



HOCHSCHULFORUM PFLEGE

2. Jahrgang Ausgabe 2

- **DISKUSSIONSFORUM**
**PFLEGEVERSICHERUNG UND
AMBULANTE PFLEGE**
Pflegerische Angehörige

Arbeitsbedingungen

Pflegegeschehen aus Patientensicht

Theoriegeleitete Pflegeplanung
und Pflegedokumentation
- **WISSENSBÖRSE**
Berlin, Bremen, Bad Godesberg...
GÜLTIGE ARGUMENTE?
Mark Avis, Nottingham
Journal Club

WERBUNG

S2

Editorial

Christine Sowinski.....

Aus der Redaktion

In eigener Sache.....

Impressum.....

Diskussionsforum

Auswirkungen der Pflegeversicherung

Pflegeversicherung und pflegende Angehörige, A. Büscher.....

Arbeitsbedingungen in der Altenpflege und die Einführung der Pflegeversicherung, S. Görres & K. Luckey.....

Das Pflegegeschehen in der ambulanten Versorgung aus Patientensicht, S. Becker, J. Lademann, K. Müller & U. Thielhorn.....

Theoriegeleitete Pflegeplanung und Pflegedokumentation im Zeichen der Pflegeversicherung, U. Höhmann.....

Wissensbörse alternativ

T. Klie: Pflegeversicherung: Einführung, Lexikon, Gesetzestexte, Nebengesetze, Materialien, B. Wiedemann.....

Pflegediagnosen: was leisten sie und was nicht.....

Bremer Pflegeperspektiven: Pflege lehren - Pflege managen.....

ASFH Berlin: Stipendiaten ausgewählt.....

Menschenwürde in der stationären Altenpflege – (k)ein Problem/ Tagung in Bad Godesberg.....

Wissensbörse

Ein Journal Club mit Folgen, A. Zegelin-Abt.....

Gültige Argumente? Überlegungen zum Konzept der Validität in der Begründung der Glaubwürdigkeit von Forschungsergebnissen, Mark Avis (Übers.: R. Schröck).....

Christine Sowinski

3 Pflegeversicherung und Pflegewissenschaft

4 Trotz aller zum Teil berechtigter Kritik an der Pflegeversicherung, hat sie doch die Pflege als Profession und auch die Pflege-wissenschaft enorm

4 gestärkt. Indem in den Ausführungsbestimmungen, insbesondere zu §80 SGB XI, auf den aktuellen pflegewissenschaftlichen Stand einer pflegerischen Handlung verwiesen wird, wird erstmals in gesetzlichen Bestimmungen hervorgehoben, daß Pflege eine wissenschaftliche Grundlage braucht.

8 Die Pflegeversicherung fordert von den Einrichtungen des Gesundheitswesens, daß sie ihr pflegerisches Handeln transparent macht, indem sie in Leitbildern, Konzepten, Organisationshandbüchern, Richtlinien, Verfahrensstandards usw. schriftlich fixiert. Dies hat in der „Pflegeszenen“ für erhebliche Unruhe gesorgt, hat aber diejenigen bestärkt, die schon immer gefordert haben, daß ohne schriftlich fixierte und gelebte Konzepte kein professionelles Handeln möglich ist.

15 Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung gehören nun eher zum Alltag von ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen.

18 Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ führt dazu, daß die Menschen immer länger zu Hause pflegerisch unterstützt werden können. Dies stellt insbesondere Altenheime vor eine neue große Herausforderung. Sie werden in Zukunft überwiegend Wohnhäuser für dementiell und psychisch erkrankte ältere Menschen und Orte des Sterbens sein.

22 Die Pflege wird schon lange nicht mehr als medizinischer Assistenzberuf gesehen. Statt zu jammern über schlechte Rahmenbedingungen, die wir professionell verändern können, sollten wir unsere Wirkungsmöglichkeiten nutzen und zeigen, daß wir Pflege-Profis sind.

Christine Sowinski
Referentin für Pflegeorganisation
im Kuratorium Deutsche Altershilfe in Köln



Christine Sowinski

IN EIGENER SACHE

THEMENSCHWERPUNKT, LAYOUT UND FORSCHUNGSPROJEKTE

Michael Schmittel und Peter Tackenberg

Die HOCHSCHULFORUM PFLEGE 2/98 beleuchtet als Schwerpunktthema die *Auswirkungen der Pflegeversicherung auf den ambulanten und „heimstationären“ Bereich* aus der Sicht von Pflegeforschung und Pflegewissenschaft. In der Auswahl der Artikel war es der Redaktion wichtig, verschiedene Perspektiven aufzuzeigen und die Fülle der Veröffentlichungen zum Thema Pflegeversicherung zu ergänzen.

Wir freuen uns, Ihnen in der Rubrik WISSENSBÖRSE die im Journal of Advanced Nursing 22: 6: 1203-1209 erstveröffentlichten Überlegungen von Mark Avis zum *Konzept der Validität in der Glaubwürdigkeit von Forschungsergebnissen* in einer Übersetzung von Ruth Schröck darbieten zu können.

Alle veröffentlichten Beiträge erschienen uns so gehaltvoll, daß weitergehende redaktionelle Kürzungen nicht angemessen durchgeführt werden konnten. Daher erschien uns in dieser Ausgabe ein Verzicht auf die Rubriken PROFILE und STERNSCHNUPPEN unumgänglich.

Durch eine leichte Modifikation des Layouts bemühten wir uns zudem, die Zeitschrift insgesamt angenehmer lesbar zu machen und dabei gleichzeitig einen Mehrgewinn an Platz für die Beiträge zu erreichen. Daher sehen wir uns auch in der Lage, von nun an die Artikel mit den vollständigen Literaturangaben der Verfasser erscheinen zu lassen. Über die Akzeptanz entscheiden Sie, liebe Leser – wir freuen uns über Rückmeldungen.

Für unsere Autoren

Wir suchen laufend aktuelle Nachrichten, Kurzberichte, Projekt Darstellungen und Termine aus den Hochschulen.

Artikel für die Hochschulforum Pflege sollten ca. 1000 Wörter incl. Überschrift und Fußzeilen beinhalten. Photos oder Graphiken machen einen Artikel lesefreundlicher und im Layout ansprechender. Informationen und Nachrichten sollten – entsprechend dem Informationsgehalt – kurzgefaßt sein.

Auf der Homepage der Zeitschrift (<http://www.uni-wh.de/de/pflege/hopf.htm>) können ergänzend Literaturangaben zu Artikeln aufgerufen und auch die kompletten letzten Ausgaben 1/97 bis 1/98 der Zeitschrift als ZIP- bzw. PDF-Dateien geladen werden. Zudem bieten wir unter SERVICE ein für die Studierenden in pflegerischen Hochschulstudiengängen zusammengestelltes Paket nützlicher Programme und Internetadressen an, das den Start in die akademische Laufbahn erleichtert.

Ein Jahresabonnement der HOCHSCHULFORUM PFLEGE kostet 30 DM; inklusive Verpackung und Versand werden unseren Abonnenten für den Bezug von zwei Ausgaben damit derzeit 38,50 DM in Rechnung gestellt. Wir bitten unsere Abonnenten für eventuelle Irritationen um Entschuldigung.

Mit der Ausgabe 1/99 möchten wir zum Sommer/Herbst den Serviceteil erweitern und planen die laufende Veröffentlichung von Forschungsprojekten in den Studiengängen. Uns liegt an Ihrer Partizipation: Um Ihnen den Kontakt zu uns zu erleichtern, haben wir dieser Ausgabe Fragebogen beigelegt, über deren Rücksendung wir uns freuen würden.

Als THEMENSCHWERPUNKT für die kommende Ausgabe wurde von uns *Pflege in der Psychiatrie* ins Auge gefasst. Die inhaltliche Festlegung ist noch offen; wir freuen uns auf die Anregungen und Artikel seitens der LeserInnen.

In diesem Sinne:

Euer/Ihr Redaktionsteam

IMPRESSUM:

HOCHSCHULFORUM PFLEGE wird herausgegeben vom Institut für Pflegewissenschaft der 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, J.Laible, C.Pinkert, S.Renneke, A.Rutenkröger, M.Schmittel, P.Tackenberg, 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 und wird an Hochschulen in Deutschland, Österreich und der Schweiz kostenlos an die Pflegestudiengänge verteilt.

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.Götze, Fachhochschule Neubrandenburg, Prof.Dr.I.Kollak, A.Huber, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, Prof.Dr.M. Moers, 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 vierte Ausgabe:

28.02.1999

ISSN-Nr. 1436-7599

Sprecht Ideen oder die Veröffentlichung fertiger Artikel mit uns ab.

Photos sollten als Originalabzüge, Graphiken mit möglichst hoher Auflösung eingesandt werden.

Das Urheberrecht verbleibt bei den Autoren. Einer Veröffentlichung im Printmedium folgt die Veröffentlichung im Internet, sofern Autoren dem nicht ausdrücklich widersprechen. Aus technischen Gründen verbleibt das Layout in der Redaktion.

PFLEGEVERSICHERUNG UND PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Andreas Büscher

Dieser Artikel ist eine Zusammenfassung einer Literaturstudie, die im Rahmen einer Diplomarbeit zu den „Auswirkungen der Pflegeversicherung auf familiäre Pflegesituationen“ (Büscher, 1998) durchgeführt wurde. Er faßt die Ergebnisse bisheriger Untersuchungen zur Pflegeversicherung mit Bezug auf häusliche Pflegesituationen zusammen und bietet Ansätze zum Verständnis familiärer Pflegesituationen. Eine Veröffentlichung der Diplomarbeit ist in Vorbereitung und wird 1999 erscheinen (herausgegeben von W. Schnepf).

Der Einführung der Pflegeversicherung ging ein ca. 20jähriger Diskussionsprozeß voraus, an dem sich verschiedene Akteure mit unterschiedlichsten Interessen beteiligt haben (vgl. Meyer, 1996). Es würde den Rahmen des Artikels sprengen, diesen Prozeß hier darzustellen.

Die Ziele, die mit der Einführung der Pflegeversicherung verbunden waren, faßt die Bundesregierung in ihrem ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung zusammen (Deutscher Bundestag, 1997, S. 7/8):

1. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit soll sozial abgesichert werden.
2. Die durch die Pflegebedürftigkeit entstehenden physischen, psychischen und finanziellen Belastungen sollen abgemildert und ein Angewiesensein auf die Sozialhilfe soll verhindert werden.
3. Es soll der zukünftigen demographischen Entwicklung Rechnung getragen werden.
4. Der Verbleib der Pflegebedürftigen in der häuslichen und familiären Umgebung soll möglichst lange gewährleistet werden.
5. Die soziale Sicherung der Pflegepersonen soll verbessert werden, um die Pflegebereitschaft im häuslichen Bereich zu fördern.
6. Die Pflegeinfrastruktur in der Bundesrepublik soll auf- und ausgebaut werden.

Pflegende Angehörige sind in diesen Zielen implizit angesprochen. Sie sind, wie Klie (1997, S. 18) es ausdrückt: „...als Bürger angesprochen, verpflichtet zur Solidarität, in Grenzen anspruchsberechtigt, etwa hinsichtlich sozialer Sicherungsleistungen, aber von der Mitwirkung in den individuellen und kollektiven sozialrechtlichen Fragen ausgeschlossen.“

Einschätzung der Pflegeversicherung

Im folgenden werden erste veröffentlichte Untersuchungen zur Pflegeversicherung dargestellt:

Eine Studie zu den Auswirkungen der Pflegeversicherung der Universität Hamburg (Runde, 1996) kommt zu dem Ergebnis, daß die Pflegeversicherung von der Mehrheit der Leistungsempfänger positiv aufgenommen wird. Die Ergebnisse der Studie dienen der Bundesregierung zur Bestätigung dafür, daß mit der Pflegeversicherung der richtige Weg beschritten worden ist (Deutscher Bundestag, 1997, S. 20).

Der bislang vorliegende erste Ergebnisbericht dieses im Paneldesign angelegten Forschungsprojekts beruht auf den Ergebnissen von 3.359 ausgewerteten Fragebögen einer repräsentativen Personengruppe. Weitere Ergebnisse beziehen sich auf häusliche Pflegesituationen. Danach sind die Übernahme und die Organisation der häuslichen Pflege geprägt von Faktoren wie Verantwortungsgefühl, der Fortführung des Lebens in vertrauter Umgebung und dem Verhältnis zum Pflegepartner. Die Unterstützungsformen der häuslichen Pflege sind unterschiedlich und vielfältig und es kann nicht von einheitlichen Interessen bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen ausgegangen werden. Zusätzlichen Bedarf an Pflegegeld äußerten rund ein Viertel der Befragten und rund 10% stellten zusätzliche Sachleistungsforderungen.

