Charité'- Krankenhauses und zum Selbstunterricht vorgesehen. In dem 1896 von Salzwedel vorgelegten „Leitfaden der Krankenwatschule“ wurde fast gleichlautend „dem Wärter“ (S. 226) eine Hilfeleistung bei der Betäubung zugestanden. Nach dem preußischen „Krankenpflegelehrbuch“, hervorgegangen aus dem „Leitfaden“ und dem „Handbuch“ und nunmehr von der Medizinalabteilung des Königlich-Preußischen Ministeriums

der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten herausgegeben, dürfen jetzt immerhin dem gesamten „Pflegerpersonal“ (1910, S. 184), also auch Pflegerinnen bzw. Schwestern, einzelne Hilfeleistungen bei der Betäubung übertragen werden. Diese Formulierung behält das preußische Krankenpflegelehrbuch bis zur neunten Auflage (1920) bei. In der zehnten Auflage (1928) wird vom

BEI EINER AMTLICH SO AUSDRÜCKLICH BEKUNDETEN  
 AMBIGUITÄT VERWUNDERT ES NICHT, DAß DER  
 ANLERNBERUF DER NARKOSESCHWESTER TROTZ  
 EINES ANGESAMMELTEN IMMENSEN  
 EXPERTENWISSENS LETZTLICH DOCH ZERSETZT WER-  
 DEN KONNTE.

„Narkotiseur“ (S.305) gesprochen, ohne zu verdeutlichen, ob es sich dabei um einen Krankenpfleger (eine Krankenpflegerin) handeln kann oder um einen Arzt handeln muß. Eindeutig bezieht das 1908 von Pfeiffer begründete und später von Eberle herausgegebene „Taschenbuch der Krankenpflege für Krankenpflegeschulen, für Ärzte und für die Familie“ Stellung. In der zwölften Auflage (1929) lesen wir: „Es ist für die Pflegerin sehr wichtig, daß sie lernt, mit der Maske zu narkotisieren, da komplizierte Narkoseapparate nur in Krankenhäusern verwandt werden, ...“ (S. 150). Ein Nichtmediziner und Nichtkrankenpfleger, der Ordensgeistliche Ehl (1922), ermahnt dagegen in einem Unterrichtsbuch für „Die Ordensschwester im

Krankendienst“, das er selbst als „Werkchen“ bezeichnet, die pflegenden Ordensschwestern: „Chloroform und Äther, um damit zu narkotisieren, dürfen Sie nur gebrauchen, wenn der Arzt dabei ist, sonst nicht“ (S.64). In einer anonym verfaßten „Anleitung zur praktischen Ausübung der Krankenpflege und Desinfektion“ (1925) wird in 37 Fragen und Antworten Schritt für Schritt in die Durchführung, Überwa-

chung und Nachbetreuung der Narkose eingeführt (S.79 ff.) Das amtliche preußische Krankenpflegelehrbuch setzten die Nationalsozialisten mit der 11. Auflage (1937) bis zur 15. Auflage (1943) fort. In den Auflagen wird zwar eine klare Aussage vermieden, aber dem Pflegerpersonal die Verabreichung einer Narkose nicht ausdrücklich untersagt. Das Narkotisieren sei eine Kunst, heißt es, die niemals nach einer gedruckten Vorlage zu lernen ist, sondern die nur unter sachkundiger Anleitung bei angespanntester Aufmerksamkeit in immer wiederholter Übung allmählich erlernt werden kann (1937, S. 226/ 1938, S. 303/ 1939, S.303/ 1942, S.274/ 1943, S 299 f.) Die sechzehnte, von Adolf Heinrich durchgesehene und 1946 bei Thieme in Wiesbaden

erschienene Auflage behält die Formulierung vom Narkotisieren als einer Kunst bei (S. 274). Die siebzehnte Auflage erscheint sowohl 1947 bei Springer in Berlin und Göttingen als auch 1950 bei Thieme in Leipzig. Beide Auflagen folgen der seit der 11. Auflage (1937) üblichen Formulierung. Eine achtzehnte Auflage erfolgt 1951 bei Springer in Berlin sowie 1953 bei Thieme in Leipzig. Die Verfasser der Springer- Auflage ziehen sich auf die schon in der 10. Auflage (1928) verwendete Bezeichnung „Narkotiseur“ (S. 245) zurück. Die für die sowjetisch besetzte Zone (SBZ) bestimmte Thieme-Auflage lehnt sich mit der Bezeichnung „Narkotiseur“ (S. 301) an den Springer-Text an, behält aber die Auffassung vom Narkotisieren als einer Kunst bei, die bei entsprechender Übung wohl auch weiterhin vom Pflegerpersonal ausgeübt werden darf (ebd.).

Nach dieser ersten, noch weiterzuführenden Prüfung von Krankenpflegelehrbüchern kann vorläufig festgehalten werden, daß die von privater Seite verfaßten Lehrbücher zur Funktion der Narkoseschwester/des Narkosepflegers eindeutiger Aussagen machten als das amtliche Krankenpflegelehrbuch. Dieses fixierte die narkotisierenden Pflegerinnen und Pfleger jahrzehntelang in einer Berufsfalle. Bei Ärztemangel mußten sie narkotisieren können, sonst aber von dieser erfahrungsgestützten Tätigkeit zurückstehen. Bei einer amtlich so ausdrücklich

bekundeten Ambiguität verwundert es nicht, daß der Anlernberuf der Narkoseschwester trotz eines angesammelten immensen Expertenwissens letztlich doch zersetzt werden konnte. In der Bundesrepublik Deutschland wurden in den fünfziger Jahren Entscheidungen getroffen, die zu einer Abschaffung der Narkoseschwester- Eigenständigkeit führten.

#### Zum Fortbildungsberuf der Anästhesieschwester

Mit der Ausbreitung des 1953 geschaffenen Facharztes für Anästhesiologie ging die Spezialisierung als Narkoseschwester/Narkosepfleger in den sechziger bis siebziger Jahren allmählich unter (Hesse/Sauerwein 1967). Anstelle des Anlernberufs entstand nun im Rahmen der sich entwickelnden Anästhesiologie der Fortbildungsberuf der Anästhesieschwester/des Anästhesiepflegers, an dessen Konstruktion abermals Ärzte, die inzwischen spezialisierten Anästhesisten, vertreten durch die 1953 gegründete Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung (DGAW), beteiligt waren (Ahnefeld u.a. 1975). An der Universitätsklinik Mainz wurde 1964 unter Beteiligung einer leitenden Anästhesieschwester, die schon nicht mehr eigenständige Narkoseschwester gewesen war, der erste systematische Weiterbildungsunterricht für Anästhesieschwester und -pfleger angeboten. 1974 wurde die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege (DGF)

gegründet und eine Weiterbildungs- und Prüfungsordnung als Grundlage für die Anerkennung der Weiterbildungsstätten auf Länderebene erstellt (Valerius 1993, S. 89 ff.). Bereits am 25. Mai 1971 hatte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) eine Empfehlung über die Weiterbildung zur Fachkrankenschwester/zum Fachkrankenpfleger/Fachkinderkrankenschwester für den Anästhesiedienst und die Intensivpflege vorgelegt. Die am 1. Mai 1972 an den Universitätskliniken Mainz eingeführten Weiterbildungsregelungen entsprachen den Empfehlungen der

lernten Sophie Blohm und von anderen Frauen schon im 19. Jahrhundert praktiziert (Wittneben 1997b), war aus dem Tätigkeitskatalog der systematisch weitergebildeten Fachschwester für Anästhesie verschwunden, sogar die pflegerischen Maßnahmen wurden dem ärztlichen Zugriff unterworfen. Einer der führenden US-amerikanischen Anästhesisten, Noel A. Gillespie (1904-1955) aus dem Allgemeinen Krankenhaus Madison in Wisconsin, hatte schon 1945 angekündigt, daß die vom Hilfspersonal verabreichte Narkose ein Bild sein wird, das in Zukunft langsam aber

ster mit einem großen Verlust an narkosepflegerischer Eigenständigkeit auf seiten der Narkoseschwester eingeführt. Wir treffen hier auf das pflegeberufsgeschichtlich bemerkenswerte Paradoxon, daß der untergegangene unsystematische Anlernberuf der Narkoseschwester in einem weit aus höheren Maße von Eigenständigkeit, Eigenhändigkeit und Verantwortung gekennzeichnet war, als es der systematisierte Fortbildungsberuf der modernen Anästhesieschwester heute ist. Diese Vorgänge in jeder Entwicklungsphase Schritt für Schritt zu durchleuchten, stellt sich der Pflegeberufsgeschichte als eine wichtige Forschungsaufgabe, zumal in der Geschichte der chirurgischen Anästhesie (Keys 1945, deutsch 1968) jene Frauen (und Männer), die als Angelernte immerhin etwa ein Jahrhundert Narkosen eigenhändig verabreicht haben, namen- und verdienstlose Nobodies sind. Das ist angesichts der Tatsache, daß sie die moderne Chirurgie mit auf den Weg gebracht haben, eine so große Forschungslücke, daß sie dringend der Bearbeitung bedarf. Die Verdienste der Narkosepflegerinnen und -pfleger wird die Anästhesiologie wohl auch in Zukunft nicht aufspüren. Für die Erfassung von Verdiensten, aber auch von Versäumnissen der ehemaligen Narkoseschwester muß deshalb eine noch auszubauende Pflegeberufsgeschichtsforschung entstehen. Die Berufswege der Sophie Blohm und ihrer Schwester Auguste bieten sich

...WIR TREFFEN HIER AUF DAS PFLEGEBERUFSGESCHICHTLICH BEMERKENSWERTE PARADOXON, DAß DER UNTERGEGANGENE UNSYSTEMATISCHE ANLERNBERUF DER NARKOSESCHWESTER IN EINEM WEITAUS HÖHEREN MAßE VON EIGENSTÄNDIGKEIT, EIGENHÄNDIGKEIT UND VERANTWORTUNG GEKENNZEICHNET WAR, ALS ES DER SYSTEMATISIERTE FORTBILDUNGSBERUF DER MODERNEN ANÄSTHESIESCHWESTER HEUTE IST.

Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung (Valerius 1972). In den Richtlinien der DGAW (1974) wird Klartext gesprochen: „Zur eindeutigen Abgrenzung wird festgestellt, daß die Aufgabe der Fachschwester/des Fachpflegers darin besteht, die im einzelnen Fall ärztlich festgelegten therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen durchzuführen“ (S.125). Nicht nur die eigenständige Verabreichung einer Narkose, wie von der couragierten, ange-

sicher aus dem Operationssaal verschwindet (S. 210).