Die durch die Pflegeversicherung intendierte Inanspruchnahme von Sachleistungen wurde nicht erreicht. Trotz der Höherbewertung der Sachleistung gegenüber der Geldleistung nehmen 85% der Pflegebedürftigen die Geldleistung in Anspruch. Als Gründe dafür werden in der Hamburger Studie die größere Unabhängigkeit gegenüber Angehörigen und



Dipl. Pflegewirt (FH)
Andreas Büscher

Adresse:
Kiwittstraße 38a
49080 Osnabrück

Fax: 0541/801228
Andreas.Buescher@t-online.de

der eigene Handlungsspielraum genannt. Veränderte Ergebnisse zeigen sich in der zweiten Befragung, die im Winter 1997/1998 durchgeführt wurde und deren Ergebnisse während einer Tagung zu den Auswirkungen der Pflegeversicherung dargestellt wurden (vgl. Kerschke-Risch, 1998). Danach gibt es einen leichten Trend zur Inanspruchnahme der Kombinationsleistung zuungunsten der Geldleistung. 25% gegenüber 18,6% in der ersten Befragung der Pflegebedürftigen sind nun in Pflegestufe III eingestuft, wobei bei 58% der Befragten eine subjektiv empfundene Steigerung der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Insgesamt wird die Pflegeversicherung in der zweiten Befragung deutlich schlechter beurteilt (vgl. a.a.O., S. 109f).

Hinweise auf die Bevorzugung der Geldleistung gab es in einer Erhebung zu den Wirkungsaspekten der Neuregelung zum Sozialgesetzbuch V (Mann, 1992), die der Pflegeversicherung vorausging. Eine detaillierte Untersuchung und Erklärungsansätze zu diesem Bereich liefert Evers (1997). Er stellt die Ergebnisse einer Pilotstudie zu den Geld-

leistungen der Pflegeversicherung vor, die auf Interviews mit Expertinnen und Experten sowie leitfadengestützten Interviews mit Pflegebedürftigen und Angehörigen beruht. Neben der Feststellung, daß es sich bei der Geldleistung um ein Novum bei den sozialen Anrechten in Deutschland handelt, kommt er zu der Einschätzung, daß das Problem der Entscheidung zwischen Geld- und Sachleistung meistens nachrangig ist zu den Problemen, die im Rahmen einer oft plötzlichen und komplexen Veränderung der Lebenslage durch den Eintritt von Pflegebedürftigkeit entstehen (a.a.O., S. 511). Evers kritisiert im Zusammenhang der Studie, daß es in Deutschland bislang kaum typologisierende Bestandsaufnahmen familialen Pflegeverhaltens gibt. Er verweist auf eine der verfügbaren Erörterungen von Steiner-Hummel/Zellhuber (1991, entnommen aus Evers, 1997, S. 516), die drei Typen von Situationen unterscheidet: „Pflegegemeinschaften“ sind charakterisiert „...durch jüngere, emotional widersprüchlich gebundene Angehörige, die aus Pflichtgefühl, bei starkem Einfluß weiblicher Wertemuster und Rollenzuweisungen den größten Teil der Pflege übernehmen, so daß für Hilfe von außen wenig Platz bleibt.“ Pflege in „Lebensgemeinschaften“ ist die „Pflege zwischen Lebenspartnern, wo nach langen Pflegezeiten die Öffnung der Beziehung für Hilfen von außen große Probleme bereitet.“ Im Gegensatz zu diesen beiden Formen, die eine Hilfe von außen schwierig werden lassen, wurde der Typus der „aktiven Grenzregulierer“ gefunden, bei dem es sich um Angehörige handelt, „...die auf Unterstützungsbedarf reagieren, an Lösungen mitwirken, aber ihre praktische und emotionale Verfügbarkeit begrenzen und auf die Einschaltung von Hilfen von außen hinwirken.“ (dazu auch Klie, 1998b).

Die Studie von Evers erhärtet weiterhin die auch an anderer Stelle (Klie, 1997; Mager, 1995) geäußerte Überzeugung, daß in der Regel enge Familienangehörige für die Pflegebedürftigen Verantwortung übernehmen und Entscheidungen treffen. Als Gründe für die Inanspruchnahme von Geldleistungen werden genannt: Vorbehalte und Vorurteile gegenüber Pflegediensten und die Wertung von Geldleistungen als Anerkennung und Aufbau von Selbstwertgefühl. Die Studie

bezweifelt einen automatischen Wechsel von Geld- zu Sachleistung im Falle einer Streichung der Geldleistungen. Vielmehr sei von „...einer weit verbreiteten privatistischen Pflegekultur, die eine erhebliche Resistenz gegenüber finanziellen Steuerungsversuchen aufweist...“ auszugehen (Evers, 1997, S. 517). Zusammenfassend bemerkt Klie zu diesem Bereich: „Die Pflegeversicherung enthält einen normativen Vorrang der Sachleistung gegenüber der Geldleistung, der empirisch nicht eingelöst wurde, was wiederum Voraussetzung für die ökonomische Bonität der Pflegeversicherung und entsprechender Erfolgsmeldung des BMA darstellt.“ (Klie, 1998a, S. 49)

Schlußfolgerungen

Bei der Entstehung der Pflegeversicherung sind die Belange und Interessen pflegender Angehöriger nicht explizit Gegenstand der gesetzlichen Vorgaben. „Sie sind Objekt und nicht Subjekt der Pflegeversicherung, obwohl ihnen die Hauptpflegearbeit zugeordnet wird.“ (Klie, 1997, S. 18). Die Komplexität häuslicher Pflegesituationen wird an den Schnittstellen der an den Leistungen der Pflegeversicherung beteiligten Akteure (Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen) und häuslichen Pflegearrangements deutlich. Die gesetzlichen Regelungen haben einen Bedarf an inhaltlicher und konzeptioneller Weiterentwicklung. Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen arbeiten daran, ihre jeweiligen Angebote an diesem Bedarf auszurichten. Die überwiegende Inanspruchnahme von Geldleistungen, die so nicht erwartet war, macht deutlich, daß die Bereitstellung einer umfangreichen pflegerischen Infrastruktur und die gewollte Einschaltung von Pflegediensten allein nicht ausreicht, um ein Ineinandergreifen von sozialpolitischen Vorgaben und häuslichen Pflegerealtäten zu realisieren.

Modelle familialer Pflegesituationen

Für die Beschäftigung mit familialen Pflegesituationen fordert Görres (1993) ein neues Forschungsparadigma. Er kritisiert, daß Belastungen im wesentlichen situativ in Querschnittuntersuchungen beforcht und

abgefragt werden. Er beklagt einen Mangel an Längsschnittuntersuchungen zur Pflegeerfahrung von Familien, „...die den Versuch unternehmen, die Adaptionsmuster und die Formen des Problemkomplexes einer chronischen Krankheit in einem langfristigen, in Stadien zu beschreibenden Lernprozeß der beteiligten Familienmitglieder“ untersuchen (a.a.O., S. 382). Görres prägt den Begriff der „Angehörigenkarrieren“, deren Untersuchung nur dann möglich ist, „wenn ein begrifflicher Rahmen und eine empirische Vorgehensweise gewählt werden, die der Dynamik der Pflegeverläufe gerecht werden und die Auswertung mittels eines qualitativen Interpretationsverfahrens in ihrer Dynamik sichtbar machen“ (a.a.O., S. 382).

Der Verlauf einer „Angehörigenkarriere“ ist beschrieben bei Lindgren (1993) für PartnerInnen von dementierenden Menschen. Sie beschreibt die „caregiver career“ in Anlehnung an die Definition von Corbin und Strauss der „Illness trajectory“ (Corbin/Strauss, 1988). Trajectory kann übersetzt werden mit einer Verlaufskurve, die sich aus der wechselseitigen Beziehung zwischen ständig sich verändernden Bedingungen einer chronischen Erkrankung und den zur Bewältigung der Folgen für das physische Wohlbefinden, die Biographie und die Verrichtung des alltäglichen Lebens erforderlichen und individuell ausgeführten Handlungen der betroffenen Person ergibt (so bei Schroer, 1997). Nach Lindgren verläuft die „caregiver career“ in drei Stadien: dem Encounter-Stadium, dem Enduring-Stadium und dem Exit-Stadium.

Encounter bedeutet eine unerwartete Begegnung. Dieses Stadium ist gekennzeichnet durch die Mitteilung und das Verständnis der Diagnose des Pflegeempfängers. Es findet eine Einschätzung der Bedeutung der Diagnose statt und gleichzeitig das Lernen neuer Pflegefähigkeiten sowie die Veränderung des Lebensstils. Im Enduring-Stadium (beständiges Stadium) beschreibt Lindgren große Arbeitsbelastungen und die Etablierung von Routinen in der Pflege. Das Exit-Stadium (Ausgangs-Stadium) beinhaltet Entscheidungen, Aktivitäten und Beurteilungen, die mit dem Ende der Pflegerolle verbunden sind. Dieses Stadium tritt ein, wenn entweder eine Institutionalisierung oder der Tod des

Pflegebedürftigen bevorsteht, wobei die Institutionalisierung keinesfalls ein Ende der Pflegesituation bedeutet, da die pflegenden Angehörigen nach wie vor stark in die Pflegesituation involviert sind (dazu auch Meier, 1989).

Für familiäre Pflegebeziehungen von AIDS-Patienten haben Brown und Powell-Cope (1991) mit Hilfe der Grounded Theory eine Theorie generiert, deren Kernkategorie in Übergangsstadien durch Unsicherheit besteht (Transitions through Uncertainty). Die Übergangsstadien werden in dieser Arbeit beschrieben als eine große Veränderung von Lebensumständen, die durch Unsicherheit, das Infragestellen eigener Annahmen und eine Neubestimmung eigener Lebenspläne geprägt ist. Das Resultat von Übergangsstadien ist die Neuordnung eigener Lebenspläne und eine veränderte Selbstidentität. Die Bedeutung des Konzepts der Transitionen für die Pflege wird auch ausführlich von Schumacher/Meleis (1994) analysiert.

Brown/Powell-Cope (a.a.O.) definieren Unsicherheit als das grundlegende sozialpsychologische Problem einer Pflegebeziehung, daß sich äußert als die Unfähigkeit der Pflegenden, zukünftige Ereignisse und Ergebnisse vorauszusagen und als Mangel an Vertrauen in alltägliche Entscheidungen über die Pflege der kranken Person. Die Kernkategorie ist charakterisiert durch fünf Unterkategorien mit entsprechenden Stadien und Strategien: In der ersten Unterkategorie, dem Handhaben der und dem Gehandhabt werden von der Krankheit, beobachten und analysieren die Pflegenden. Sie handeln für den Kranken und koordinieren die Hilfe. Die zweite Kategorie, Leben mit Verlust und Tod, ist geprägt durch das Bewußtwerden des Verlustes, eine ungewisse Zukunft und einer maximalen Bedeutung der Gegenwart. Die dritte Kategorie wird Neuaushandlung der Beziehung genannt. Es findet eine Modifikation des Gebens und Nehmens in der gegenseitigen Beziehung statt. Die Pflegenden müssen mit der Abhängigkeit zurechtkommen und versuchen, bestehende Konflikte zu minimieren. Die Kategorien vier und fünf, das Öffentlich machen und die Bewußtwerdung des Ausmaßes von HIV, beziehen sich auf die besondere Situation von AIDS-Patienten und ihren Pflegenden,

die gesellschaftlich diskriminierenden Handlungen ausgesetzt sind und die sich Fragen über das eigene Risiko, sich mit HIV zu infizieren, stellen.

Einen etwas anderen Ansatz zur Beschreibung familiärer Pflegesituationen hat Bowers (1987) gewählt. Sie hat mit Hilfe der Grounded-Theory-Methode eine Theorie intergenerativer Pflegebeziehungen entwickelt. Ihr Hintergrund liegt in der Annahme, daß beruflich Pflegenden, die eine entscheidende Rolle bei der Pflege von älteren Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen spielen, dabei nicht in Betracht ziehen, was von den Angehörigen für die Pflegesituation als entscheidend angesehen wird.

Bowers argumentiert, daß auf Tätigkeiten basierende Kategorien ungeeignet zum Verständnis intergenerativer Pflegebeziehungen sind und daß familiäre Pflege definiert ist durch die Absicht und Bedeutung, die Pflegenden einem Verhalten zuschreiben. Diese Absicht und Bedeutung ist entscheidender als die Natur oder die Anforderung des Verhaltens an sich. Sie untermauert ihre Auffassung mit der Beobachtung, daß wenn Pflegenden gebeten werden, ein Verhalten als Pflege oder etwas anderes zu bezeichnen, sie rein willkürliche Entscheidungen treffen. So kann Essen kochen eine Pflegehandlung oder eine reine Tätigkeit sein oder beides gleichzeitig.

Ausgehend von der genannten Definition von Pflege fand Bowers fünf konzeptuell unterschiedliche, sich aber empirisch überlappende Kategorien familiärer Pflege:

a) anticipatory caregiving (voraussehende Pflege): Diese Kategorie wurde oft in Eltern-Kind-Pflegebeziehungen gefunden, die durch eine räumliche Distanz charakterisiert sind. Sie umfaßt Handlungen und Entscheidungen, die auf möglichen angenommenen Bedürfnissen der Eltern beruhen. „Für den Fall, daß...“ (just in case) ist der Schlüsselbegriff in diesem Zusammenhang.

b) preventive caregiving (präventive Pflege): Darin sind Aktivitäten eingeschlossen, die den Zweck haben, Krankheit, Verletzung, Komplikationen sowie physische oder geistige Verschlechterungen zu verhindern. Diese Aktivitäten sind zu unterscheiden durch ihren Zweck und nicht durch die mit ihnen verbundenen Aufgaben.

c) supervisory caregiving (beaufsichtigende Pflege): Sie umfaßt Aktivitäten wie das Arrangieren für, Kontrollieren, Sichern und Bereitstellen.

d) instrumental caregiving (instrumentelle Pflege): Dazu gehören Aktivitäten wie das Handeln für, Assistieren, zur Verfügung stellen und Geben. Bowers weist darauf hin, daß diese Tätigkeiten allgemein mit dem Begriff Pflege assoziiert werden und die größte Aufmerksamkeit in Studien zu pflegenden Angehörigen genießen. Die Pflegenden selbst messen dieser Kategorie die geringste Bedeutung bei.

e) protective caregiving (schützende Pflege): Die Pflegenden erfahren diese Art der Pflege als die wichtigste und schwierigste Form. Sie wird beschrieben als der Schutz der Eltern vor Konsequenzen, die nicht vermieden werden konnten oder können und beziehen sich mehr auf die Bedrohungen des Selbstbildes als auf das physische Wohlbefinden. Innerhalb dieser Form der Pflege rekonstruieren Pflegenden die Bedeutung eines Ereignisses oder einer Situation, indem sie das Ereignis auf die Persönlichkeit der Eltern übertragen und in einen Zusammenhang stellen.

Schluß

Die Einführung der Pflegeversicherung hat einige Initiativen bei den beteiligten Akteuren (Pflegekassen, Pflegedienste und -einrichtungen, Länder und Kommunen) ausgelöst, die durch den beobachteten Bedarf hervorgerufen wurden und zu der gewollten Angebotsvielfalt am Pflegemarkt führen können. Festzuhalten bleibt aber, daß die Pflegeversicherung nur in sehr eingeschränkter Form die Realitäten familiärer Pflegesituationen reflektiert. Zu kritisieren ist, daß der Fokus ausschließlich auf die pflegebedürftigen Menschen gerichtet ist. Leistungen werden nur dort gewährt, wo funktionsorientierte Unterstützung erforderlich ist. Pflegenden Angehörige werden als vorhandene Ressource betrachtet, die zwar einen Anspruch auf soziale Sicherung erhält und einige Angebote bekommt, deren Gesamtsituation aber keine Würdigung erfährt. Der im Pflegeversicherungsgesetz normativ festgehaltene Anspruch des Vorrangs der häuslichen Pflege wird nicht zu verwirklichen sein, wenn nicht die

Realität der häuslichen Situation in den Familien und sonstigen Netzwerken entsprechend berücksichtigt und gefördert wird.

Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive ist es meines Erachtens erforderlich, dem Bereich der häuslichen Lebenswelt verstärkte Aufmerksamkeit zuzuwenden. Die Einsicht in familiäre oder andere soziale Pflegesituationen ist eine unabdingbare Voraussetzung für ein adäquates pflegerisches Handeln, welches der Komplexität häuslicher Pflegesituationen gerecht wird.

Andreas Büscher

Literatur:

Bowers, Barbara J. (1987): *Intergenerational caregiving: adult caregivers and their aging parents*, in: *Advances in Nursing Science*, 1987, 9(2), 20-31

Brown, M.A.; Powell-Cope, G.M. (1991): *AIDS family caregiving: Transitions through uncertainty*, *Nursing Research*, 1991, 40 (6), 338-345

Büscher, Andreas (1998): *Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf familiäre Pflegesituationen*, Diplomarbeit, Fachhochschule Osnabrück, unveröffentlicht

Corbin J.M.; Strauss, A. (1988): *Unending work and care: Managing chronic illness at home*, San Francisco, Jossey-Bass

Deutscher Bundestag, 13. Wahlperiode (1997): *Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Unterrichtung durch die Bundesregierung, BT-Drucksache 13/9528 vom 19.12.1997*

Evers, Adalbert (1997): *Geld oder Dienste - Zur Wahl und Verwendung von Geldleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung*, in: *WSI-Mitteilungen* 7/1997, S. 510 - 518

Görres, Stefan (1993): *Familiennpflege und Angehörigenkarrieren*, in: *Zeitschrift für Gerontologie* 26: 378-385

Kerschke-Risch, P. (1998): *Zufriedenheit und Kritik - Die Pflegeversicherung aus der Sicht von Betroffenen*, in: *Loccum Protokolle 17/98: Was hat die Pflegeversicherung für Angehörige gebracht ?, Loccum, 1998*

Klie, Thomas (1997): *Normative Optionen: Die Stellung des Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen im SGB XI*, in: *Ute Braun/Roland Schmidt (Hrsg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur*, Transfer-Verlag, Regensburg, 1997, S. 9 - 22

Klie, Thomas (1998a): *1111 Tage danach*, in: *Häusliche Pflege* 6/98, S. 44-49

Klie, Thomas (1998b): *Effektivität und Effizienz durch das Recht der Pflegeversicherung*, in: *Dr. med. Mabuse, Nr. 113, Mai/Juni 1998*, S. 32-35

Lindgren, Carolyn L. (1993): *The caregiver career*, in: *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, Volume 25, Number 3, Fall 1993, S. 214-219

Mager, Hans-Christian (1995): *Moral hazard in der (sozialen) Pflegeversicherung ?*, in: *Fachinger/Rothgang (Hrsg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes*, Berlin, 1995, S. 115-135

Mann, Bernhard (1992): *Wirkungsaspekte der Neuregelung zum Sozialgesetzbuch V (Häusliche Pflege)*, in: *Mensch Medizin Gesellschaft* 17 (1992) 201 - 207

Meier, Martha (1989): *Angehörige in der Langzeitpflege*, in: *Pflege, Band 2, Heft 2*, S. 92-104

Meyer, Jörg Alexander (1996): *Der Weg zur Pflegeversicherung*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main

Runde, Peter et al. (1996): *Einstellungen und Verhalten zur Pflegeversicherung und zur häuslichen Pflege, Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung, Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Leistungsempfängern der Pflegeversicherung*, Hamburg

Schroer, Claudia (1997): *Langzeiteffekte geriatrischer Rehabilitation unter pflegerischer Perspektive*, Diplomarbeit, Fachhochschule Osnabrück, unveröffentlicht

Schumacher, Karen L; Meleis, Afaf I. (1994): *Transitions: A central concept in nursing*, in: *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, Vol 26, No 2, Summer 1994, S. 119-127

Steiner-Hummel, I.; Zellhuber, B. (1991): *Beratungsstelle für pflegende Angehörige und Gerontopsychiatrie in der Stadt Augsburg. Gesamtbericht des dreijährigen Modellprojekts "Leben und Pflegen"*, herausgegeben vom Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln, 1991

ARBEITSBEDINGUNGEN UND DIE EINFÜHRUNG

Prof. Dr. Stefan Görres und Dr. Karin Luckey

Strukturelle Veränderungen und Bedarfssituation

Die demographische, epidemiologische und versorgungsstrukturelle Entwicklung in den industrialisierten Ländern Europas führt zu einer veränderten Bedarfs- und auch Bedürfnislage in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen.

Der steigende Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung bedingt einen Wandel hin zu chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit.

Komplexere und schwierigere Krankheits- und Pflegebedürftigkeitsbilder haben oftmals einschneidende Konsequenzen für die Lebensweise und Autonomie der Betroffenen und ihrer HelferInnen. Zudem wird die Pflege mit fachlich komplizierteren und anspruchsvoller gewordenen Rahmenbedingungen und Strukturen konfrontiert.

Die beschriebenen Phänomene des Strukturwandels stellen hohe fachliche Anforderungen an eine ganzheitliche und umfassende, die individuelle Situation und die Bedürfnisse der Betroffenen berücksichtigende Pflege und erfordern ein differenzierteres Leistungsangebot.

Gefordert ist eine inhaltliche Schwerpunktsetzung auf die Aktivierung physischer, psychischer und sozialer Ressourcen der Patienten und Pflegebedürftigen und ihres sozialen Umfeldes. Vor allem qualitativ sind neue Aufgaben gefordert, wie die verstärkte psychosoziale Betreuung der Patienten, die Gesundheitsvorsorge und -beratung, Rehabilitationsaufgaben, Hilfestellung bei der Lebensbewältigung, Verständnis und Kompetenz bezüglich Alltagsproblemen, Kooperations- und Vermittlungsaufgaben und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Gefordert sind auch Veränderungen in den Formen der Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Dienste innerhalb und außerhalb der Einrichtungen, d.h. multiprofessionelles, überinstitutionelles und vernetztes Arbeiten. Damit wird deutlich, wie umfassend der medizinische und pflegerische Auftrag gerade bei chronisch kranken, hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen zu verstehen ist. Neben den rein medizinischen und pflegerischen Dimensionen schließt er auch soziale und existentielle Dimensionen im Sinne einer für das differenzielle Bild vom Altern zwingend notwendigen Mehrdimensionalität des Alterns mit ein. Medizinisches und pflegerisches Handeln umfassen somit neben ihrem eigentlichen Auftrag auch den Umgang mit vielschichtigen interpersonellen, familialen, soziokulturellen und ökonomischen Folgeproblemen und ein Verständnis für die häufig sehr komplexen Person-/Umwelt-Relationen (vgl. Görres 1994). Die Praxis der Pflege älterer Menschen muß daher ihr Konzept auf eine breitere, durch pflegewissenschaftliche und gerontologische Wissensinhalte angeereicherte Basis stellen.

Veränderte Anforderungen in der Altenpflege

In Ergänzung zum allgemeinen Strukturwandel mit daraus abzuleitenden Anforderungen an die Pflege lassen sich spezifische Kriterien für notwendige Veränderungen in Pflegediensten der stationären Altenhilfe benennen.

Die Bewohnerstrukturen in stationären Pflegeeinrichtungen sind

IN DER ALTENPFLEGE DER PFLEGEVERSICHERUNG

Die Einführung der Pflegeversicherung am 1. Juli 1996 brachte weitgehende organisatorische, personelle, leistungsbezogene und betriebswirtschaftliche Konsequenzen für die Pflegeeinrichtungen mit sich. Zu erwarten sind auch zukünftig deutliche Effekte im Hinblick auf das Nachfrageverhalten und in den Leistungsstrukturen des gesamten Bereichs der sozialpflegerischen Versorgung sowie eine stärkere Wettbewerbs- bzw. Marktorientierung unter den Pflegeeinrichtungen.

Dies weist darauf hin, daß die Einführung der Pflegeversicherung die vorhandenen Pflegeeinrichtungen vor die Notwendigkeit einer umfassenden und in ihren Konsequenzen bisher kaum überschaubaren Umstrukturierung der gesamten betrieblichen Organisationsformen, Arbeitsabläufe und Personalentwicklung sowie der Anpassung der Leistungsqualität im Rahmen der veränderten Finanzierungsbedingungen gestellt hat.

zunehmend gekennzeichnet durch einen hohen Anteil an schwerstpflegebedürftigen Menschen.

Die Ansprüche an eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung sowie die Wohn- und Servicebedingungen sind seitens der älteren Menschen gestiegen. Der stationäre Bereich ist als Wohn- und Lebensform zu gestalten, der der gewohnten Lebensform so weit wie möglich nahe kommt. Selbstbestimmung und weitgehende Autonomie der Bewohner in ihrer Lebensgestaltung kommen auch im stationären Bereich handlungsleitende Bedeutung zu. Dies setzt einen bewohnerorientierten Arbeitsansatz voraus. Die Wahlfreiheit der Leistungen, flexible, individuelle Versorgungskonzepte sind als Gestaltungsprinzip in der stationären Versorgung zukunftsweisend und sind entscheidend für die Lebensqualität der Bewohner.

Dies setzt die Entwicklung von institutionellen Rahmenbedingungen voraus, die es ermöglichen, unterschiedliche Lebensstile, Gewohnheiten, Bedürfnisse und Wünsche bezüglich Pflege, Versorgung und Betreuung zu berücksichtigen. Daher sind in der stationären Pflege Konzepte und Strukturen zu entwickeln, die diesem Anspruch gerecht werden. Hierzu gehören insbesondere Maßnahmen im Bereich der Reorganisation des Arbeitsablaufs, der Personaleinsatz- bzw. Dienstplanung, der bewohnerorientierten Angebotsentwicklung und Leistungserbringung sowie flankierende Konzepte zur Erweiterung von Qualifikationsprofilen und Kompetenzen der Beschäftigten. Die Analyse der gegenwärtigen Situation zeigt auf, daß die Pflege – und dies nicht erst seit Einführung der Pflegeversicherung – gekennzeichnet ist durch ein Spannungsverhältnis: auf der einen Seite hohe fachliche Anforderungen an die Pflege angesichts des Strukturwandels, auf der anderen Seite fehlende fachliche, instrumentelle und strukturelle Ressourcen der Pflege.