#### Fragestellung en der Pflegeberufsgeschichtsforschung

Waren Frauen wie Sophie und Auguste Blohm noch echte Wegbereiterinnen der späteren Narkoseschwester in einer von Frauen dicht besetzten Pflegedomäne gewesen, so wurde die von Anästhesisten dominierte Systematisierung der Weiterbildung zur Anästhesieschwester

für die historische Untersuchungseinheit der Narkoseschwesterperiode als individuelle, weiterführende Angelpunkte an, die zusammen mit anderen Befunden ein Gesamtbild der verflochtenen Ereignisse hervorbringen können. So kann der Pflegeberuf sich durch Wissenschaft seiner tief- und weitreichenden Quellen vergewissern. Den Narkoseschwestern und -pflegern ist die von ihnen über etwa ein Jahrhundert ausgeübte berufliche Narkoseeigenhändigkeit innerhalb eines Jahrzehnts abhanden gekommen. Das in einem Jahrhundert angesammelte, wertvolle implizite bzw. stillschweigende (engl. tacit) narkosepflegerische Expertenwissen ist der Pflege für immer verlorengegangen (hierzu Kliemt 1992, S. 97 ff.). Das ist eine bisher nicht erkannte pflegeberufliche Katastrophe unbekanntem Ausmaßes. Wie und warum konnte das geschehen? Wie ist diese Wegnahme bzw. dieses Untergraben von narkosepflegerischer Kompetenz individuell und von der Berufsgruppe erlebt und verarbeitet worden? Und wie war der Anlernberuf der Narkoseschwester überhaupt entstanden? Eine historisch-hermeneutische Auslegung von alten, zeitnahen Texten, das Verfahren der oral history, eine Dokumentenanalyse von Archivalien sowie eine Inhaltsanalyse von Krankenpflegelehrbüchern können als sich ergänzende Untersuchungsmethoden zur Beantwortung der aufgeworfenen

Fragen herangezogen werden (hierzu Seiffert 1991; demnächst Kruse 1998 sowie Bischoff-Wanner 1998). Für eine Befragung von ehemaligen Narkoseschwestern ist sogar eine gewisse Eile geboten, weil viele der noch überlebenden inzwischen ein recht hohes Lebensalter erreicht haben. Werden diese Befragungen beizeiten versäumt,

**DAS IN EINEM JAHRHUNDERT ANGESAMMELTE, WERTVOLLE IMPLIZITE BZW. STILLSCHWIEGENDE (ENGL. TACIT) NARKOSEPFLEGERISCHE EXPERTENWISSEN IST DER PFLEGE FÜR IMMER VERLORENGEGANGEN.**

bleibt die Pflegeberufsgeschichtsforschung lediglich auf die Analyse von Texten und Dokumenten verwiesen. Soweit auffindbar, können autobiographische Texte ehemaliger Narkosepflegerinnen zur Analyse und Interpretation herangezogen werden.

In der pflegerischen Fachpresse kamen seit den fünfziger Jahren bis etwa 1970 überwiegend Stimmen zu Wort, die einer Abschaffung der Schwesternarkosetätigkeit nicht ablehnend gegenüberstanden (Schleiermacher 1970). Wie es scheint, stützten sich diese Stimmen jedoch nicht auf die erworbene Narkosekompetenz, sondern entsprangen, wie so oft in der Pflege, eher einer gewissen Scheu vor der Übernahme von Verantwortung auch bei Narkosezwischenfällen. Eine sachgerechte Diskussion um die Vermeidung von Narkose-

zwischenfällen wurde offenbar gar nicht erst geführt.

### **Eine wichtige Gegenwartsfrage im Berufsfeld Pflege und seiner Wissenschaft**

Eine nachträgliche gründliche pflegeberufsgeschichtliche Selbstvergewisserung wird die Berufsgruppe der Pflege vor

berufsfremden Vereinnahmungen wahrscheinlich besser stabilisieren als jene in der Vergangenheit und bis heute häufig gezeigte ahistorische Unbefangenheit und den Frauen ins Gedächtnis rufen, daß ihrer Geschlechtsgruppe die Narkosekompetenz ohne ein Nachdenken über Möglichkeiten der Partizipation von Männern weggenommen wurde.

Die vorausgehenden Beobachtungen legen eine wachsame Bearbeitung auch der Frage nahe, was für eine Berufskonstruktion der Pflege und ihrer Wissenschaft von jenen Männern und nunmehr auch Frauen aufgesetzt wird, die aus der Jurisprudenz und Wirtschaftspädagogik, der Soziologie, Psychologie und Pädagogik, der Sozialpädagogik und Hauswirtschaftslehre kommen und in das Berufsfeld Pflege einströmen, hier aber weder über ein explizites noch

ein für das Pflegehandeln beinahe wertvolleres implizites (tacit) pflegerisches Expertenwissen (Benner 1984) verfügen. Das ist eine im Berufsfeld Pflege aktuell und nicht erst historisch zu bearbeitende wichtige Fragestellung. Die nahezu unbemerkte pflegeberufliche Enteignung der Narkoseschwestern und -pfleger, und nicht nur diese, wie außerdem das Beispiel der Berufsgeschichte der Hebammen lehrt (Scherzer 1988), darf in ihrer Signalwirkung für die Pflege in einer Zeit des radikalen Umbruchs nicht unterschätzt werden.

### **Die ausführliche Literaturliste ist bei der Redaktion erhältlich**

# ZUR VERABSCHIEDUNG DES TRANSPLANTATIONSGESETZES

Dott. Paolo Bavastr o

Am 25. Juni 1997

ist im Deutschen Bundestag das Transplantationsgesetz verabschiedet worden. Dem Gesetz muß noch der Bundesrat zustimmen - wesentliche Änderungen sind jedoch nicht zu erwarten.

Die Diskussion in den letzten Jahren ist zum Teil sehr heftig und unfair geführt worden: Es gab Einschüchterungen, Erpressungen, unredliche Argumentationen, Zensuren und vieles mehr. Beispiele hierzu gäbe es genug zu berichten.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung beispielsweise (eine Bundesbehörde die aus Steuergeldern finanziert wird), hat eine Hochglanzbroschüre herausgegeben, um die Bevölkerung zu „informieren“. Die wichtigsten ethischen Probleme werden nicht erwähnt; die Frage beispielsweise, ob der sog. „Hirntod“ tatsächlich der Tod des Menschen ist, wird gar nicht gestellt. Es ist leider keine Informations-, sondern ein einseitiges Reklameheft.

Das (noch nicht rechtskräftige) Gesetz sieht nun folgendes vor:

A) Organe dürfen nur entnommen werden, wenn der „Tod des Organspenders nach den Regeln die dem Stand der Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist“ (Artikel 3). Dieser 2. Abschnitt des Gesetzes trägt den Titel: „Organentnahme bei toten Organspendern“.

B) Paragraph 15: „Die Bundesärztekammer stellt den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien fest, für 1. die Regeln zur Feststellung des Todes...“.

C) Die sog. Chefarztverpflichtung (jedes Krankenhaus muß potentielle Explantationskandidaten beim nächsten Transplantationszentrum melden) ist verabschiedet worden.

D) Paragraph 4: „Liegt dem Arzt, der die Organentnahme vornehmen soll, weder eine schriftliche Einwilligung, noch ein schriftlicher Widerspruch des möglichen Organspenders vor, ist dessen nächster Angehöriger zu befragen, ob ihm von diesem eine Erklärung zur Organspende bekannt ist. Ist auch dem Angehörigen eine solche Erklärung nicht bekannt, so ist die Entnahme unter den Voraussetzungen des §3... nur zulässig, wenn ein Arzt den Angehörigen über eine in Frage kommende Organent-

nahme unterrichtet und dieser ihr zugestimmt hat. Der Angehörige hat bei seiner Entscheidung einen mutmaßlichen Willen des möglichen Organspenders zu beachten. Der Arzt hat den Angehörigen hierauf hinzuweisen. Will der Angehörige sich eine Bedenkzeit für seine endgültige Zustimmung vorbehalten, kann er mit dem Arzt vereinbaren, daß die Zustimmung erteilt ist, wenn er innerhalb einer bestimmten, vereinbarten Frist sich nicht erneut erklärt hat“.

Also: Es gelten in der Reihenfolge zunächst die sog. enge Zustimmung (der geäußerte Wille des Spenders), falls kein geäußertes Wille vorliegt, gilt die erweiterte Zustimmung (die Angehörigen werden gefragt) - sogar die Informationslösung ist geblieben.

Bis auf wenige Ausnahmen war die Diskussion im Bundestag allein von utilitaristi-

schen Gedanken geprägt. Der Hirntod müsse der Tod des Menschen sein, denn von einem Sterbenden könne man keine Organe entnehmen: Es wäre eine Tötung. Man könne von jungen Leuten nicht erwarten, daß sie Verfügungen über den Tod hinaus treffen, daher müsse man auch ohne deren Einwilligung Organe entnehmen dürfen, da der Bedarf so groß sei.

Die moralischen politischen Grundfragen wurden gar nicht ausreichend diskutiert:

A) Müssen wir soviel transplantieren wie irgend möglich, oder können wir viel mehr nur soviel transplantieren wie freiwillig gespendet wird?

B) Gibt es ein Recht auf Organe?

C) Gibt es eine Pflicht, Organe zu spenden?

Alle christlichen Kirchen haben in dieser Diskussion in ihrer Rolle als moralische Instanz leider versagt!

Wo sind die bedenklichsten Punkte im Gesetz?

1. Daß der „Hirntote“ (besser: der Mensch im irreversiblen nekrotisierenden Hirnversagen) ein schwerstkranker Sterbender ist, ist menschenkundlich evident.



**Die Behauptung, der Hirntod sei der Tod des Menschen, entbehrt jeder phänomenologischen Grundlage, ist biologisch ein Unsinn, ist verfassungsrechtlich nicht haltbar. Sie ist lediglich eine utilitaristische Setzung (so historisch nachzuweisen und so auch von vielen Befürwortern zugegeben).**

Der Hirntod sei, naturwissenschaftlich erwiesen, der Tod des Menschen - andere Sichtweisen seien metaphysischer Art und daher nicht akzeptabel. H. Seehofer: „Kein Leben darf zugunsten eines Organempfängers vorzeitig für tot erklärt werden“, aber genau das ist gemacht worden: Der Sterbende wird für tot erklärt - damit ist der Sterbeprozess per Gesetz bei diesen Kranken eliminiert.