Ausgangsbedingungen und Auswirkungen der Pflegeversicherung auf den stationären Altenpflegebereich

Angesichts der durch die Einführung der Pflegeversicherung dringenden Notwendigkeit einer grundsätzlichen Umstrukturierung und Umorientierung für die Pflege und das Pflegehandeln (vgl. Görres 1995) stehen den strukturellen Veränderungen und hohen fachlichen Ansprüchen in der stationären Altenpflege nicht nur mangelhafte Voraussetzungen gegenüber, vielmehr werden diese defizitären Ausgangsbedingungen durch die Einführung der Pflegeversicherung in der Verbindung mit deren eigenen Auswirkungen offensichtlich noch verstärkt (vgl. Weyerer/Zimber 1997).

Zentrale Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die stationären Pflegeeinrichtungen

Die zentrale Zielsetzung der Pflegeversicherung besteht darin, das Risiko der Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer Solidargemeinschaft von Versicherten durch Dienst-, Sach- und Geldleistungen abzumildern, um Betroffenen und ihren Angehörigen ein abgesichertes Leben trotz Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen. Damit verbunden ist die Absicht, das Angebot von Pflegeleistungen, die durch Versorgungseinrichtungen erbracht werden, in seiner Versorgungsqualität zu verbessern, die wirtschaftliche Effizienz der Leistungserbringung zu erhöhen bzw. transparenter zu gestalten sowie vor allem leistungsgerechter zu vergüten. In diesem Zusammenhang wird in der Stärkung des Wettbewerbs seitens des Pflegeversicherungsgesetzes ein zentrales Instrument zur Erreichung der intendierten Ziele gesehen. Vor diesem Hintergrund sind zentrale Auswirkungen für den stationären Pflegebereich zu erwarten.

Durch die Pflegekassen werden im wesentlichen lediglich die pflegebedingten Aufwendungen, die je nach zugrundegelegter Pflegestufe im einzelnen festgelegt werden, finanziert (vgl. §43(1) SGB XI). Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung und für Zusatzleistungen nach §88 SGB XI haben die Pflegebedürftigen selbst zu zahlen. Die Pflegekassen können bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III lediglich in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von besonderen Härten die zusätzlich notwendigen pflegebedingten Aufwendungen bis zu einer finanziellen Höchstgrenze (DM 3.300) monatlich dann übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist (z. B. bei Apallikern oder im Endstadium von Krebserkrankungen). Allerdings haben die Pflegekassen sicherzustellen, daß die Ausnahmeregelungen insgesamt nicht für mehr als 5 v. H. der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III Anwendung finden. Ausgehend von diesen Einschränkungen der Leistungsfinanzierung durch die Pflegeversicherung ist generell davon auszugehen, daß der derzeitigen quantitativen und qualitativen Versorgung im stationären Bereich im Vergleich zur Ist-Situation eher noch engere Grenzen gesetzt werden. Insgesamt ist davon auszugehen, daß die Pflegebedürftigen auch weiterhin Leistungen im stationären Pflegebereich selbst finanzieren oder ggf. im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt von den kommunalen Selbsthilfeträgern in der Finanzierung abhängig sein werden. Vor dem Hintergrund ist ein Interesse zu erwarten, den Anteil für allgemeine Pflegeleistungen, der zu Lasten des Pflegebedürftigen bzw. subsidiär des Sozialhilfeträgers geht, so gering wie möglich zu veranschlagen. Dies kann die Leistungsqualität erheblich beeinflussen.

Die Einführung der Pflegeversicherung wird in immer stärkerem Maße das Prinzip der individuellen Kostenerstattung und damit die Pflegesätze, ermittelt auf der Basis betriebswirtschaftlicher Kosten- und Personalstrukturen, verdrängen. Zu erwarten ist, daß sich die Kostenerstattung, ähnlich wie auch bei der Krankenhausfinanzierung, im Pflegebereich zunehmend an einem leistungsorientierten Preissystem orientieren wird (Leistungspauschalen). Dies wird zur Folge haben, daß die Kosten- und Leistungserbringer zukünftig statt ressourcenorientierter Steuerungsinstrumente eher leistungsbezogene Instrumente entwick-



Prof. Dr. Stefan Görres

Adresse:

Universität Bremen
 FB 11, Human- und
 Gesundheitswissenschaften
 Studiengang Lehramt Pflegewissenschaft
 Postfach 330440
 28334 Bremen

keln werden. Dies hat weiter zur Folge, daß in den Einrichtungen betriebswirtschaftliche Steuerungs- und Führungsqualitäten entwickelt werden müssen, nicht auch zuletzt, um den betriebswirtschaftlichen Gestaltungsspielraum der Einrichtungen und die Wettbewerbsfähigkeit zu erhöhen (vgl. Damkowski et al. 1997).

Die stationären Pflegeeinrichtungen werden in ihrer Leistungserbringung in Zukunft eine Reihe unterschiedlicher Kostenträger berücksichtigen müssen: Selbstträger, Kranken- und Pflegekassen, ggf. auch andere Rehabilitationsträger und den Sozialhilfeträger. Es ist davon auszugehen, daß für die Leistungsabrechnung ein entsprechendes System der Leistungserfassung entwickelt werden muß, das sich dem System der jeweiligen Kostenträgerschaften optimal gemäß den jeweiligen Interessen und Vorgaben anpaßt und es ermöglicht, alle jeweils zur Abrechnung bringbaren Leistungen zu dokumentieren. Zu erwarten ist, daß jeder Leistungsbereich bzw. entsprechende Kostenträger eigene Leistungsvoraussetzungen und -bereiche definieren und weiterhin Aushandlungsprozesse zwischen den Kostenträgern hinsichtlich der Leistungserstattung auf Kosten der Betroffenen bzw. Einrichtungen geführt werden. Die Entwicklung und Anwendung einer entsprechenden Kostenrechnung auf der Basis von Einzelleistungen und eine entsprechende Dokumentation und Kontrolle führen im stationären Bereich zu einem neuen betriebswirtschaftlichen System. Die Durchführung der Kostenrechnung wird zudem den Einsatz von EDV-

Techniken zur differenzierteren Leistungserfassung und zur Sicherstellung eines zuverlässigen Informationsflusses zwischen Pflege und Verwaltung erforderlich machen. Ein erheblicher Mehraufwand in der Pflegedokumentation und im Abrechnungswesen wird die Folge sein. Der bürokratische Mehraufwand im Pflegebereich führt zu einer Veränderung der Arbeitsaufgaben.

Veränderte Kostenabrechnungssysteme und bürokratischer Mehraufwand führen voraussichtlich auch zu einer Veränderung des Handlungsspielraums bei der Betreuung der Pflegebedürftigen bzw. in dem bisherigen Grundverständnis eines bewohnerorientierten ganzheitlichen Arbeitsansatzes. Beispielsweise können Zusatzleistungen gemäß §88 SGB XI im pflegerischen Bereich nur vor Beginn der Leistung und gemäß einer entsprechenden Vereinbarung mit dem Pflegebedürftigen bzw. dem Kostenträger erbracht werden.

Die stationären Pflegeeinrichtungen werden in Zukunft ihre Leistungen nicht mehr wie bisher über regional vereinbarte Pflegesätze refinanzieren können, sondern es ist eine Differenzierung bei der Kosten- und Leistungsabrechnung erforderlich (z.B. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch Pflegekassen, Investitionskosten durch öffentliche Förderung, Behandlungspflege durch Krankenkassen).

Ausgehend von den zwischen den Kostenträgern zum Teil noch nicht eindeutig geklärten Zuordnungen der oben genannten Leistungsbereiche ist in den Pflegeeinrichtungen eine systematische Dokumentation der Einzelleistungen über das bisherige Maß hinaus erforderlich. Zudem kann dieses differenzierte Kosten-/Leistungsabrechnungssystem u.U. dazu führen, daß die innerbetriebliche Aufbau- und Ablauforganisation verändert werden muß, um für bestimmte Leistungsbereiche (z.B. Behandlungspflege, Rehabilitation) organisatorisch abgegrenzte Dienstleistungsbereiche zu schaffen (z.B. Behandlungsdienst, therapeutischer Dienst) und/oder diese Leistungen durch einrichtungsexterne Dienste (z.B. niedergelassenen Therapeuten) erbringen zu lassen.

Durch die gesetzliche Festschreibung der Vorrangigkeit des ambulanten vor teilstationären und teilstationären vor stationären Versorgungsangebotes mit entsprechenden Auswirkungen auf die Leistungsfinanzierungsmöglichkeiten, wird faktisch die Wahlmöglichkeit für den Pflegebedürftigen eingeschränkt. Insbesondere dann, wenn aufgrund nicht ausreichend flankierender Einbeziehung von pflegenden Angehörigen eine gewünschte

ambulante Hilfe nur unzureichend gewährleistet werden kann. Im stationären Bereich wird befürchtet, daß durch die Vorrangstellung für den stationären Bereich fast ausschließlich Schwerstpflegebedürftige mit relativ kurzer „Verweildauer“ zu erwarten sind. Diese Tendenz wird in einigen Bundesländern bzw. Kommunen durch entsprechende Steuerungselemente verstärkt: z.B. Zuschüsse für Investitionskosten für Plätze im stationären Bereich werden nur noch für die bislang üblichen Pflegestufen III bzw. IV gewährt. Diese möglichen Veränderungen der Belegungsstruktur in den Heimen wird voraussichtlich u. a. zu einer weiter zunehmenden Arbeitsbelastung des Personals, insbesondere im Pflegebereich führen. Psychosomatische Beschwerden, erhöhte Fehlzeiten, Fluktuationsraten, sinkende Attraktivität des Arbeitsplatzes im Heimbereich könnten die Folge hiervon sein.

In Anbetracht der genannten Restriktionen ist ferner davon auszugehen, daß die Möglichkeiten für einen bedarfsorientierten Personaleinsatz (quantitativ, qualitativ) in den stationären Einrichtungen zukünftig ebenfalls eher eingeschränkt sein werden. Dies hat voraussichtlich zur Folge, daß die Personalbemessungssysteme den veränderten Ausgangsbedingungen anzupassen sind.

Die Pflegeversicherung regelt zudem durch die Festlegung von Qualitätsmaßnahmen im Hinblick auf Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität die qualitativen Anforderungen, die an die stationären Pflegeeinrichtungen gestellt werden. Durch die Sicherstellung von Qualitätsmaßstäben soll darauf hingewirkt werden, das Preis-Leistungs-Verhältnis zu standardisieren. Der Nachweis der Qualitätsstandards dient den Pflegekräften und den sonstigen Kostenträgern als Maßstab zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der erbrachten Leistungen und ist Voraussetzung für die Gewährung der Leistungserstattung (§69 SGB XI). Insbesondere wird in Bezug auf die Pflegeleistungen die Gewährleistung des „allgemein anerkannten Standards der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse“ gefordert. Generell ist jedoch davon auszugehen, daß die Definition von Pflegestandards und -qualitätsmerkmalen insgesamt noch nicht auf der fachlichen Ebene ausreichend entwickelt bzw. entsprechend umsetzbar erscheint. Ob und in welche Richtung die Pflegeversicherung die Qualität der Pflege beeinflusst, hängt in hohem Maße auch davon ab, wie die diesbezüglich offenen Fragen durch entsprechendes Landesrecht, Rechtsverordnungen, Richtlinien und Rahmenvereinbarungen etc. geregelt werden. Insgesamt wird jedoch erwartet, daß durch die Einführung von Qualitätsmaßstäben in der Pflege Impulse gegeben werden, das Qualitäts-

management auch im Pflegebereich weiterzuentwickeln. Restriktiv und damit kontraproduktiv könnte sich in diesem Zusammenhang jedoch die auf Kostenbegrenzung ausgelegte Pflegeversicherung dahingehend auswirken, daß die zur Steuerung der Pflegequalität u. a. auch notwendige qualitativ und quantitativ verbesserte Personalausstattung als ein Merkmal der Strukturqualität nicht zu erwarten ist. Insofern ist zu klären, inwieweit die Pflegeversicherung, insbesondere in Einrichtungen, die bereits über ein entwickeltes System des Pflegemanagements verfügen, eher zu einer Einschränkung der Leistungsqualität beiträgt. Dies umso mehr, als davon auszugehen ist, daß vor allem die Versorgung Schwerstpflegebedürftiger im Hinblick auf die gesetzlich geforderte rehabilitative und therapeutisch-aktivierende Pflege qualifikatorisch erweiterte Anforderungen an das Pflegepersonal stellt.

Die pflegestufenabhängige Kostenerstattung, die mit der Höhe der Pflegestufen auch ein höheres Leistungsentgelt festlegt, wird ggf. den Effekt erzeugen, daß die im Pflegeversicherungsgesetz festgeschriebene Vorrangstellung von Rehabilitation und Prävention (§5 SGB XI) mit dem Ziel, die Pflegebedürftigkeit zu verhindern bzw. zu vermindern, zu einem Zielkonflikt zwischen den fachlichen Erfordernissen und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten führen kann. Die Folge könnte u. a. sein, daß Pflegeleitbilder, die sich aus dem Kompetenzmodell ableiten lassen, sich zugunsten einer Ausrichtung am Defizitmodell verschieben könnten.

Insgesamt ist zu erwarten, daß durch die Einführung der Pflegeversicherung im stationären Bereich eine stärkere Wettbewerbsorientierung und -druck erzeugt wird. Inwieweit Effizienzreserven der traditionellen freigemeinnützigen und öffentlichen Anbieter genutzt werden können, um wettbewerbsfähig zu bleiben, hängt u. a. auch davon ab, inwieweit regionale private Träger ebenfalls um den Pflegemarkt konkurrieren. Dies könnte einerseits zur Folge haben, daß die freigemeinnützigen öffentlichen Einrichtungen gezwungen werden, ihr Angebot mit geringeren Kosten bereitzustellen. Andererseits wird aber auch erwartet, daß die Konkurrenz- bzw. Wettbewerbssituation Impulse auslösen kann, die Qualität der Pflegeleistungen bzw. das Leistungsspektrum zu erweitern (z.B. vernetzte integrative Angebotsstrukturen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich, Veränderungen der Organisationsstrukturen innerhalb der Einrichtungen, z.B. kleinere Organisationsheiten, einrichtungsübergreifende Kooperations- und Verbundsysteme, Erweiterung von niederschweligen, stadtteilbezogenen Service- und Beratungsangeboten, Einbeziehung nichtprofessioneller, ehrenamt-

licher Helfer, Erweiterung der individuellen Wahlmöglichkeiten von Leistungen etc.). Hierzu sind entsprechende Koordinations- und Vernetzungsaufgaben zwischen pflegerischen, hauswirtschaftlichen, therapeutischen Interventionen und Maßnahmen zu leisten und sicherzustellen.

Spezifische Zielkonflikte und Zielinkongruenzen als Konsequenz der Pflegeversicherung

Grundsätzlich wird erwartet, daß der Spielraum für eine bedarfsgerechte Betreuung demnächst noch enger wird als bisher (vgl. Zimmer 1997; Weyerer/Zimber 1997). Zwar wird nach einer über den Zeitraum von 20 Jahren geführten Diskussion über die Absicherung des Pflegerisikos (vgl. Rothgang 1997) mit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG) zum 1. Januar 1995 in der Bundesrepublik Deutschland eine gesetzliche Pflegeversicherung (GPV) etabliert. Dennoch markiert dieses Gesetz einen deutlichen Einschnitt. Werden seine Ziele zueinander in Beziehung gesetzt, so zeigen sich (partielle) Zielkonflikte.

So stehen die Ziele der Ausgabenbegrenzung und der Qualitätssteigerung zumindest teilweise in Widerspruch zueinander, da z.B. aktivierende und mobilisierende Pflege, die zu einer Qualitätsverbesserung führen würde, insbesondere im stationären Sektor höhere Personalschlüssel erfordert, diese aber erhöhte Kosten verursachen, die wiederum durch die gesetzliche Pflegeversicherung nicht gedeckt werden können, ohne daß das Ziel der Ausgabenbegrenzung negativ tangiert wird. Damit soll nicht geleugnet werden, daß Qualitätssteigerung vielfach auch ohne große Kosten möglich ist; man denke z.B. an die Verbesserungen in der häuslichen Pflege, die durch vergleichsweise billige Anleitung der familialen Pflegepersonen erzielt werden können. Vielfach besteht zwischen Qualität und Kostenbegrenzung aber ein Trade off.

So scheint die Erhöhung der öffentlichen Finanzmittel (vgl. Fachinger/Rothgang 1995) die Möglichkeit zu bieten, durch eine Erhöhung der vielfach als mangelhaft beklagten Personalausstattung, insbesondere im stationären Sektor, die Qualität der Pflegeleistungen zu steigern. Tatsächlich hat sich aber auch der Kreis der Leistungsberechtigten erhöht, so daß die auf den einzelnen Pflegebedürftigen entfallenden öffentlichen Mittel nicht unbedingt zugenommen haben. Vielmehr läßt die Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips, die Deckelung aller Leistungen der Pflegeversicherung und die gesamte auf Kostenbegrenzung abstellende Diktion des Gesetzes (vgl. Rothgang 1997)



Dr. Karin Luckey

Adresse:

Fachhochschule
Ostfriesland
FB Sozialwesen
Arbeitsschwerpunkt
Sozial- und
Gesundheitsmanagement
Constantiaplatz 4
26723 Emden

eine Steigerung der Pflegequalität durch verbesserte Personalausstattung nicht erwarten (vgl. Fachinger/Rothgang 1995).

Negativ auf die Pflegequalität dürfte sich die Beibehaltung des sogenannten „Defizitmodells“ auswirken, das die Leistungen der Pflegeversicherung an die Pflegestufen koppelt, die ihrerseits über Defizite bei basalen und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens definiert sind (§§14f. SGB XI). Damit sind negative Anreize in bezug auf eine Verbesserung des Zustandes der pflegebedürftigen Person verbunden. Insbesondere bestehen keine Anreize zu einer aktivierenden Pflege, da bei jeder Verbesserung der Situation des Pflegebedürftigen mit einer Leistungskürzung infolge einer niedrigeren Einstufung zu rechnen ist. Dies hätte vor allem bei ambulanter und teilstationärer aber auch stationärer Pflege zur Folge, daß der Pflegebedürftige weniger Leistungen von seiner Pflegekasse erhält und damit über weniger Geld zum Kauf von Pflegeleistungen verfügt (vgl. Dahlem 1993); was zu einem Einnahmerückgang bei den Leistungsanbietern führen würde.

Als großen Beitrag zur Verbesserung der Pflegequalität wird auch der in §5 SGB XI formulierte Grundsatz des Vorrangs von Prävention und Rehabilitation angesehen, der an verschiedenen Stellen des SGB XI konkretisiert wird. Tatsächlich würde die Umsetzung dieses Grundsatzes, der sowohl auf die Verhinderung als auch auf die Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlechterung von Pflege-

bedürftigkeit abstellt, wahrscheinlich zu einer erheblichen Verbesserung der Lage pflegebedürftiger Menschen führen. Allerdings muß es angesichts der Kompetenzverteilung zwischen Pflege und Krankenkasse als zweifelhaft gelten, ob dieser Grundsatz tatsächlich in der Praxis zum Tragen kommt.

Bedeutsam für die Entwicklung der Pflegequalität ist auch die Entwicklung von Qualitätsstandards. In §69 SGB XI, der den Stellungsauftrag der Pflegekassen normiert, wird diesbezüglich festgelegt, daß die Pflegekassen eine „dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten“ haben. Problematisch ist dabei, daß es diesen „allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ nach Ansicht der Fachleute überhaupt nicht gibt (vgl. Fachinger/Rothgang 1995). Diese Norm muß daher zunächst konkretisiert werden, ehe sie Wirkungen entfalten kann. § 80 SGB XI verpflichtet Finanzierungs- und Einrichtungsträger daher, „gemeinsam und einheitlich Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen“ zu vereinbaren. Entsprechende Vereinbarungen liegen inzwischen zwar vor, bedürfen aber noch der Umsetzung (vgl. Rothgang 1997).

Arbeitszeiten im Pflegebereich müssen unter Umständen verändert werden, um den Bedürfnissen der Bewohner zum Beispiel nach Berücksichtigung ihres Schlaf- und Wachrhythmus gerechter werden zu können. Die Einführung eines Drei-Schichten-Dienstes könnte erforderlich werden, um dem Anspruch einer Bezugspflege näher zu kommen. Die Ansprüche der Pflegeversicherung nach ganzheitlicher, aktivierender und rehabilitativer Pflege, nach genauerer Pflegedokumentation, Pflegestandards, kontinuierlicher Pflegeplanung und einer Verbesserung der Pflegequalität können mit dem derzeitigen Personalstand kaum umgesetzt werden. Auch auf der Leitungsebene wird aufgrund der wachsenden Bedeutung des Pflegebereiches und der Notwendigkeit, daß die Pflegedienstleitung zukünftig ständig erreichbar sein muß, beabsichtigt, zukünftig auch stellvertretende Pflegedienstleitungen einzusetzen (vgl. Beyer/Peters 1996; zusammenfassend Rothgang 1997).

Praktische Konsequenzen für notwendige Umstrukturierungen im Praxisfeld der stationären Altenhilfe und konzeptionelle Zielvorgaben

Unter Berücksichtigung der Ist-Situation und der veränderten Rahmenbedingungen durch

die Pflegeversicherung und ihre Auswirkung auf das Praxisfeld, müssen kurz- und mittelfristig wirksame Lösungsansätze prozeßhaft entwickelt, umgesetzt und erprobt werden, die sich im wesentlichen auf die Anpassungsoptimierung bzw. Weiterentwicklung von entsprechenden einrichtungsinternen bzw. notwendigen einrichtungsübergreifenden Strukturen beziehen. Dabei müssen insbesondere folgende Konzeptionen und Zielvorgaben berücksichtigt werden:

- bedürfnis- und bedarfsorientierte ganzheitliche Pflege- und Betreuungskonzepte,
- mitarbeiterorientierte und partizipative Verbesserung der Arbeitsbedingungen,
- effiziente Aufbau- und Ablauforganisation und ein entsprechender Ressourceneinsatz,
- ein an den Maßgaben der Wirtschaftlichkeit und Wettbewerborientierung ausgerichteter Umstrukturierungsprozeß,
- entsprechende Verbesserungen der Versorgungsqualität im stationären Bereich sowie im Verbund mit den komplementären Dienstleistungsbereichen.

Zur Umsetzung dieser konzeptionellen Zielsetzungen wird in den einzelnen Einrichtungen ein partizipationsorientierter Ansatz der Organisations- und Personalentwicklung im Praxisfeld unter Einbeziehung des Umfeldes notwendig sein und erprobt werden müssen. Die Gestaltung der vorhandenen Handlungsspielräume und die Erhaltung und möglicherweise Verbesserung der vorhandenen Leistungsqualität, sowie die Entwicklung und Erprobung eines umfassenden einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Konzepts zur Organisations- und Personalentwicklung (insbesondere Qualifizierung) müssen im Vordergrund stehen. Hierbei wird Qualifizierungsmaßnahmen eine besondere Bedeutung zukommen, damit die Beschäftigten adäquat auf die veränderten Anforderungen vorbereitet und begleitend unterstützt werden. Die damit verbundene und intendierte wechselseitige Impulsgebung soll mit dazu beitragen, innovative Umstrukturierungsprozesse zu verstetigen bzw. zu stabilisieren. Dabei dürften folgende Gestaltungsaspekte für die Weiterentwicklung von Alten und Pflegeheimen im Kontext der Pflegeversicherung von besonders strategischer Bedeutung sein (vgl. Damkowski/Luckey 1997).

Dezentralisierte und flexible Aufbauorganisation

Heute ist das Alten und Pflegeheim in seiner Aufbauorganisation, vor allem aufgrund seiner Stationsorganisation, noch stark hierarchisch und wenig bewohnernah gegliedert. Dies führt zu aufwendigen Entscheidungsprozessen, Motivationsverlusten bei den Mitarbeiterinnen

und verhindert eine ganzheitliche, bewohnerorientierte Betreuung. Deshalb setzen zur Abflachung von Hierarchien und zur Überleitung einer bürokratischen in eine kooperativteamartige Arbeitsstruktur neuere Managementkonzepte auf das ebenso einfache wie grundlegende Prinzip der Dezentralisierung, d.h. auf die Verselbständigung von weitgehend weisungsunabhängigen, aber auch ergebnisverantwortlichen Leistungszentren innerhalb der einzelnen Einrichtung. Dies erfordert für Alten- und Pflegeheime die Überprüfung der traditionellen Stationsorganisation und die Entwicklung hin zu einer Wohngruppenstruktur mit jeweils zugeordneten, eigenverantwortlich arbeitenden Mitarbeiterteams. Das Strukturelement der Dezentralisierung ist wichtige Voraussetzung für die Umsetzung einer Reihe weiterer Managementprinzipien im Alten- und Pflegeheim.

Kontraktmanagement und Total Quality Management (TQM)

Das Konzept des Kontraktmanagement setzt selbstständige organisatorische Untereinheiten im Sinne von Verantwortungen und Leistungszentren etwa auf der Ebene von Wohngruppenbereichen voraus und will diese durch Abschluß von Zielvereinbarungen (Kontrakten) zwischen einerseits Träger und Heim und andererseits Heimleitung und den Wohngruppenbereichen steuern. Die Zielvereinbarungen legen in einem partizipativen Verfahren Qualitäts-, Arbeits- und Budgetziele für eine bestimmte Periode fest. Von diesem Steuerungsansatz wird erwartet, daß hierdurch unternehmerisches, selbständiges und innovatives Denken und Handeln (entre/intrapreneurship) in den Heimen gefördert und die Arbeitsmotivation sowie die Bewohnerorientierung der Mitarbeiter gestärkt werden.