2. Die Bundesärztekammer als Interessenvertretung wird per Gesetz befähigt festzulegen, was der Erkenntnisstand der Wissenschaft ist: Dieser gesamte Themenbereich ist aus methodologischer Sicht zu hinterfragen, darüber muß eine vertiefende Diskussion noch geführt werden! Diese Monopolstellung der Bundesärztekammer ist in dieser Form nicht akzeptabel! Die Vergangenheit drängt traurige Assoziationen auf -

aktives Handeln ist dringend geboten!

3. Wollen wir die politischen Schlagworte „Selbstbestimmung und mündiger Bürger“ ernst nehmen, so kann es keine andere Lösung geben, als die enge Zustimmung. Nur diese überläßt dem Einzelnen die Entscheidung, die er aufgrund seines Weltbildes treffen kann; jede andere Lösung entmündigt. Man muß verlangen, daß der Spender die gleichen Rechte bekommt wie der Empfänger: Er muß selber entscheiden!

4. Schließlich muß die Verfassungskonformität dieses Gesetzes gründlich überprüft werden.

Durch die Diskussionen der letzten Jahre ist nur erreicht worden, daß die Widerspruchslösung gefallen ist. Interessenverbände, Krankenkassen und die Bundesregierung wollen eine breite Informationskampagne in Kürze starten: Aufgrund der bisherigen Erfahrungen ist über die Ausgeglichenheit dieser Aktivitäten Skepsis angebracht.

**Mit diesem Gesetz wird kein Vertrauen in die Transplantationsmedizin auf Dauer erzeugt: Lügen haben kurze**

**Beine! Die Diskussion, inhaltlich und methodisch, muß weitergehen!**

In diesem Sinne ist es notwendig, möglichst viele Briefe nach Bonn zu schreiben: An den Bundespräsidenten, an den Petitionsausschuß, an Gesundheitsminister Seehofer, an die Fraktionsvorsitzenden, an den Bundesrat, an die Medien.

am 7.7. 1997

Nachtrag vom 11.12.1997:  
Das Gesetz ist zwischenzeitlich vom Bundespräsidenten unterzeichnet und im Gesetzblatt veröffentlicht worden.

Hier einige Adressen:

- Bundeshaus, 53113 Bonn
- Gesundheitsministerium, Am Probsthof 78 A, 53121 Bonn
- Bundespräsident, Kaiser Friedrich Str. 16, 53113 Bonn
- Bundesrat, 53106 Bonn

*Dott. Paolo Bavastro  
Internist-Kardiologie-  
Betriebsmedizin  
Leitender Arzt der Inneren  
Abteilung  
FILDERKLINIK*

70794 Filderstadt-Bonlanden  
Telefon 0711/7703-3673  
Telefax 0711/7703-3679

# EIN WEITES FELD: PFLEGE UND MENSCHENRECHTE

## DIE ARBEIT VON AMNESTY INTERNATIONAL IM BEREICH PFLEGE

**Claudia Conrad ist Sprecherin der Pflegenden Berufe in der Sektionskoordinationsgruppe „Medizin/ Psychologie/ Pflege“ und hauptberuflich Fachschwester für Nephrologie .**

Pflegende sind stärker in Menschenrechtsverletzungen verwickelt als angenommen! Dies ist die Erkenntnis aus dem jüngsten Bericht „Nurses and Human Rights“ von amnesty international. Auf 21 Seiten wird detailliert beschrieben, wie Pflegende weltweit Opfer von Mißhandlungen, extralegalen Hinrichtungen und politischen Repressalien werden. Doch stehen unsere Berufskollegen auch nur allzu häufig auf der Täterseite. Sie sind beteiligt an der Durchführung von Todesstrafe, Folterungen und Straßamputationen.

Pflegende arbeiten aber auch aktiv für die Menschenrechte und gegen deren Verletzungen. Sie haben sich in der Koordinierungsgruppe „Medizin/ Psychologie/ Pflege“ von amnesty international organisiert und verfolgen von dort aus verschiedene Projekte. Einsatz für von Menschenrechtsverletzungen bedrohte KollegInnen, Menschenrechts-

erziehung in der Pflege, Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Berufsorganisationen. Über 50 Aktive, Interessenten und Förderer aus dem großen Bereich der Pflege haben sich in den letzten zwei Jahren gefunden. Sie arbeiten mit großem Einsatz und viel Energie an der Umsetzung dieser vielfältigen Ziele.

### **Pflegende als (Mit-)Täter**

Aus den Recherchen der Menschenrechtsorganisationen hat sich gezeigt, daß Menschenrechtsverletzungen oft unter Beteiligung von Angehörigen der medizinischen und pflegerischen Berufe stattfinden. Dies geschieht direkt zum Beispiel durch die Teilnahme an Hinrichtungen, an Folter zur Überwachung und Aufrechterhaltung der „Vernehmungsfähigkeit“ des Gefolterten und durch die Durchführung von unmenschlichen Bestrafungen wie die

Amputation von Gliedmaßen in Ländern, die der islamischen Gesetzgebung (Sharia) unterliegen.

Aber auch eine weniger offensichtliche Beteiligung an Menschenrechtsverletzungen liegt in der Verantwortung der Angehörigen der Heilberufe: Fälle, in denen gegen Menschenrechtsverletzungen nicht protestiert wird, diese nicht dokumentiert und nicht angezeigt werden. amnesty international fordert die Pflegeverbände auf, sich für die Pflegenden in der Welt einzusetzen, die den Mut haben, Menschenrechtsverletzungen von KollegInnen, ÄrztInnen und anderen anzuzeigen. Eine Möglichkeit ist die Benennung von Menschenrechtsbeauftragten innerhalb der Pflegeorganisationen.

### **Pflegende als Opfer**

amnesty international beobachtet mit großer Sorge die Fälle, in denen Pflegepersonal selber Opfer von Menschenrechtsverletzungen werden. So wurde z.B. in der Türkei das Schicksal der 23-jährigen Krankenschwester Olcay Kanlibas bekannt. Sie war am 27.10.93 während ihrer Arbeit

im staatlichen Krankenhaus von Diyarbakir von Polizeibeamten in Zivil festgenommen worden und „verschwand“. amnesty international führte eine Eilaktion durch, in der nach den Gründen für ihre Festnahme gefragt und eine Untersuchung über ihren Verbleib gefordert wurde. Am 5.11.93 wurde Frau Kanlibas freigelassen. Olcay Kanlibas war Mitglied der Gewerkschaft der im Gesundheitswesen Beschäftigten „Tüm Saglik Sen“. amnesty international ruft die Pflegenden und ihre Berufsverbände auf, sich für KollegInnen in aller Welt einzusetzen und mit Briefen und offiziellen Protesten für deren Wohl einzustehen .

### **Die Verantwortung der Pflegenden für die Menschenrechte**

Pflegende haben wie kaum eine andere Berufsgruppe die Möglichkeit, Einschränkungen der Rechte von Patienten zu entdecken und die Folgen von massiven Menschenrechtsverletzungen zu erkennen, unter denen einige ihrer Patienten leiden. In Fällen, in denen die elementaren Rechte der Patienten verletzt werden,

haben sie die Pflicht, zum Wohle der Patienten aktiv zu werden und sich nicht hinter der Weisungsgebundenheit gegenüber dem ärztlichen Personal zu verstecken.

Pflegende müssen wissen, daß sie sich mit Hilfe ihrer Berufsorganisationen und der internationalen Menschenrechtsbewegung auf die Seite der Patienten stellen können. Die Resolutionen des Weltbundes der Krankenschwestern und -pfleger zu verschiedenen Menschenrechtsthemen nehmen die nationalen Pflegeverbände in die Pflicht: „Pflegekräfte handeln individuell verantwortlich. Doch ist es häufig effektiver, sich als Gruppe für die Sache der Menschenrechte einzusetzen. Die nationalen Pflegeverbände sollen sicherstellen, daß ihre Strukturen einen wirksamen Mechanismus beinhalten, in dem die Pflegekräfte vertrauliche Ratschläge, Beratungen, Beistand und Unterstützung im Umgang mit solchen schwierigen Situationen suchen können.“

#### Schutz durch Beobachtung

Gerade im Bereich der „Beobachtung“ von Menschenrechtsverletzungen fällt den Pflegenden eine zentrale Bedeutung als „Wächter“ über die Rechte des Patienten zu. Diese Wächterrolle erstreckt sich insbesondere auf die Krankenbeobachtung bei Patienten, die Opfer von Menschenrechtsverletzungen sein können. In Deutschland gehören dazu

Flüchtlinge - soweit sie nach der Verschärfung des Asylbewerberleistungsgesetzes überhaupt noch stationär behandelt werden. Pflegende müssen die beobachtbaren Symptome kennen, unter denen z.B. Überlebende der Folter physisch und psychisch leiden. amnesty international unterstützt die Forderung nach Aufnahme der entsprechenden Krankheitsbilder in die Pflegeausbildung und in die Pflegestudiengänge.

#### Pflege von Überlebenden der Folter

Im Kopenhagener Zentrum für die Behandlung von Überlebenden der Folter (RCT/IRCT) arbeiten Pflegende in einem interdisziplinären Team, das bemüht ist, den Opfern extremer Gewalt möglichst umfassend zu helfen. In den letzten zwei Jahrzehnten wurden Pflegekonzepte entwickelt, die sowohl auf die spezielle Behandlungssituation in psychosozialen Zentren eingehen als auch auf die Pflege von Überlebenden der Folter im stationären Ablauf in „normalen“ Krankenhäusern. Der Bereich Pflege des Sektionsarbeitskreises „Medizin/Psychologie/Pflege“ steht im Kontakt mit Pflegenden aus Kopenhagen und unterstützt die Anstrengungen, dieses spezielle Pflegewissen auch in Deutschland bekannt zu machen. amnesty international sucht dafür den Kontakt mit Bildungseinrichtungen der Berufsverbände und Pflegehochschulen. (Näheres siehe „Pflege aktuell“ 7-8/97:

Roland Conrad, Die Pflege von Opfern der Folter)

#### Menschenrechts- erziehung in der Pflegeaus- und weiterbildung

amnesty international hat bereits Unterrichtskonzepte entwickelt, die „Menschenrechte und Pflege“ sowie „die Pflege von Überlebenden der Folter“ behandeln. Diese weiterzuentwickeln, bekanntzumachen und umzusetzen ist Ziel der Zusammenarbeit von amnesty international mit Pflegeorganisationen und Pflegehochschulen.