Mit dem Konzept des Kontraktmanagement läßt sich das TQM hervorragend verbinden. Im gesundheitlich-medizinischen Sektor, so auch bereits in §137 GRG und §80 Pflegeversicherungsgesetz wird zwar immer noch von Qualitätssicherung als einer Form des Qualitätsmanagement gesprochen, allgemein hat sich aber hier der Begriff der Qualitätsentwicklung bzw. des umfassenden Qualitätsmanagement (TQM) herausgebildet. Für das Alten- und Pflegeheim wird es, wenn es bei zunehmendem Qualitätswettbewerb und steigender Konkurrenz um Kunden (Bewohner) bestehen will, darauf ankommen, für sämtliche Leistungsbereiche klare Produktdefinitionen, Qualitätsziele, Qualitätsstandards und möglichst meßbare Qualitätsindikatoren sowie im Rahmen eines umfassenden Controlling wirksame Qualitätskontrollen einzuführen.

Dabei werden Qualitätsstandards und -indikatoren üblicherweise den Kategorien der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität zugeordnet. Ergebnisqualität bezieht sich auf die zentrale Frage des Pflegefortschritts und der Bewohnerzufriedenheit. Und man wird sich nicht, wie häufig in Theorie und Praxis noch der Fall, mit der Annahme begnügen können, wenn nur die Struktur- und Prozeßqualität stimmig sei, dann sei auch die Ergebnisqualität gesichert. Man wird also nicht nur im Bereich der Struktur und Prozeß, sondern auch im Bereich der Ergebnisqualität zukünftig auf konkrete Qualitätskriterien und möglichst auch meßbare Qualitätsindikatoren hinarbeiten müssen. Diese Art von Qualitätspolitik kann die Grundlage für eine Zertifizierung z.B. nach ISO DIN 9000 ff. schaffen.

Interner und externer Wettbewerb: Management by Competition

Dem Konzept des Management by Competition liegt die Idee zugrunde, zwischen selbstständigen Organisationseinheiten, also etwa zwischen den Wohngruppenbereichen eines Heimes oder zwischen verschiedenen Heimen desselben Trägers, gewissermaßen einen organisationsinternen Wettbewerb, eine marktähnliche Situation mit z.B. gegenseitiger Leistungsverrechnung und Leistungsvergleichen herzustellen. Hierdurch sollen positive Effekte bezüglich Kostenbewußtsein, Leistungsqualität, Kundenorientierung sowie Mitarbeitermotivation erreicht werden. Allgemeines Ziel des Management by Competition ist es, über Dynamiken marktähnlicher Mechanismen interne Leistungsanreize zu geben, Kostenbewußtsein, Kostentransparenz und Kosteneffizienz sowie generell die Innovationsfähigkeit des Heims zu fördern.

Moderne betriebswirtschaftliche Steuerungsinstrumente: Globalbudgetierung, Controlling, Kosten-Leistungs-Rechnung

Vor allem die Einführung der Ansätze der Dezentralisierung, der Bildung von Verantwortungs- und Ergebniszentren sowie des Kontrakt- und Qualitätsmanagement werden konsequent ergänzt, um neuere betriebswirtschaftliche Steuerungsinstrumente, wie insbesondere Globalbudgetierung, Controlling und eine moderne Kostenrechnung. Globalbudgetierung bedeutet in diesem Zusammenhang, daß mit den Heimen und in den Heimen zwischen Leitung und dezentralen Einheiten für eine Periode (1-2 Jahre) Budgets entweder unter Aufhebung jeglicher Zweckbindungen oder mit sehr weiten Zweckbestimmungen (z.B. produkt oder produktgruppenbezogen) ausgehandelt werden. Diese Form der Globalbudgetierung wird folgerichtig ergänzt um unterschiedliche Instrumente des Controlling.

Controlling stellt eine Führungsunterstützungsfunktion ohne Entscheidungskompetenz dar, es ist als Assistenzfunktion der jeweiligen Führungsinstanz, also dem zentralen Management des Trägers (strategisches Controlling) und den Einrichtungsleitungen (operatives Controlling), zugeordnet. Controlling ist mit nahezu allen Funktionen des Management-Prozesses von der Zielentwicklung/strategischen Planung bis zur Erfolgskontrolle befaßt. Es läßt sich je nach Reichweite, Fristigkeit und Operationalisierungsgrad zwischen strategischem und operativem Controlling unterscheiden. Wichtige Aufgaben des strategischen Controllings liegen zum Teil eher im „weichen“ Bereich und beziehen sich zum Beispiel auf Fragen

- der Ziele, der spezifischen Identität, des Leitbilds und Profils des Unternehmens,
- der Angebotsdiversifikation und Qualitätspolitik,
- neuer Organisations-, Wettbewerbs- und Budgetierungsformen.

Das operative Controlling, überwiegend angesiedelt bei den Einrichtungsleitungen, bezieht sich vor allem auf den „härteren“ Bereich des Rechnungswesens unter Umsetzung der Vorgaben der Pflegebuchführungsverordnung sowie der neuen Budgetierungsformen in den Einrichtungen. Dabei geht es dann um Fragen

- der einrichtungsspezifischen Leistungs- und Angebotsbeschreibungen (Produktbeschreibungen),
- der Entwicklung und Umsetzung von Verfahren der Ergebnismessung, insbesondere über moderne Verfahren der Kosten-Leistungs-Rechnung,
- der Kapazitätsanalyse und Auslastung für die Einrichtungen.

Insbesondere eine moderne Kostenrechnung mit ihren Elementen Kostenarten, Kostenstellen und Kostenträgerrechnung (Kosten-Leistungs-Rechnung) setzt voraus, daß eine Organisationsgliederung des Trägers und der Einrichtungen besteht, die die Zuordnung von Kosten zu kostenverantwortlichen Organisationseinheiten (Kostenstellen) erlaubt und klar definierte Angebote/Dienstleistungen, Angebotsgruppen und Angebotsbereiche (Produkte, Produktgruppen, Produktbereiche) bestehen, auf die sich die Kostenträgerrechnung in Form einer Kosten-Leistungs-Rechnung bezieht.

Zentralisierung und Ausgliederung spezifischer Dienste und Angebote

Formen der Zentralisierung und Ausgliederung bestimmter Spezialangebote und

Querschnittsaufgaben stehen keinesfalls im Widerspruch zu Konzepten der Dezentralisierung von Verantwortung innerhalb der Einrichtungen und im Verhältnis des Trägers zu den einzelnen Einrichtungen. Denn sowohl unter Wirtschaftlichkeits- als auch unter Qualitätsaspekten kann es durchaus geboten sein, interne Querschnittsaufgaben und gewisse patientenbezogene Spezialdienste aus den einzelnen Einrichtungen herauszunehmen und zentral vorzuhalten. Vergleichbare Ansätze werden in der Praxis zum Teil mit sehr gutem Erfolg z.B. in Form des sog. Kleeblatt-Modells in Baden-Württemberg umgesetzt.

Als partiell zu zentralisierende bzw. auszugliedernde interne Querschnittsaufgaben kommen beispielsweise in Betracht: technisch- und sekundärpatientenbezogene Aufgaben wie administrative, planerische, qualitätspolitische bzw. strategische und kostenbezogene Aufgaben.

Als zu zentralisierende bzw. auszugliedernde Spezialdienste kommen z.B. Ausbildungs-, sowie Fort- und Weiterbildungsangebote in Betracht.

Die Palette der Organisations- und Rechtsformen der Zentralisierung solcher Aufgaben umfaßt ein breites Spektrum von Möglichkeiten. Sie reicht von der einfachen Zentralisierung bei der Management-Spitze des Trägers über die Schaffung von rechtlich aufgegliederten, vom Träger aber beherrschten Tochterunternehmen bis hin zu Formen des outsourcing, franchising und contracting out.

Dezentrale Kooperation bzw. Integration durch Schaffung von Service-Häusern

Soweit Träger neben Alten- und Pflegeheimen weitere medizinisch-pflegerische Angebote vorhalten, bietet es sich an, auf der Basis des Konzepts „Service-Haus“ solche lokalen, örtlich dezentralisierten Einrichtungen und Angebote „unter einem Dach“ klientennah und als ganzheitliche Angebotspalette zu einem Kooperationsverbund zusammenzufassen.

Die Service-Haus-Idee verfolgt mit einem solchen Konzept drei, sich gegenseitig verstärkende klienten-, mitarbeiter- und trägerbezogene Ziele, nämlich:

- das Angebot einer ganzheitlichen Betreuungskette für Klienten in unterschiedlichen Lebenslagen,
- die Schaffung von mehr beruflicher Durchlässigkeit und Arbeitsplatzmobilität für Mitarbeiterinnen und
- damit auch durch Mobilitätsförderung Stärkung der Arbeitsmotivation der Mitarbeiterinnen und bessere Verwendbarkeit und Einsetzbarkeit der Mitarbeiterinnen

für den Träger in unterschiedlichen Arbeitsbereichen.

Das Service-Haus-Konzept ist aber nicht beschränkt auf obige Angebotspalette. Hinzutreten könnten „unter dem Dach“ des Service-Hauses im Sinne der Öffnung des Hauses hin zum Stadtteil bzw. zum regionalen Umfeld z.B.:

- Veranstaltungen und Konferenzräume,
- Restaurant und Hotelleistungen,
- Fort- und Weiterbildungszentren,
- Shop-in-Shop-Systeme mit z.B. Boutiquen, Supermärkten, Apotheken und anderen Ladenangeboten,
- therapeutisch-rehabilitative Einrichtungen in Verbindung mit Fitneß-Zentren.

Derartige Zusatzangebote könnten unter der Voraussetzung einer lokalen Marktanalyse und festgestellter Nachfrage unter dem Dach des Service-Hauses als erlösbringende Profitcenter geführt werden. Sie sind nicht nur für die Bewohner/innen eines solchen Service-Hauses attraktiv, fördern nicht nur die Normalität der Lebenslage der Bewohner/-innen und deren Integration in das lokale Umfeld, sondern sie sprechen u.U. auch eine latente Nachfrage von Angehörigen von Bewohner/innen, Besuchern der Einrichtungen, Mitarbeiter/innen des Trägers und der im Umfeld wohnenden Bevölkerung an. Sie sind außerdem geeignet, dem Träger ein ganz spezifisches Profil und zusätzliche Einnahmen zu verschaffen.

Einführung neuer Arbeitszeitmodelle

Die bisher in Pflegeeinrichtungen üblichen Arbeitszeitformen sind weitgehend zu starr und unflexibel, um den veränderten konzeptionellen und organisatorischen Anforderungen gerecht zu werden.

In diesem Zusammenhang sind beispielsweise folgende Aspekte von Bedeutung:

- Die „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ erfordert eine Ausweitung des flexiblen, bewohnerorientierten Leistungsangebots und der Betreuungszeiten, die z.T. nicht mit den bisher gewohnten Personal- und Einsatzplanungskonzepten gewährleistet werden können.
- Vor dem Hintergrund der Anforderungen an eine bewohnerorientierte, flexible, individuelle, bedarfs- und bedürfnisgerechte Leistungserbringung stellt sich die Frage, wie diese zeitlich und personell gewährleistet werden können.
- Gleichzeitig stehen die stationären Einrichtungen derzeit vor einem sich verschärfenden Kostendruck. Das Personal ist die „teuerste“ Ressource und damit ein zentraler Kostenfaktor für die Pflegedienste.

Neue Arbeitszeitmodelle eröffnen den Einrichtungsträgern Chancen zur effektiveren Planung und für einen optimierten Personaleinsatz.

- Flexible Arbeitszeit- und Personaleinsatzmodelle schaffen mehr Freiräume, um die Produktivität in einer Einrichtung zu verbessern, auf wechselnden Arbeitsanfall zu reagieren, und produktive Leerlaufzeiten zu minimieren sowie einen bedarfs- und belastungsgerechten Personaleinsatz zu ermöglichen.

Auch aus Sicht von Arbeitnehmer/innen schaffen neue Arbeitszeitmodelle Handlungsspielräume um Erwerbsarbeit und private Interessen besser koordinieren zu können. Da in pflegerischen Berufsfeldern hauptsächlich Frauen beschäftigt sind, lassen sich durch flexiblere Arbeitszeitmodelle beispielsweise Familien- und Erwerbsleben besser verbinden sowie die Zeitsouveränität von Beschäftigten erweitern. Die hohen physischen und psychischen Belastungen der Pflegekräfte führen häufig zu Ausfallzeiten, beispielsweise durch Krankheit oder den frühzeitigen Berufs- und Arbeitsplatzwechsel. Attraktive Arbeitszeitmodelle können dazu beitragen, die Arbeitszufriedenheit und Motivation von Beschäftigten zu verbessern. Neue Arbeitszeitmodelle erhöhen aus Sicht des Arbeitgebers das Image und die Bindung an den Betrieb und schaffen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten Vorteile gegenüber herkömmlichen Arbeitszeit- und Personaleinsatzplanungsmodellen.