Es ist amnesty international gelungen, ein ReferentInnen-Netz für Menschenrechts-erziehung in der Pflege aufzubauen. Jede Krankenpflegeschule, jeder Pflegestudiengang und jede innerbetriebliche Fortbildung hat die Möglichkeit, einen Vertreter von amnesty international einzuladen, der oder die handlungsorientierte Erziehung zur Wahrung der Menschenrechte anbietet.

Die Anfragen können direkt an amnesty international Bereich Pflege 53108 Bonn gestellt werden.

#### Fazit

amnesty international hat die Bedeutung der Pflegenden Berufe im internationalen Kampf für die Menschenrechte erkannt und nimmt diesen zunehmend selbständigen

Berufsbranchen in die menschenrechtspolitische Verantwortung. Neben dem Kontakt zu Pflegeorganisationen ist besonders der Einsatz einzelner Pflegekräfte in ihrem beruflichen Alltag und in der Sektionsgruppe „Medizin/ Psychologie/Pflege“ notwendig. Die Menschenrechte brauchen Pflege.

#### amnesty international braucht Pf legende!

Kontakt: Claudia Conrad  
Sektionskoordinationsgruppe  
"Medizin/ Psychologie/Pflege"  
amnesty international  
Bereich Pflege  
53108 Bonn

1. amnesty international, "Pflegende und Menschenrechte", 1997, Bezug über amnesty international, Bereich Pflege, 53108 Bonn
2. Claudia Conrad in "Pflege aktuell" 3/97, S. 171 ff - Menschenrechte brauchen Pflege, Eschborn, 1997
3. Institut für Selbstbestimmte Pflege: "Die Rechte des Menschen in der Pflege" 1997, Bezug über ISP, Pützstraße 7, 53604 Bad Honnef
4. ICN: "Die Rolle der Krankenschwester/ des Krankenpflegers bei der Wahrung der Menschenrechte", verabschiedet 1981
5. Roland Conrad, "Menschenrechtserziehung in der Pflege" Reihe Pflegedidaktik, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1997

**Universität Osnabrück Fachbereich  
Sozialwissenschaften Studiengang  
"Weiterbildung für Lehrpersonen an  
Schulen des Gesundheitswesens" (LGW)**

Das Lehrangebot der Universität Osnabrück richtet sich an lehrende Pflegepersonen in Kranken- und Kinderkrankenpflegesschulen oder entsprechenden Einrichtungen und an MTAs. Zulassungsvoraussetzungen sind die abgeschlossene Berufsausbildung, der Nachweis einer pädagogischen Qualifikation und Lehrerfahrung. Das weiterbildende Studium bietet Gelegenheit, in den Erziehungs-, Sozial- und Naturwissenschaften sowie in Fachtheorie/Fachpraxis Krankenpflege und MTA neue Kenntnisse zu erwerben und das eigene pädagogische Handeln wissenschaftlich zu reflektieren.

Zu Beginn eines jeden Semesters wählen die Studierenden im kommentierten Verzeichnis die Themen und Termine aus, zu denen sie sich schriftlich in Osnabrück anmelden. Wenn der Nachweis über 500 Stunden und 8 schriftliche Studienleistungen vorliegt, wird das Weiterbildungszertifikat der Universität

Osnabrück vergeben. Mit einer zusätzlichen Hausarbeit und einer mündlichen Prüfung kann das Abschluszeugnis erworben werden. Die Einschreibung erfolgt einmal jährlich. Die Bewerbungsfrist für das Sommersemester 1998 läuft am 30.11.1997 ab.

Erstmalig können mit Beginn des Wintersemesters 1997/98 Lehrkräfte aus allen Bereichen des Gesundheitswesens im Gasthörerstatus an den Lehrveranstaltungen teilnehmen. Die Semestergebühr beträgt 100,- DM.

*Nähere Informationen gibt die:*

*Universität Osnabrück,  
Geschäftsstelle LGW,  
Seminarstraße 33,  
49069 Osnabrück,  
Tel.: 0541/969-4238 /4245  
FAX 0541/969-4801*

**Offizielle Verabschiedung von Frau Prof.  
Christel Zander an der Evangelischen  
Fachhochschule Bochum**

**Barbara Schütt-Koezle**

Am 28.10.97 fand an der Evangelischen Fachhochschule Bochum in festlichem Rahmen die offizielle Verabschiedung von Frau Professorin Christel Zander statt. Ihre facettenreiche Arbeit wurde vom Rektorat der FH gewürdigt und auch die Kollegen und Studierenden aus dem Fachbereich Pflege, sowie aus anderen Fachbereichen setzten mit Ihren Beiträgen deutliche Zeichen der Wertschätzung.

Umrahmt wurde die Veranstaltung von einem bunten Programm und einem sorgfältig vorbereiteten Empfang. Hier war Platz für ein Gespräch und für so manchen wehmütigen Abschied. Denn Frau Prof. Zander gehört zu den profiliertesten Persönlichkeiten in der deutschen Pflegelandschaft.

Als Krankenschwester, Diplompädagogin und Gesundheitswissenschaftlerin wurde sie 1992 als Referentin für die Studienplanung 'Pflege' an die EFH Bochum berufen. Hier war sie mit großem Ein-

satz und Geschick maßgeblich an der Entwicklung und Realisierung des Studiengangs Pflege beteiligt. 1995 konnte Sie als Gründungsdekanin des FB Pflege und erste Professorin für Pflegewissenschaft in NRW den Start des Studiengangs gestalten.

Das Studium der Pflege an der EFH Bochum zeichnet sich dank Prof. Zander durch ein zukunftsorientiertes und generalistisches Konzept aus, vom dem bereits jetzt wertvolle Impulse in die Arbeitsbereiche der Pflege ausstrahlen.

Zu den Gästen dieser Veranstaltung gehörten Vorsitzende des Kuratoriums der EFH, Vertreter der Partnerhochschule in Wologda, der FH Münster, der FH Bielefeld, des Instituts für Pflegewissenschaft an der Uni Witten/Herdecke, die Landesvorsitzende des DBfK, die Bundesvorsitzende des BA, die Vertreterin des MAGS und viele andere.  
*Email der Verfasserin:  
KOEZLE@t-online.de*

**NÜTZLICHE INTERNETADRESSEN NÜTZLICHE INTERNETADRESSEN NÜTZLICHE INTERNETADRESSEN**

**Jochen Laible und Michael Schmittl**

**Englischsprachige Seiten:**

The World Health Organisation  
<http://www.who.ch/>  
RCN  
<http://www.thebiz.co.uk/rcn.htm>  
UKCC  
<http://www.healthworks.co.uk/hw/orgs/UKCC.html>  
The Department of Health  
<http://www.open.gov.uk/doh/dhhome.htm>

University of Birmingham:  
<http://www.bham.ac.uk/nursing/>  
Warwick University:  
<http://medweb.bham.ac.uk/nursing/>  
Nursing Resources on the Internet:  
<http://www.tso.cin.ix.net/user/gl/gloria/nurse.html>  
Inter Nurse  
<http://www.kencomp.com/internurse>

Journal of Nursing Jocularity  
<http://www.jocularity.com/>  
Nursenet  
<http://www.ualberta.ca/~jrnorris/nursenet/nn.html>  
Nursing Net  
<http://www.comuniqie.net/~nursgnt/>  
Interactive Patient Home Page  
<http://medicus.marshall.edu/medicus.htm>  
The American Heart Association

<http://www.americanheart.org/newhome.html>  
Oncolink  
<http://www.oncolink.upenn.edu/>  
Alzheimer's Home Page  
<http://www.alz.org/>  
**MAILING LISTS**  
Nursenet  
[listserv@ym.utoronto.ca](mailto:listserv@ym.utoronto.ca)  
Nurses  
[listserv@kentvn.kent.edu](mailto:listserv@kentvn.kent.edu)

**Was passiert eigentlich mit mit all unseren Hausarbeiten, Essays, Diplomarbeiten etc .?**

„Sinnlose“ Verschwendung studentischer Schaffenskraft spiegelt sich nur allzu oft in einem nicht unbeträchtlichen Anteil verstaubter Literatur in Kellern und antiquierten Möbeln wider. In der Gesamtheit stellt sich demnach folgende Problematik:

1. Es gibt keinen zentralen Informationspool, die Informationen sind diffus gestreut.
2. Die Studierenden der Pfliegewissenschaft sind bezüglich des Austausches von Fachinformationen untereinander und interdisziplinär kaum vernetzt. Neben den bereits existierenden Datenbanken, wie z.B. dem „Internet Server für Pflege“, „Alten- und Krankenpflege im Internet“, „Pflegebrief“ etc., setzte sich für das studentische Projektgruppe „Infothek“ der UWH folgende Ziele: I. Informationen zu sammeln und an einem zentralen Ort innerhalb der Universität zugänglich zu machen
1. Archivierung von Hausarbeiten, Essays, Referaten etc.
2. Einrichten einer internen Datenbank (Literat)
3. Studentische Vernetzung via Internet
4. Interdisziplinärer Informationsaustausch (z.B. Veranstaltungshinweise)

II. Kooperation und Vernetzung der Studierenden innerhalb des Instituts, interdisziplinär und mit anderen Pflegestudiengängen

1. Vorstellung anderer studentischer Projekte, Organisation von Kongressteilnahmen etc.
2. Transparenz pflegewissenschaftlicher Studiengänge erhöhen, Planung interdisziplinärer Projekte

3. Kooperation mit anderen Pflegestudiengängen fördern

III. Kommunikations-, Austausch-, und soziale Begegnungsstätte  
Um das Projekt „Infothek“, ähnlich der Disziplin selbst, aufzubauen, sind weitreichende Vernetzung und kontinuierliche Informationssammlung unerlässlich. Aus diesem

Grunde regen wir alle Institutionen und Mitstudenten an, diesen Informationspool mit ihren Arbeiten zu füllen, bzw. diesen im Austausch für eigene Literaturrecherchen im "grauen" Bereich zu nutzen.  
Infothek  
Stockumer Str. 12  
58453 Witten  
e-Mail: infothek@uni-wh.de

**Projektarbeiten als Basis zur Entwicklung einer Unterrichtseinheit im Fach Pfliegewissenschaft an der Universität Bremen**

Susanne Hielscher

Für den Studiengang „Lehramt Pfliegewissenschaft“ an der Universität Bremen besteht eine Studienorganisation, die nach dem Prinzip des Projektstudiums erfolgt. Der methodische Schwerpunkt liegt für die Studierenden im forschenden Lernen.