Literatur

- Beyer-Peters, D.** (1996): *Unsicher in die Zukunft. Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf Alten- und Pflegeheime*. Mabase, 99: 31-33.
- Dahlem, O.** (1993): *Qualitätssicherung der Pflege im Alter. Sozialer Fortschritt*, 4-5:105-109.
- Dankowski, W./Luckey, K.** (1997): *Optimierung von Arbeit und Angeboten in stationären Pflegeeinrichtungen*. Unveröffentlichtes Manuskript. Hamburg.
- Dankowski, W./Klie, T./Kronseder, E./Luckey, K./Stappenbeck, J.** (1997): *Ambulante Pflegedienste Veränderungen wahrnehmen-Ideen umsetzen*. Hannover.
- Fachinger, U./Rothgang, H.** (1995): *Die Auswirkungen der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung. Bericht über ein Kolloquium am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, 5:192-197.
- Görres, S.** (1994): *Gesundheitliche Situation, Versorgung und Betreuung*. In: *Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit* (1994): *Zur Sache. Themen parlamentarischer Beratung. Zwischenbericht der Enquête-Kommission Demographischer Wandel*, 4/94: 584.
- Görres, S.** (1995): *Pflegehandeln bei älteren Menschen. Ansätze zur Verwissenschaftlichung und Ableitung curricularer Strukturen*. In: *Krüger, H./Piechotta, G./Remmers, H.* (Hrsg.) (1995): *Innovation der Pflege durch Wissenschaft. Perspektiven und Positionen. Reihe: Forum Pflegewissenschaft, Bd. 1*: 73.
- Görres, S.** (1996): *Pflegewissenschaft: Herausforderung für die Forschung - Innovation für die Praxis*. In: *Görres, S./Krüger, H./van Maanen, H.* (Hrsg.) (1996): *Pflegewissenschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Reihe: Forum Pflegewissenschaft, Bd. 2*: 62-76.
- Görres, S./Luckey, K./Stappenbeck, J.** (1997): *Qualitätszirkel in der Alten- und Krankenpflege*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.
- Infratest** (1995): *Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter München*.
- Kühnert, S.** (1995): *Stationäre Pflege und Betreuung älterer Menschen: Anspruch und Realität. Geriatrie Praxis*, 9:21-24.
- Rothgang, H.** (1997): *Die Wirkungen der Pflegeversicherung. Analyse von Effekten des Pflege-Versicherungsgesetzes. Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit*, 3:191-194.
- Weyerer, S./Zimmer, A.** (1997): *Viel Streß und wenig Anerkennung. Alzheimer*, 3: 14-15.
- Zimmer, A.** (1997): *Stationäre Altenhilfe: Die Pflegeversicherung verschärft die kritische Situation. Geriatrie Praxis*, 5: 27.

Abschließende Forderung: Gestaltungskompetenz und Professionalität in der Altenpflege

Um die oben genannten Ziele umsetzen zu können, bedarf es außer der qualifizierten Fachkompetenz eines hohen Maßes an strategischer, sozialer und persönlicher Kompetenz, um die gewünschte eigenverantwortliche Handlungskompetenz, die vor allem für Gestaltungsoptionen notwendig ist, zu entwickeln. Das dazu notwendige komplexe und reflektierte Wissen und Handeln setzt für die Pflege also nicht nur eine hohe Fachlichkeit, sondern auch ein hohes Maß an Eigenständigkeit und Selbständigkeit voraus. Pflegekräfte müssen sich neben fachlichen Handlungskompetenzen auch kommunikative, interpretative, strategische und problemlösende Kompetenzen erwerben und diese auch anwenden können. Vor allem wird es dabei darauf ankommen, sogenannte Schlüsselqualifikationen zu vermitteln: Innovationsfähigkeit, Flexibilität, Lernbereitschaft, Kritikfähigkeit und Offenheit für sinnvolle Veränderungen. Denn in zunehmendem Maße wird es darum gehen, gerade angesichts eher restriktiver Ausgangsbedingungen und den beschriebenen Auswirkungen der Pflegeversicherung, Gestaltungsspielräume für die Pflege zu erkennen, zu nutzen und zu erweitern (vgl. Görres et al., 1997). Die damit intendierte Professionalität wird so verstanden als Steuerungsfähigkeit bei zunehmender Komplexität.

DAS PFLEGEGESCHEHEN IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG AUS PATIENTENSICHT

Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung

Sabine Becker, Julia Lademann, Klaus Müller und Ulrike Thielhorn

Weiter steigender Bedarf an ambulanter Pflege

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung mit einem zunehmenden Anteil alter Menschen und dem sich daraus entwickelnden, veränderten Krankheitspanorama mit einer Schwerpunktbildung bei chronischen und degenerativen Erkrankungen ist der ansteigende Bedarf an ambulanter pflegerischer Versorgung klar ersichtlich (Schaeffer 1992, Ewers 1998). Im Vordergrund des aktuellen gesellschaftlichen Diskurses über Pflege steht das Problem der Finanzierbarkeit und nicht die Diskussion über die Gestalt bzw. den Inhalt von Pflege. Mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) und dem Postulat 'ambulant vor stationär' wurde die Expansion des Sektors der ambulanten Pflege induziert.

Die Sicht der Patienten wird wenig berücksichtigt

Auffallend ist, daß die betroffenen Menschen, die Patienten, bei der Ausgestaltung ihrer ambulanten Versorgung wenig Berücksichtigung finden. Eben hier liegt der Ansatzpunkt dieser Untersuchung, die im Rahmen des einsemestrigen Projektstudiums innerhalb des Postgraduiertenstudiengangs Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, Institut für Pflegewissenschaft, von Studierenden unter Koordination von Prof. Dr. D. Schaeffer durchgeführt wurde. Die Untersuchung hat das Ziel, die Wahrnehmung des Pflegegeschehens in der ambulanten Versorgung aus Patientensicht zu beschreiben.

Mit qualitativen Methoden läßt sich die Patientensicht erfassen

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden mit sieben Patienten ambulanter Pflegedienste circa einstündige leitfadengestützte Interviews mit narrativem Charakter durchgeführt. Der Kontakt zu den sieben Patienten wurde über zwei private und einen kirchlichen Pflegedienst vermittelt. Die Patienten waren in die Pflegestufen I und II eingestuft. Es handelte sich um drei weibliche und vier männliche Befragte im Alter zwischen 67 und 86 Jahren. Die Auswertung der Interviews erfolgte nach dem Konzept der Grounded Theory (Strauss 1994).

tive deutlich abgelehnt.

„Ja nun sitz'ich hier und der Himmel möge mich davor bewahren, meine Wohnung verlassen zu müssen.“ (I6/261-263)

Auffällig ist das hohe Maß an Zufriedenheit, das die Patienten über die ambulante Versorgungsform im allgemeinen, sowie über die verschiedenen Pflegedienste im besonderen äußern. Obwohl keiner der Befragten alternative Erfahrungen mit anderen Pflegediensten, als den derzeit in Anspruch genommenen haben, bewerten sie ihren Dienst durchgängig als sehr gut. Bei der Wahl des Pflegedienstes stellt sich allerdings die Frage nach geeigneten Entscheidungshilfen: die meisten der Patienten scheinen aus den verschiedenen

Diensten eher zufällig auszuwählen als nach konkreten Kriterien, so daß von einem „informed decision making“ keine Rede sein kann.

„Ja, den hab ich mir ganz persönlich ausgesucht! (...) Es gibt ja so von der Krankenkasse, da gibt es ja so, wo man alle die aussuchen kann, da hab ich mir einfach den ausgesucht. Und ich habe 6 Richtige gehabt. Ich bin da glücklich, daß ich die habe.“ (II/438-451)

Die Anforderungen, die Patienten an Pflege haben, ergeben sich bei allen Befragten aus der aktuellen täglichen Pflegerealität. Über ihre Vorstellungen von Pflege vor Eintritt der eigenen Pflege-

bedürftigkeit befragt, äußern alle Interviewten, sich darüber keine Gedanken gemacht zu haben. Was die befragten Patienten von Pflege erwarten, bezieht sich auf deren individuellen Hilfebedarf, der konkret notwendig ist, um in der häuslichen Umgebung verbleiben zu können. Sie möchten ihren Alltag so

Patienten haben eigene Sichtweise

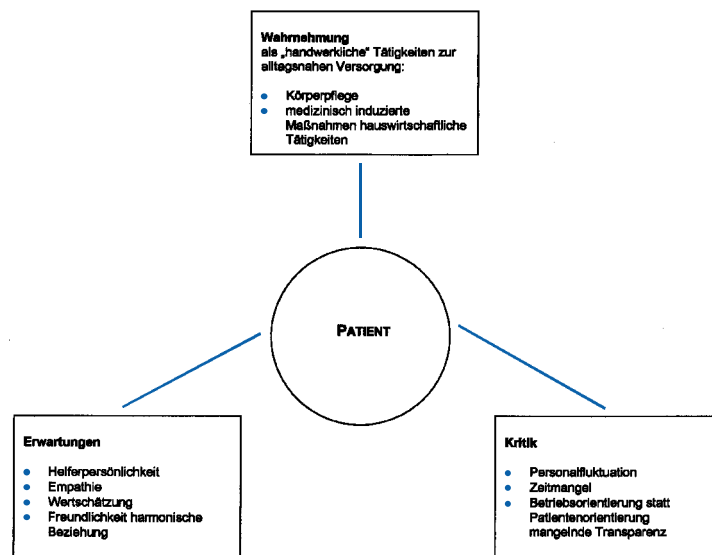


Abb.1: Die Sicht des Patienten auf das Pflegegeschehen in der ambulanten Versorgung.

Ambulante Pflege ermöglicht den Patienten Zuhause zu bleiben

Die befragten Patienten beurteilen eine Versorgung in ihrem eigenen Zuhause grundsätzlich positiv. Die stationäre Unterbringung in Pflege- oder Altenheimen wird als Alterna-



von links nach rechts: Klaus Müller, Sabine Becker; Julia Lademann, Ulrike Thielhorn

Adresse:
Klaus Müller
Koblenzer Str. 12, 33613 Bielefeld,
Tel./ Fax: 0521-894 394
klaus.mueller@uni-bielefeld.de

gestalten, daß sie nicht ständig mit ihrer Pflegebedürftigkeit und damit Abhängigkeit von Fremdhilfe konfrontiert sind. Dabei schildern die Patienten einen Bedarf an verschiedenen, eher diffusen Hilfestellungen, hauptsächlich im Bereich körperpflegerischer und hauswirtschaftlicher Tätigkeiten. Von einer Nachfrage nach konkret definierten, professionellen Pflegeleistungen kann nicht gesprochen werden.

Pflegende sollen empathisch und altruistisch sein

Darüber hinaus stellen Pflegebedürftige hohe Anforderungen an persönliche Eigenschaften der Pflegenden und an die Beziehung zu ihnen. Die aus Patientensicht ideale Pflegekraft handelt aus caritativen Motiven, ist nicht nur stets „freundlich und fröhlich“, sondern sogar „liebvoll, herhaft und lieblich“, sehr einfühlsam, geduldig, rücksichtsvoll und umsichtig.

„Ja, nett und freundlich, immer gleich, nicht launisch [...] und nur immer schön freundlich und nett alles machen.“ (I4/531-533)

Zu diesem traditionellen Bild von Pflege, das eher für Engagement aus Berufung statt für professionelle Berufsausübung steht, paßt auch der überwiegende Wunsch nach weiblichem Pflegepersonal. Anscheinend ist dieses, vor allem berufshistorisch bedingte Bild von

Pflege, selbst innerhalb einer modernen Dienstleistungsgesellschaft immer noch gültig.

In der ambulanten Pflege ist die Gestaltung der Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft besonders wichtig

Die Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft ist ganz entscheidend von der Abhängigkeit der Pflegebedürftigen von den Pflegenden geprägt. Die Patienten sind bestrebt, eine harmonische Beziehung zu den Pflegekräften aufzubauen. Dies gelingt ihrer Meinung nach am besten dann, wenn sie sich selbst freundlich verhalten und dafür mit Freundlichkeit der Pflegenden rechnen können.

„Aber wie gesagt, sie (Pflegekräfte) sind alle freundlich und nett, bin ja auch nicht unfreundlich zu ihnen. Ich sage immer: eine Liebe ist der anderen wert.“ (I6/680-683)

Die Gestaltung der Beziehung zur Pflegekraft erweist sich sowohl in der Realität als auch in den Idealvorstellungen der Patienten als sehr ambivalent. Einerseits wünschen sich die Befragten einen vertrauten, nahezu familiären Kontakt zu den Pflegenden, andererseits äußern sie auch deutlich den Anspruch nach Wahrung ihrer Privat- und Intimsphäre.