Ziel ist es, eine Verbindung von Pfliegewissenschaft mit berufspädagogischen Aspekten herauszustellen. Die erstellten Projektarbeiten dienen im Anschluß an die erste Projektphase als Basis zur Entwicklung einer Unterrichtseinheit im Fach Pfliegewissenschaft. Die im folgenden aufgeführten Projektarbeiten wurden von den Studierenden des vierten Semesters erstellt.

**Die Pflegevisite**.....M. Leufgen, S. Schleich  
**Gewalt in der Pflege**.....A. Rux-Haase, G. Emshoff  
**Transkulturelle Pflege**.....I. Dienemann, H. Steinfatt, K. Kotschwas, C. Braatz  
**Pflegeidentität: Was ist Pflege?**.....C. Precht  
**Pflegende und sprachliche Kommunikation.** .....B. Boche, M. Balthasar, D. Mull, R. Saß, A. Purnhagen, U. Symczak, E. Lotze  
**Die Integration naturheilkundlicher Pflegehandlungen in die Pflege**  
**-Chancen und Grenzen für die Praxis**.....A. Disse, H. Ulrike, M. Smith, M. Sürth, M. Oldenburg  
**Welches Pflegeverständnis kommt im Einstufungsverfahren zum tragen?** .....M. Eckholt, S. Georgi, C. Doherr, B. Haesche, L. Raddatz, A. Siebold  
**Belastungswahrnehmung versus Kommunikation in der Institution Krankenhaus** .....M. Stöver, S. Hielscher, J. Linde, P. Wendt, H. Temme

**NÜTZLICHE INTERNETADRESSEN NÜTZLICHE INTERNETADRESSEN NÜTZLICHE INTERNETADRESSEN**

Nrsinged  
listserv@ubvm.cc.buffalo.edu  
SNurse-L  
listserv@ubvm.cc.buffalo.edu

**Deutschsprachige Seiten:**  
Ostipug <http://www.muenster.de/~k.happe/OSTIPUG.htm>  
DV Pfliegewissenschaft  
<http://www.muenster.de/~k.happe/dv.htm>

Alten- und Krankenpflege im Internet  
<http://www.rz.uni-frankfurt.de/~weisswan/aki.htm>  
Internet Server für Pflege

<http://willkommen.bei.pflegenet.com/isfp/>  
**Usenet:**  
de.sci.medizin.pflege  
**Newslist**  
nurseger@franken.de

# KRANKENHAUSÜBERGREIFENDER QUALITÄTSVERGLEICH IN DER DEKUBITUSPROPHYLAXE

C. J. Leffmann, M. Leutenegger, K. Schroeder-Hartwig

## Eine Erhebung für die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Pflege“ bei der Arbeitsgemeinschaft Externe Qualitätssicherung Hamburg, EQS.

In 38 internistischen bzw. konservativ medizinischen, 32 operativen und 10 intensivmedizinischen Stationen in 19 Hamburger Krankenhäusern wurden in den Jahren 1994 und 1995, jeweils im November, Daten zum Dekubitusrisiko und zur Dekubitusprophylaxe erhoben. Das Projekt wurde von der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Pflege unter dem Dach der EQS Hamburg initiiert und betreut. Ziel war es, die Machbarkeit und Aussagekraft eines externen Qualitätsvergleichs zu erproben.

Vor Beginn der Datenerhebung in den beiden Stichprobenmonaten wurden die Stationsteams gebeten, zwölf Fragen zu ihrem individuellen Umgang mit dem Thema „Dekubitus“ zu beantworten. Ferner wurden zu allen innerhalb der Stichprobenmonate aufgenommenen Patienten Angaben zum Dekubitusrisiko (nach der modifizierten Nortonskala), zur Art der

Dekubitusprophylaxe, zum Auftreten und der Lokalisation von Läsionen erhoben. Die einseitigen Erhebungsbögen enthielten keine personenidentifizierenden Daten. Es wurden Codenummern für die einzelnen Stationen vergeben, wodurch auch die stationsbezogenen Auswertungen in anonymisierter Form durchgeführt

auch die Darstellung von Veränderungen im zeitlichen Verlauf, wobei die zwischen den Erhebungen liegende Zeit von den Häusern in unterschiedlicher Weise genutzt worden sind. Die Arbeitsgruppe hatte hier bewußt keinerlei Vorgaben gemacht.

### Teambefragungen

Der Fragebogen für die Stationsteams, der in unveränderter Form nach einem Jahr nochmals vorgelegt wurde, umfaßte Fragen nach der Häufigkeit und Wichtigkeit des Problemfeldes „Dekubitus“ in der täglichen Arbeit, nach dem Anordnungs- und Dokumentationsverhalten

Bedeutung von Dekubitalläsionen im pflegerischen Alltag und eine deutliche Ansiedlung der Verantwortlichkeit bei der Pflege. Fragen nach dem Besuch spezieller Fortbildungen der Mitarbeiter und dem Zugang zu Fachliteratur wurden in der Zweiterhebung nach einem Jahr durchschnittlich häufiger mit „ja“ beantwortet. Die Bereitstellung von Fachliteratur stellt hier eine ebenso wichtige wie einfache Verbesserung der Strukturqualität dar, die noch dazu mit verhältnismäßig geringen Kosten verbunden ist. Klare Trends wurden auch bei der Entwicklung des Pflegeprozesses dokumentiert. So stieg die routinemäßige Erfassung des Dekubitusrisikos im Rahmen einer Pflegeanamnese von 64% auf über 82% an. Die Häufigkeit der Dokumentation einer Prophylaxemaßnahme wurde zuletzt mit nahezu „immer“ angegeben. Da sich Pflegestandards in der täglichen Routine als geeignet erwiesen haben, eine vorher definierte Versorgungsqualität zu garantieren, wurde die Steigerung in der Anwendung von Standards von 33,3% (1994) auf 60% (1995) als besonderer Erfolg gewertet. Die beiden weiteren Eckpfeiler des Pflegeprozesses, die Pflegeplanung sowie die Beurteilung der Wirksamkeit von angewandten Pflegemaßnahmen durch Pflegevisiten

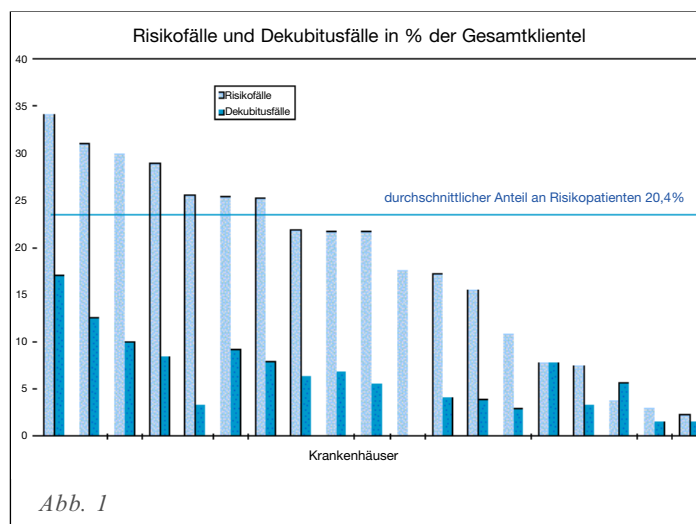


Abb. 1

werden konnten. Die zweimalige Erhebung im Abstand eines Jahres erlaubte neben den Krankenhausvergleichen

sowie nach dem Durchsetzungsgrad pflegerischer Expertise. Die Antworten belegten die unverändert große

setzen sich nach dieser Erhebung nur langsam durch, auch wenn die Ergebnisse einen positiven Trend aufzeigen.

**Ergebnisse**

Es wurden 7.248 Patientendatensätze (1994: 3.629; 1995: 3.619) erfaßt und ausgewertet. Die Ergebnisse aller wurden den teilnehmenden Stationen in anonymisierter Form mitgeteilt, wobei die eigenen Ergebnisse selbstverständlich gekennzeichnet waren. Neben der Bestätigung auch anderswo dargestellter epidemiologischer

an einer Dekubitalläsion, wobei 3,8% (1994: 4,7%) bereits mit einer entsprechenden Läsion

Unterschiede zwischen den 19 Krankenhäusern (Abb. 1), ein Umstand, der umfangreiche

wurden letztendlich eindrucksvoll dadurch unter Beweis gestellt, daß die Teilnehmer in den Krankenhäusern auf eine Fortführung des Projektes drängten.

Aus diesem Grund hat die Hamburger Arbeitsgruppe den Patientendatensatz um die redundanten bzw. nicht mehr interessanten Aspekte radikal gekürzt und inzwischen mit einem lediglich noch acht Items umfassenden Datensatz ein kontinuierliches Qualitätssicherungsverfahren gestartet. Diese zunächst auf zwei Halbjahresauswertungen bis Ende 1998 angelegte Erhebung hat u.a. zum Ziel, durch größere Zahlen verlässlichere statistische Aussagen treffen zu können. Darüber hinaus soll die Akzeptanz einer kontinuierlichen, in den Arbeitsalltag fest integrierten Datenerhebung als Werkzeug für ein problemorientiertes Qualitätsmanagement in der Pflege untersucht werden.

*Literatur bei den Verfassern:*

*Dr. C.J. Leffmann  
Projektgeschäftsstelle EQS  
Grevenweg 89  
20537 Hamburg*

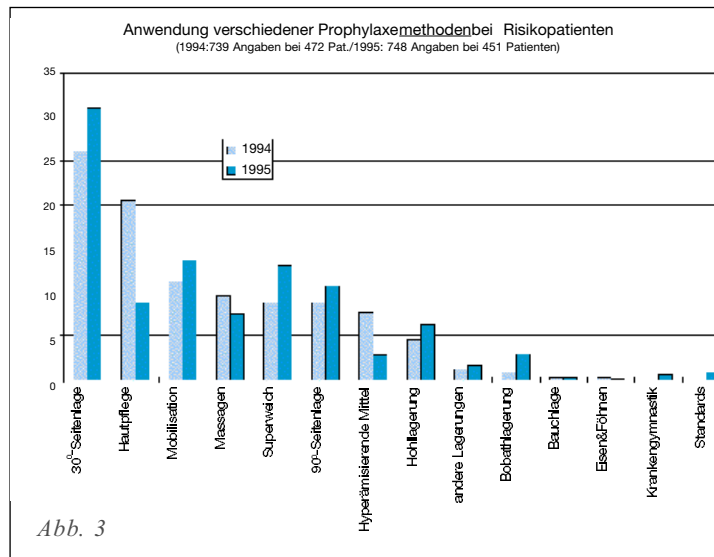


Abb. 3

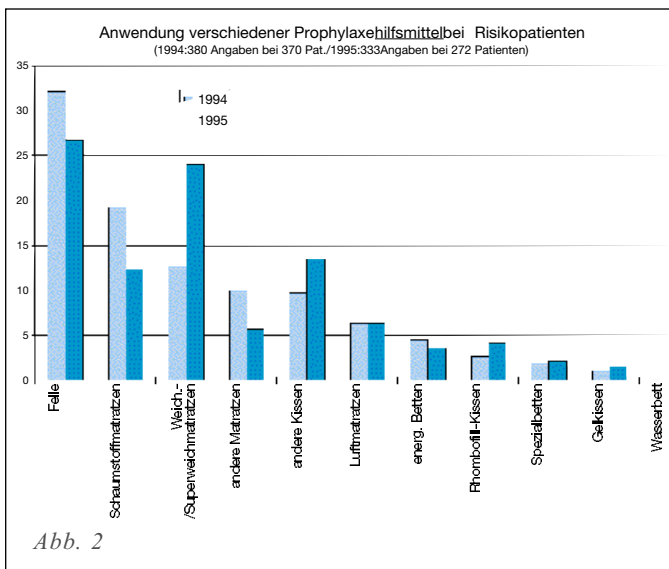


Abb. 2

Aussagen zur Alters-, Geschlechts- und Risikoverteilung zeigten sich im November 1995 20,1% der Patienten entsprechend der erweiterten Norton-Skala dekubitusgefährdet, ein Jahr zuvor waren es 20,4% gewesen. 4,9% (1994: 6,6%) litten

an einer Dekubitalläsion, während 1,1% (1994: 1,9%) der Patienten eine Dekubitalläsion während des Krankenhausaufenthaltes. Es zeigten sich sowohl bezüglich der Risikoklientel, als auch bei der Häufigkeit von Dekubitalläsionen ausgeprägte

Qualitätsdiskussionen in Gang brachte.

Im Rahmen der Ersterhebung hatte sich eine nach modernen pflegewissenschaftlichen Gesichtspunkten nicht nachvollziehbare Methodenvielfalt bei der Anwendung von Dekubitusprophylaxemethoden und -hilfsmitteln gezeigt. Ein Jahr später konnte mindestens ein Trend zugunsten etablierter pflegerischer Maßnahmen, wie z.B. der Lagerungstechniken festgestellt werden (Abb. 2 u. 3).

Die Arbeitsgruppe ist sich im Klaren darüber, daß derartige statistische Aufarbeitungen von Daten die pflegerische Qualität vor Ort nicht unmittelbar darstellen können. Das Projekt hat aber durch Impulse von außen eine Vielzahl von internen Qualitätsaktivitäten angestoßen. Machbarkeit und Aussagekraft eines solchen externen Qualitätsvergleichs

# DIE INTEGRATION NATURHEILKUNDLICHER PFLEGEHANDLUNGEN IN DIE PFLEGE

**FOLGE 2**  
Praxiserfahrungen und ihre  
Überprüfung durch Forschung

**Anja Disse , Maren Oldenburg, Heike Ulrich,  
Marita Smith und Martin Sürth**

Innerhalb des Projektes:  
„Berufliche Identität und Systemgestaltung vor dem Hintergrund Gesellschaftlichen Wandels“ unter der Leitung von Prof. Dr. Helga Krüger und Prof. Dr. Stefan Görres im Studiengang „Lehramt Pflegewissenschaft“ an der Universität Bremen, bearbeiteten wir, eine Gruppe von fünf StudentInnen im 2. und 3. Semester, das Thema: „Die Integration naturheilkundlicher Pflegehandlungen - Chancen und Grenzen für die Praxis“.

**Den Begriff naturheilkundliche Pflegehandlung haben wir wie folgt definiert:**  
eine naturheilkundliche Pflegehandlung umfaßt die Feststellung, Linderung und Heilung menschlicher Reaktionen auf gesundheitliche Beeinträchtigungen mittels pflegerischer Hilfeleistungen, die auf den Erkenntnissen und Erfahrungen der Naturheilkunde beruhen. Sie schließt die Berücksichtigung, Förderung und Unterstützung der natürlichen Abwehr- und Selbstheilungskräfte des

Menschen mit Pflegehandlungen und Hilfeleistungen, wie z.B. durch die Anwendung von Wickeln, Auflagen, Aromen, ätherischen Ölen, Tees etc. ein.

**Wir erleben ein wachsendes Interesse an alternativen Heil- und Pflegemethoden,** sowohl auf Seiten der zu pflegenden Menschen, als auch auf Seiten der Pflegenden. Die heutige naturwissenschaftlich geprägte Pflege, scheint in den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens den multidimensionalen menschlichen Bedürfnissen nach Zuwendung, Geborgenheit, Berührung, Verständnis ihrer Situation, Wahrnehmung ihrer Individualität, Spiritualität usw. wenig Aufmerksamkeit zu schenken. Dieser Mangel wird im Suchen nach Alternativen ausgedrückt und in solchen Heil- und Pflegemethoden scheint diese vermeintliche Schwachstelle Berücksichtigung zu finden.

Die Naturheilkunde verfügt, unserer Meinung nach, über

theoretische und praktische Inhalte, die auf die Pflege übertragbar sind, z.B. die Berücksichtigung, Förderung und Unterstützung der natürlichen Abwehr- und Selbstheilungskräfte und den Ansatz, den Menschen in seiner multidimensionalen Gesamtheit zu sehen. So wollten wir in dieser Arbeit aufzeigen, welche alternativen Pflegemittel und -methoden Anwendung finden und finden könnten - auch im Sinne einer Ergänzung zur „etablierten“ Pflege.

Für die Datensammlung machten wir eine Literaturrecherche, jedoch ohne nennenswerte Ergebnisse. Wir entwarfen einen Fragebogen und verteilten im Bundesgebiet 122 Bögen an Personen, die in den Bereichen Kranken-, Alten-, Kinderkrankenpflege und in der ambulanten Hauspflege tätig sind. Die Rücklaufquote betrug 46%. 54% der Befragten verfügen über eine Berufserfahrung von 5-15 Jahren und 25% von 1-5 Jahren. Das Verhältnis der männlichen und weiblichen Befragten ist 1:5.

Die wichtigsten Ergebnisse wollen wir in diesem Rahmen kurz vorstellen. Wickel und

Auflagen, Umschläge und Packungen, Aromen und ätherische Öle, Heilpflanzen, Tees, Wasser und Bäder werden zu 90% und mehr von den Pflegenden zu den naturheilkundlichen Pflegehandlungen gezählt, und werden häufig in den Arbeitsbereichen angewendet. Auch Basale Stimulation, Kinästhetik und fernöstliche Heilweisen wie Meditation, Yoga, Qi Gong und Akupunktur werden mehrheitlich als diese gewertet.

Als mögliche Indikationen, naturheilkundliche Pflegehandlungen anzuwenden, werden auf Wunsch des zu pflegenden Menschen, als prophylaktische Maßnahme, zur Steigerung der körpereigenen Abwehrkräfte und des Wohlbefindens von Körper, Geist und Seele genannt.

In der Anwendung naturheilkundlicher Pflegehandlungen sehen die Pflegenden eher die Möglichkeit der Beziehungsarbeit zwischen Patienten und Pflegenden gegeben. Das schaffe für den Patienten eine Atmosphäre der Nähe, des Vertrauens und des Wohlbefindens und für die Pflegenden die Möglichkeit, eine indivi-



# - CHANCEN UND GRENZEN FÜR DIE PRAXIS

duelle patientenorientierte Pflege durchführen zu können. **Für eine ausreichende Integration in den Pflegealltag ist aber mehr Fachwissen, Personal und Zeit erforderlich.**

Die Vermittlung von Fachwissen in der Ausbildung und der Besuch von Fortbildungen, die auch mehrheitlich von Seiten des Arbeitgebers befürwortet werden, unterstütze die Integration von naturheilkundlichen Pflegehandlungen. Das Angebot an Fortbildungsveranstaltungen, die ungewöhnliche Pflegehandlungen zum Thema haben, wie z.B. das Schröpfen, Baunscheidtieren oder die Behandlung mit Eigenurin ist jedoch sehr gering bis gar nicht vorhanden.

2/3 der befragten Pflegenden fordern Autonomie und Eigenverantwortung beim An- bzw. Absetzen von naturheilkundlichen Pflegehandlungen. Hier wird anhand des Fragebogens besonders deutlich, daß die Pflegenden mehr Verantwortung übernehmen möchten. Sie wollen selbständig und kompetent über Pflegehandlungen entscheiden und sich somit von der Fremdbestimmung

durch den Arzt lösen. Es gibt allerdings auch Stimmen, die einen großen Teil der Verantwortung über die Pflege an den zuständigen Arzt/Ärztin delegieren.

Die Nähe zum Patienten ermögli-che eine schnellere Wahrnehmung der Veränderungen des Gesundheits- und Krankheitszustandes des zu pflegenden Menschen und mittels der Kompetenz des An- und Absetzens von naturheilkundlichen Pflegehandlungen durch Pflegenden wäre ein schnelleres Reagieren und Handeln zur Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten erreicht. Mehr pflegerische Kompetenz, Verantwortung und Autonomie in den einzelnen Bereichen des heutigen Gesundheitswesens, sei unter anderem als Ausdruck von Professionalität in der Pflege zu werten.

**Zusammenfassend kann man sagen, daß die von uns befragten Pflegenden eine Erweiterung der Pflege um die naturheilkundlichen Pflegehandlungen befürworten. Sie sehen darin eher eine auf den ganzen Menschen bezogene Pflege.**

Um das zu erreichen, fordern sie mehr Fachwissen, mehr Kompetenz, mehr Verantwortung und mehr Autonomie für sich in der Pflege. Diese genannten Schlüsselqualifikationen gilt es zu unterstützen in Form von Aus- und Fortbildungsveranstaltungen, damit unsere Gesundheitsteams in den Einrichtungen des Gesundheitswesens, den Wünschen der zu Pflegenden nach Nähe, nach Geborgenheit, nach Berührung, nach Verständnis und nach alternativen Pflegemethoden Rechnung tragen und somit für den zu pflegenden Menschen eine angenehme Atmosphäre zur schnelleren Genesung schaffen.

*Literatur bei den VerfasserInnen*

*Universität Bremen, Fachbereich  
11, Pflegewissenschaften  
Postfach 330 440  
28334 Bremen*

# IM, AM UND UM DEN FACHBEREICH PFLEGE

## WOCHENBERICHT, NOV.97

### Donnerstag, 26.11.97

Vormittags ist Fachbereichsrats-sitzung. Die Tagesordnung ist wieder mal viel zu lang; es gibt viel zu regeln und zu besprechen. Vor allem müssen wir das Vorlesungsverzeichnis für das Sommersemester fertigstellen: Wer lehrt was von uns Hauptamtlichen und welche Lehrbeauftragten brauchen wir? Dabei haben wir schon im Kopf, daß wir sparsam sein sollen, also nur die notwendigsten Lehraufträge einplanen. Vielleicht müssen wir schon bald dazu schreiben: „Können Sie bitte den Lehrauftrag übernehmen, wenn Sie alle Kosten selber tragen müssen?“ Gegen abend kommt ein Lehrbeauftragter angereist. Wir haben ausgemacht, daß wir beim Abendessen über seine Veranstaltung reden und über die Klausur, die die Studierenden schreiben müssen. Ich lade ihn ein, mit zu einem Vortrag zu kommen, den mein Kollege Schmerfeld in der Hochschule hält. Über „Interdisziplinarität“ in der Reihe „Disput“. In dieser Reihe stellen Lehrende an der KFH sie interessierende Themen ihren Kolleginnen und Kollegen vor und diskutieren sie miteinander. Eine spannende Diskussion folgt nach dem anregenden Vortrag und aus dem gepflegten Abendessen wird eine Lasagne beim Italiener um die Ecke.

### Freitag, 28.11.97

Heute ist ein Studientag: Alle Studierenden, außer denen, die im praktischen Studiensemester sind, haben Veranstaltungsangebote. Die Studierenden aus den anderen Fachbereichen der KFH haben den Streik ausgerufen. Die Kollegen gehen zu ihren Semestergruppen. Die Studierenden beraten und diskutieren mit den Dozenten, dann rufen sie eine Vollversammlung ein. Die Dozenten werden von uns mit Kaffee versorgt. (Irgendwie habe ich Bilder im Kopf, wo Streikende versorgt werden...). Reaktionen: „Ihre Studierenden werden ja wohl nicht streiken, die sind ja in einer ganz anderen Situation!“ „Leichter Ärger kommt bei mir auf. Es sind Studentinnen und Studenten an einer Fachhochschule. Berufsintegration ist ja nur die Form des Studiums.“ Eine andere Reaktion: „Ich habe mit ihnen über die Ethik des Streikens geredet und die Proletarisierung der Pflege!“ Die Diskussion geht unter uns Lehrenden weiter. Gegen Mittag teilen mir die gewählten Vertreter mit, daß sich alle dem Streik anschließen, sich jetzt in Arbeitsgruppen aufteilen und anschließend zur Vollversammlung der Studierenden der Kath. Fachhochschule gehen, um weitere Aktionen vorzubereiten. Sie wollen mich auf dem Laufenden halten. „Was wird dann aus den Lei-

stungsnachweisen?“ Fragt eine Studentin zaghaft. Ich entgegne, daß das Verhandlungsmasse sein wird. Die Lehrbeauftragten reagieren zustimmend, obwohl sie mehrere 100 km Anfahrtswege hatten. Abends hängen Plakate an den Fenstern und Türen mit unterschiedlichen Forderungen, die in den Arbeitsgruppen erarbeitet wurden.

### Das Wochenende

Ich bin müde und habe Lust auf Erholung. Aber ich bringe meine Zeit am Samstag mit Papieren und Protokollen. Druck machen mir zusätzlich die Vorbereitung der Sitzungen in der folgenden Woche, eine Rede, die ich beim Hearing der SPD Landtagsfraktion halten soll und dieses (!) versprochene Manuskript. Sonntags lasse ich alles wie es ist, es ist immerhin 1. Advent. Gegen abend nimmt der Druck wieder zu und dann ordne und schreibe ich, bereite die Woche vor, bis einer meiner Enkel mich anruft und fragt, ob ich denn auch ein „Kerzchen angemacht und ein Fensterchen aufgemacht“ hätte.

### Montag, 1.12.97

„Bürokram“, wie ich das nenne, Papiere, Briefe. Die Lehrbeauftragten müssen angeschrieben werden. Für das

Vorlesungsverzeichnis gibt es ein spezielles Programm: Die Mitarbeiterinnen machen die Arbeit. Mittags: Sitzung der Dekanin und der Dekane mit den Prorektoren und dem Rektor über den Stand des Streiks. Diskussion über die Anliegen der Studentinnen und Studenten. Diskussion über "alternative Angebote", Solidarisierung und Perspektiven. Die Studierenden übergeben mir ihre Resolution. (*siehe S.28*) Das ganze Haus ist voller Plakate, die Fenster verklebt, die Teilnahme einzelner - die ändern müssen ja arbeiten - an den studentischen Vollversammlungen ist geregelt. Ich bewundere die Ernsthaftigkeit und Intensität der Arbeit, mich freut das Engagement trotz der erschwerten Bedingungen: Die Studierenden sind ja gerade in der Zwischenzeit zwischen den Präsenzphasen in ihrer Verantwortung an ihren Arbeitsplätzen in den Krankenhäusern und an den Pflege-schulen!

### Dienstag, 2.12.97

Die Streiks gehen weiter. Die Öffentlichkeit reagiert, auch auf die Anbiederung der Politiker, die die eigentlichen Adressaten sind. Im Fachbereich ist heute auch eine Gruppe mit ihrer Gruppensupervision. Ich freue mich, die Frauen und Männer



Prof. Dr. Ursula Geißner

*Ursula Geißner ist die Dekanin des Fachbereichs Pflege an der KFH Freiburg. Seit Einrichtung der Studiengänge "Pflege-management" und "Pflegepädagogik" (WS 92/93) hat sie den Lehrstuhl für Führunglehre und Organisation inne.*

*Sie studierte Theologie, Philosophie, Germanistik und Sprechwissenschaft und ist Supervisorin, Trainerin für Gruppendynamik und Organisationsberaterin. Schwerpunkte der Lehre: Kommunikation, Organisations- und Personalentwicklung.*

*KFH Freiburg,  
FB Pflege  
Wölflinstr. 4  
79104 Freiburg  
Tel. (07 61) 200-602*

zu sehen, die im praktischen Studiensemester waren oder sind. Fragen zum „Praktikumsbericht“ werden in der Pause diskutiert. Mit den Kollegen kurze Gespräche über Forschungsvorhaben, über das nichtvorhandene Geld und die notwendigen Stellen, über die Möglichkeit von Kooperationen mit der Universität... Es gibt viele gute Ideen. Ich komme mir nur noch bremsend vor: Die Lehre muß vorgehen. Wir haben immer noch nicht alle Professorenstellen besetzt und ein Stundendeputat von 18 SWS. Sponsoren zu finden, wo?

Abends Gespräche mit Krankenhausleitungen: Anliegen und Bedarf, Wünsche nach mehr Kontakt mit dem Fachbereich und ein schöner Abschluß bei einer Tasse Kaffee und ermutigenden Ideen über Möglichkeiten der Veränderungen in den Krankenpflegegeschulen. Auf der Heimfahrt will ich nichts mehr wissen von all dem, was man machen kann und was nicht geht. Dennoch muß ich noch meine Rede vorbereiten für morgen.

### Mittwoch, 3.12.97

Es hat geschneit. Hier in St. Märgen liegt der Schnee so hoch, daß ich sicher nicht mit dem Auto fahren kann. Der erste Bus fährt um 6.30, dann in einen Zug (der natürlich

Verspätung hat!). Auf dem Bahnhof habe ich mir noch schnell ein Büchlein gekauft: Rilke, Duineser Elegien; irgend etwas brauche ich gegen all das Funktionieren.

Ich komme zu spät, der Plenarsaal des Landtages ist voll: Vertreter der Berufsverbände, von Schulen und Krankenhäusern, aus dem Sozialministerium, der Krankenkassen, der Kirchen...

Kaum Politiker, außer den einladenden Vertretern der Fraktion.

Thema: „Pflegestudiengänge - wie und wann ein badenwürttembergisches Defizit behoben werden kann“

Der Tenor der Redenden gleicht sich: Es sind zu wenig Studienplätze im Land. Die Zusage, nach der Evaluation der ersten Studiengänge gäbe es eine erneute Diskussion, hat die SPD Landtagsfraktion aufgenommen und zu dem Hearing geladen.

In der Diskussion mit den Besuchern werde ich ungeduldig: Das Thema schwenkt über zu einem internen Streit, ob es besser sei zu studieren oder Weiterbildungen zu machen. Bis ich wieder das Wort bekomme, sammelt sich in mir noch mehr Ärger, weil eine Frau unter dem Beifall einiger Zuhörer sagt, das Studium in Freiburg sei gar kein richtiges Studium. Ich habe das alles

schon gehört, immer wieder erklärt, heute ärgert es mich noch mal richtig und ich attackiere die Sprecherinnen, kriege mich dann doch noch mit einer Entschuldigung in den Griff und kann über die Zukunft reden:

- Erweiterung der Studiengänge an der KFH in Freiburg; und/oder
- weitere Studienorte in Baden Württemberg;
- Promotionsmöglichkeiten im Land.

Gut fühle ich mich, weil ich drei Frauen aus den Studiengängen sehe, die seelenruhig ihr Flugblatt jedem geben und, weil ich viele von den engagierten Frauen und Männern im Saal persönlich kennengelernt habe.

Zurück nach Freiburg. Senats-sitzung, ich bekomme nur noch wenig mit.

Fahre mit dem Zug, es hat noch mehr geschneit. Verpasse den letzten Bus; lasse mich von einem freundlichen Bahnbeamten trösten und fahre mit einem geübten Schnee- und Eisfahrer im Taxi nach Hause.

Daß am Donnerstag noch eine Gruppe Stationsleitungen da war, einen halben Tag („Marketing für das Studium“), nachmittags im Verwaltungsrat der Hochschule unsere Professorenbewerber vorgestellt werden mußten, daß an diesem Tag der Kollege Brandenburg einen Vortrag bei der LAG gehalten hat und auch stunden-

lang im Zug saß, alle hauptamtlichen Kollegen am Studientag miteinander diskutierten, auch Sprechstunden hielten, der Streik weiter dauert, die Aktionen der Studierenden im Fachbereich auch, obwohl ich gerne meine Veranstaltung mit dem 3. Semester fortgeführt hätte (Interventionsplanung)... ich werde müde, wenn ich nur darüber schreibe.

Dennoch:  
Ich habe einen Abend mit alten Freunden verbracht und viel gelacht; ich habe mit dem von ihrer Aktion zurückkehrenden Studentinnen und Studenten geplaudert über die Reaktionen der Passanten und der „Chefs“ in einer Bank, in einem Bücherladen...gestaunt, wie sie Passanten angebettelt haben für Bücher in die Bibliothek; ihre witzigen Sprüche genossen...

Dennoch:  
Manchmal - so wie heute - frage ich mich, warum ich mich ausgerechnet auch noch als Dekanin habe wählen lassen, wo mir doch eigentlich die Lehre den größten Spaß macht, und wann ich endlich mal wieder zum Schreiben von einem längeren Text komme. Über Weihnachten sicher nicht: Da sind die Diplomarbeiten zu lesen, auf die bin ich aber auch gespannt.

Und:  
Mein Kollege Schmerfeld und ich, wir haben einen LandesLEHRpreis gewonnen. Den bekommen wir am 15.1. überreicht. Da fällt dann nicht nur ein „Abglanz auf die KFH“, wie der Rektor meinte, sondern sicher auch auf die Studiengänge. Hoffentlich sagt dann keiner mehr, es handle sich ja nicht um ein richtiges Studium.

## RESOLUTION

**Die Vollversammlung der Studierenden des Fachbereichs Pflege an der KFH Freiburg hat am 28. November 1997 folgende Resolution verabschiedet:**

Wir unterstützen die Aktivitäten und die Forderungen der Studierenden an den bestreikten Hochschulen.

Deutschland ist dabei, auch sein Bildungssystem zu ruinieren. Bildung wird wieder ein Privileg für Besserverdienende.

Wir als Studierende im Fachbereich Pflege sehen deutliche Parallelen zur Entwicklung im Gesundheitswesen.

Die Regierungen von Bund und Ländern entziehen sich ihrer Verantwortung.  
Die Etats der Hochschulen sollen über einen 5-Jahreszeitraum kontinuierlich ausgehungert werden. Damit kann Bildungsqualität nicht aufrechterhalten werden.

Die Studiengänge im Fachbereich Pflege an der KFH Freiburg sind seit 5 Jahren das einzige Studienangebot ihrer Art in Baden-Württemberg. Die Einrichtung weiterer Pflegestudiengänge in Südwesten der Bundesrepublik wird immer wieder hinausgezögert. Deswegen werden in Baden-Württemberg jedes Jahr nur 30 StudentInnen angenommen.

Wie sollen wir studieren, wenn beispielsweise die Modellbibliothek Pflege bisher allein über Sponsoring realisiert werden konnte, aber das Land sich seiner bildungspolitischen Verantwortung entledigt und eine Anschlußfinanzierung nicht geregelt ist.

### Wir fordern konkret:

- 1. Dauerhafte finanzielle Absicherung der bestehenden Pflegestudiengänge.**
- 2. Einrichtung weiterer Studiengänge im Fachbereich Pflege in Baden-Württemberg.**
- 3. Einrichtung von Lehrstühlen für Pflegewissenschaft.**

**Susanne Herzog**

**Im Juli 97 erschien in einer großen deutschen WochenZEITung ein 5-seitiger Bericht über „Die Krise im Krankenhaus“.**

Themen waren u.a. die schlechten Arbeitsbedingungen junger Ärzte, wirtschaftliche Misere durch Ressourcenverschwendung, privatisierte Modellspitäler, Risikoberatung gegen Kunstfehler, die Beschreibung vom einsamen und anonymen Sterben im Krankenhaus. Die Auseinandersetzung mit diesem komplexen Schwerpunktthema empfand ich als sehr einseitig und kurzsichtig. Überrascht und auch ein wenig verärgert war ich darüber, daß die zahlenmäßig größte Berufsgruppe im Krankenhaus, die Pflegenden, kaum erwähnt wurden. Lag die Ursache darin, daß wir Pflegenden so gut sind und damit kein Anlaß bestand, uns mit der Krise im Krankenhaus in Verbindung zu bringen? Wohl kaum, denn auch im Pflegebereich gefährden die Sparzwänge der letzten Jahre viele positive Entwicklungen. Fortschreitender Stellenabbau, Arbeitslosigkeit für viele gut ausgebildete BerufsanfängerInnen, geringe Budgets für Fortbildung, Zunahme der Belastungen durch verkürzte Patientenverweildauer machen hoffnungsvolle Ansätze zunichte, die von einer schematisierten Krankenversorgung zu einer individuellen Pflege des kranken Menschen geführt haben. Der Grund für die Nichterwähnung der pflegerischen Krisen liegt wohl eher darin begründet, daß wir Pflegenden mit unseren Aufgaben und Anliegen nicht im Bewußtsein

dieser Redakteure (und leider auch vieler Akteure im Gesundheitswesen) vorhanden sind. Der Pflegenotstand, der Ende der Achtziger für viele Medien Anlaß war, über die katastrophalen Bedingungen für Pflegenden in deutschen Krankenhäusern zu berichten, ist lange vorbei. Statt dessen erfahren die Menschen heute in Soap-operas vieles über das fröhliche und aufregende Leben von Pflegenden. Die Informationen, die von unserer geliebten Schwester Stefanie im emergency room von dem gutaussehenden Oberarzt entgegengenommen werden, gehen leider im unglaublichen Rascheln ihres gestärkten Kittels unter, so daß wir wieder nichts über die Reanimationsversuche der Schwarzwaldklinik erfahren. Es bahnt sich langsam wieder ein Notstand in der Pflege an, weil die Schere zwischen dem Anspruch nach Qualität und Humanität auf der einen Seite und den Finanzierungsmöglichkeiten auf der anderen Seite immer weiter auseinander klafft. Aber in fast allen ernst zu nehmenden Medien geht es momentan überwiegend um die sogenannte „Kostenexplosion“ im Krankenhausbereich. Selten wird nach den eigentlichen Ursachen der Krisen gefragt. Was erwarten Menschen im Krankenhaus? Geht es ihnen nur um die „Reparatur“ ihres kranken Organs oder erwarten sie darüber hinaus eine umfassende

Begleitung in ihrem Heilungsprozess oder wenn dieser nicht mehr möglich ist, in ihrem Sterbeprozess? Wozu sind PatientInnen und deren Angehörige bereit, sowohl in eigenverantwortlicher, gesellschaftlicher, als auch in finanzieller Hinsicht? Wenn ich heute eine Sternschnuppe beobachten könnte, dann würde ich mir folgendes wünschen: Daß es uns gelingt, die vielfältigen Aufgaben und notwendigen Handlungsfelder von Pflege sichtbar und kommunizierbar zu machen. Dies muß auf unterschiedlichen Ebenen gleichzeitig geschehen, im täglichen Umgang mit PatientInnen, Angehörigen, ArbeitskollegInnen aus allen Bereichen, aber auch durch Gespräche in der Öffentlichkeit, in gesundheitspolitischen Gremien, mit Kostenträgern etc...

Pflegenden müssen endlich als kompetente PartnerInnen angesehen werden und Pflege muß ein eigenständiger Bereich werden. Für diese zukünftigen Aufgaben müssen wir uns rüsten, die inzwischen auf über 30 angewachsenen Pflege-Studiengänge können hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten. Nicht jammern und darauf warten, daß wir eingeladen werden, sondern Eigeninitiative und Selbstbewußtsein, das auf einem soliden Fundament aufbaut, zu entwickeln, das ist meine Hoffnung für unsere Zukunft.

**IMPRESSUM:**

HOCHSCHULFORUM PFLEGE wird herausgegeben vom Institut für Pflegewissenschaft der Privaten Universität Witten/ Herdecke, Stockumer Straße 12, 58453 Witten. HOCHSCHULFORUM PFLEGE ist ein Projekt Studierender und Lehrender der Universität Witten/Herdecke. Projektverantwortlich sind Peter Tackenberg und Christel Bienstein. HOCHSCHULFORUM PFLEGE wird durch Mittel der Robert-Bosch-Stiftung Stuttgart und der Meditel Verlagsgesellschaft m.b.H. Düsseldorf gefördert. Postadresse: Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke, Redaktion Hochschulforum Pflege, Stockumer Straße 12, 58453 Witten, Tel: 02302/669-377, Fax: 02302/669-318, Email: Hochschulforum-Pflege@uni-wh.de. Redaktionsmitglieder: C. Bienstein, S. Bosch, T. Gieseke, S. Herzog, W. Junge, J. Laible, B. Reisach, S. Renneke, A. Rutenkröger, M. Schmittel, P. Tackenberg, M. Tünschel, A. Trümmer, B. Werner, A. Zegelin-Abt. Druck und Vertrieb, Anzeigenleitung und Preise: Meditel G.m.b.H., Kapuzinergasse 1-11, 40213 Düsseldorf, Tel 0221/8643130. Die Zeitschrift erscheint einmal im Semester kostenlos für Studierende und Lehrende der Pflegestudiengänge in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Wissenschaftlicher Beirat und studentische Ansprechpartner: Prof. Dr. V. Boit, Fachhochschule Jena, Prof. Dr. U. Geißner, U. Thielhorn, Katholische FH Freiburg, Prof. Dr. S. Görres, S. Hielscher, Universität Bremen, Prof. Dr. H. J. Götz, Fachhochschule Neubrandenburg, Prof. Dr. I. Kollak, A. Huber, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, Prof. Dr. M. Moers, A. Rameil, Fachhochschule Osnabrück, Prof. Dr. Taubert, Y. Marchewitz, Hochschule Bremen. Aus technischen Gründen bleibt der Redaktion die Kürzung von Manuskripten und die Bearbeitung von Fotos und Zeichnungen vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Zeichnungen wird keine Haftung und keine Verpflichtung zur Veröffentlichung übernommen. Für namentlich gezeichnete Artikel sind die Verfasser verantwortlich. Die wiedergegebene Meinung muß nicht mit der Meinung der Redaktion identisch sein. Bildnachweis (soweit in den Beiträgen nicht kenntlich gemacht): Alle Bilder stammen von den Autoren der jeweiligen Beiträge. Redaktionsschluß für die zweite Ausgabe: 09.12.1997