„... also die (Pflegekräfte) sind wirklich, die integrieren sich in die Familie rein, nicht wahr, das geht so schnell, da, das ist einfach herrlich, gell.“ (I7/337-339)

„Daß man, was weiß ich, da Dinge, Dinge anspricht, die in den persönlichen Bereich zum Beispiel gehen oder so... Dann geben die (Pflegekräfte) das weiter und nutzen das aus.“ (I7/924-928)

Patienten empfinden die Art und Weise ihrer pflegerischen Versorgung als Ausdruck für die Wertschätzung ihrer Person

Als ein weiterer wichtiger Beziehungsaspekt hat sich in dieser Untersuchung die Anerkennung und Wertschätzung der Patienten durch die Pflegenden herausgestellt. Patienten bemessen diese nicht nur nach dem konkreten täglichen Umgang bei pflegerischen Verrichtungen, sondern offenbar ganz entscheidend nach dem Zeitkontingent, das für ihre Betreuung zur Verfügung steht. Pflege unter

Zeitdruck wird von den Patienten nicht nur als unangenehm empfunden, sondern auch als Geringschätzung der eigenen Person. Patienten fühlen sich „abgefertigt“, als Werkstück zum Objekt von Pflege degradiert – eine Wahrnehmung, die die Abhängigkeit der Pflegebedürftigen deutlich werden läßt.

„Ja, die sind dann so, wie soll ich sagen, so flott und so schnell, aber jetzt müssen wir fertig werden, ja aber jetzt, aber jetzt schnell und denn geh'n se los und dann waschen se an einem rum und schrubben. [...] die sind dann so furchtbar (2) borstig und schnell.“ (I2/359-367)

„Und sie haben zu wenig Zeit und dann soll'n se nicht so kleinlich sein, (...) man kann solch ein, einen Beruf nicht (...) so geschäftsmäßig führen. Aber das ist jetzt Geschäft. Nichts anderes (2). Das kann man aber nicht. (...) Die haben keine Zeit mal mit dem Patienten zu sprechen.“ (I 6/657-662)

Patienten nehmen Pflege als alltagsnahe Versorgung wahr

Pflege wird im ambulanten Bereich aus Sicht der Patienten als Instrument zur Alltagsbewältigung wahrgenommen. Handwerklich-technische Tätigkeiten wie körperpflegerische, medizinisch induzierte und hauswirtschaftliche Maßnahmen stellen für Patienten die Hauptaufgaben der Pflege dar. Vor allem körperpflegerische und hauswirtschaftliche Tätigkeiten möchten die befragten Pflegebedürftigen auf „Service-Niveau“ erbracht wissen.

„... da wird ihnen von den Schwestern nicht die Badewanne saubergemacht oder die Kabinen trocken gemacht. Das muß das Putzpersonal, also mit anderen Worten, die Haushaltshilfe hier machen. [...] Nein, das machen die nicht, das haben sie nicht nötig, gehört nicht zur Pflege. Das ist ganz gravierend. Ich weiß nicht, ob se nen Eimer ausschütten müssen. Ich hab ja nen Stuhl für die Nacht, ja.“ (I6/786-798)

In einem möglicherweise täglich wechselnden Auf und Ab chronischer Krankheitsverläufe möchten Patienten das Maß pflegerischer Hilfestellungen selbst bestimmen. Aus den geführten Interviews wurde in diesem Zusammenhang deutlich, daß der Anspruch aktivierender Pflege zur Wahrung und För-

derung von Selbständigkeit offenbar mit Patientenansprüchen nicht immer zu vereinbaren ist.

„Sie müßten darauf hingewiesen werden, daß sie mit Patienten so umgehen müssten, sie müßten sie leben lassen und nicht immer sagen: hoch, sie müssen motiviert werden, Sie müssen motiviert werden, als wäre man ein Motor.“ (I6/411-415)

Organisatorische, beratende, anleitende und koordinierende Pflgetätigkeiten werden von den Patienten nicht oder nur am Rande erwähnt, eine gemeinsame Pflegeplanung, Zielsetzung und Evaluation wird nicht beschrieben.

Kritik wird an der Organisation der Pflege geäußert

Ein Hauptkritikpunkt der Patienten ist die starke Fluktuation des Pflegepersonals. Der Wunsch nach einer festen Bezugsperson unterstreicht die Bedeutung des Beziehungsaspektes in der ambulanten Pflege. Ein hohes Maß an Fluktuation verhindert den Aufbau dieser wichtigen Beziehung und verstärkt das Phänomen der Entintimisierung der Privatsphäre des Patienten, in die immer wieder fremde Personen eindringen.

„Es sind natürlich immer verschiedene Figuren, das ist klar. Leider haben wir aber beklagt, natürlich, haben wir sehr beklagt. Denn, wenn man sich auf jemanden eingestellt hat, dann kam es das nächste Mal wieder nicht, dann kam jemand anderes. Und (...) war nicht sehr günstig, weil jeder Mensch sich, und der Kranke sowieso, im Besonderen darauf einstellt, auf den Behandelnden (...).“ (I 7/244-250)

Hier kommen die Patienten nochmals auf die, für ihre Versorgung zur Verfügung stehende Zeit zu sprechen. Zeitmangel empfinden die Patienten als hindernd bei dem Aufbau einer befriedigenden Beziehung zu den Pflegenden. Patienten müssen sich in der Regel dem Tempo der Pflegenden anpassen und haben wenig Einfluß auf die zeitliche

Gestaltung.

„(...) ich hab' hier ein paarmal das Frühstück gemacht bekommen, die ham' 20 Minuten da. So schnell kann man das nicht machen. Dann bleibt das alles stehen für den Patienten und man muß warten, bis mal jemand kommt, vielleicht mittags.“ (I 6/864-868)

Insgesamt haben die Patienten offenbar bei

Mehr Zufriedenheit durch Patientenorientierung

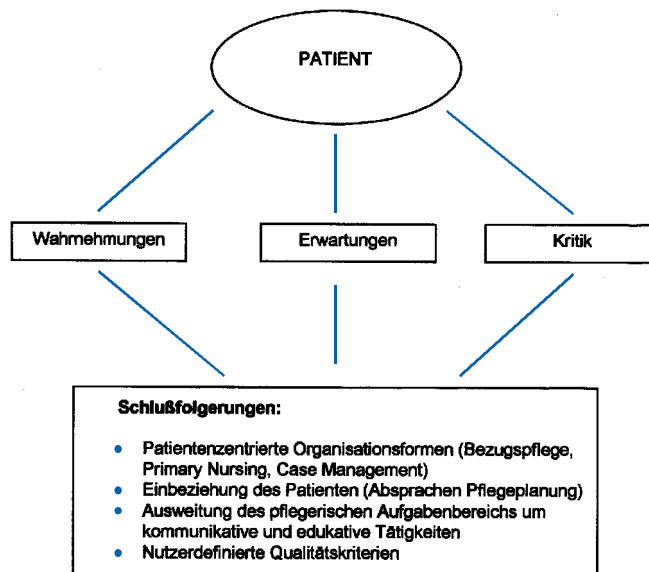


Abb. 2: Schlußfolgerungen aus Wahrnehmungen, Erwartungen und Kritik der Patienten.

organisatorischen Belangen wenig Mitspracherecht und werden unzureichend informiert. Gemeinsame Absprachen finden kaum statt. Oft müssen die Patienten ihren Tagesablauf nach den planerischen Vorgaben der Organisation richten und der Pflege entsprechend zur Verfügung stehen.

„Und dann wissen Sie gar nicht, morgens, wer kommt heute?“

„Nein (2) Das weiß ich nicht. Das würde ich mir sehr wünschen, daß ich das mal immer wüßte, das wäre schön. Und dann liegt man halt da und denkt, ha ja, läßt den den lieben Gott 'nen guten Mann sein und plötzlich kommt irgendjemand.“ (I 2/625-633)

Mehr Zufriedenheit durch Patientenorientierung (siehe Abb.2)

Im Hinblick auf eine patientenorientierte

Versorgungsgestaltung im Gesundheitswesen existieren in der häuslichen Pflege Defizite (Schaeffer 1997). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung liefern eine Reihe an Denkanstößen, die nicht nur zur Entwicklung patientendefinierter Qualitätskriterien, sondern auch zur Entwicklung der Pflege als Profession dienen können. Beide Ansätze sind notwendig, um zu einer Verbesserung

der pflegerischen ambulanten Versorgung zum Wohle der Patienten beizutragen. Zu erreichen wäre dies beispielsweise durch die Umsetzung von Organisationsformen wie Bezugspflege, Primary Nursing und anderen patientenzentrierten Case-Management-Modellen, die die Beziehungsgestaltung zwischen Patient und Pflegekraft in den Vordergrund stellen. Patienten könnten durch gemeinsame Absprachen und Planung am Ablauf und der Integration der Pflege in ihren Alltag mehr einbezogen werden. Nachzudenken wäre auch über den pflegerischen Aufgabenbereich: Vorstellbar wäre eine Erweiterung um edukative und kommunikative Tätigkeiten, was bei Qualifikationsmaßnahmen für Pflegekräfte entsprechend berücksichtigt werden müßte. Um zu einer Verbesserung pflegerischer Qualität im ambulanten Bereich

zu gelangen, ist es offenbar notwendig, Maßnahmen zu entwickeln, die nicht nur aus fachlicher Perspektive angemessen sind, sondern auch den Bedürfnissen der Patienten entsprechen und so zu mehr Zufriedenheit und Lebensqualität führen.

Literatur

Ewers, M. 1998: Schwerstkranke pflegen – Kooperation gestalten. Perspektiven ambulanter Pflegedienste. Pflegemanagement (5), 3-8.
 Schaeffer, D. 1992: Grenzen ambulanter Pflege. Arbeitsgruppe Public Health, Berlin, WZB.
 Schaeffer, D. 1997: Patientenorientierte ambulante Pflege Schwerkranker. Erfordernisse der Konzept- und Wissenschaftsentwicklung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 5 (2), 85-97.
 Strauss, A. 1994: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. W. Fink, München.

THEORIEGELEITETE PFLEGEPLANUNG UND

Prof. Ulrike Höhmann M.A.

1. Ausgangssituation

Nach den Ausführungsbestimmungen zu §80 SGB XI wird die Pflegeprozeßdokumentation zu einer gesetzlichen Beurteilungsgrundlage für die Qualität der Umsetzung des Pflegeauftrages in der Praxis. Einer diesen Ansprüchen genügenden Dokumentation des Pflegeprozesses stehen oft die Hürden des Alltags entgegen. Ausgehend von dieser Annahme gab das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im Oktober 1994 den Auftrag an das Agnes Karll Institut für Pflegeforschung, ein vor Ort praktikables Dokumentationssystem zu entwickeln.

Neue Pflegeprozeßdokumentationsunterlagen sollten, auf dem Boden aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse, die gesetzliche Umsetzung des Pflegeauftrages in der Praxis qualitativ unterstützen und gleichzeitig juristisch nachweisbar und nachprüfbar machen. Sie sollten ebenfalls eine Übersicht geben, über die für die Betroffenen notwendigen Pflegeleistungen in Relation zu den von der Pflegeversicherung finanzierten. Ein weiteres Ziel der Formularentwicklung war es, dem erstmalig im Pflegeversicherungsgesetz formulierten Recht der PatientInnen auf Selbstbestimmung nachprüfbar Rechnung zu tragen und darauf bezogene Pflegeentscheidungen dokumentierbar und damit nachweisbar zu machen. Dazu genügte es nicht „einfach“, neue „Dokublätter“ zu entwerfen, sondern pflegetheoretische Überlegungen zum Ausgangspunkt der Entwicklungsarbeiten zu nehmen. Auf diese theoretischen Überlegungen im Hintergrund möchte ich im folgenden eingehen, weniger auf die konkrete Ausgestaltung der neuen Formulare. Diese wurden in einem zweijährigen Prozeß gemeinsam mit PatientInnen und MitarbeiterInnen aus 15 unterschiedlichen Projekteinrichtungen im Rahmen eines Multimethodendesigns entwickelt. Sie werden von einer zunehmenden Anzahl von ambulanten und stationären (Langzeitpflege-) Einrichtungen komplett oder partiell eingesetzt und sind im Handel erhältlich (Eichner Organisation KG, Coburg). Ausführlichere Projektinformationen finden Interessenten im Abschlußbericht (Höhmann, Weinrich, Gättschenberger 1996) und zahlreicheren kleineren Veröffentlichungen zu dem Projekt.

Im vorliegenden Beitrag geht es mir darum, zu zeigen, wie oftmals als zu abstrakt gefürchtete pflegetheoretische Konzepte durch aus praxiswirksam werden können.

Vorausschicken möchte ich ein paar zum Verständnis notwendige Erklärungen und zentrale Ergebnisse.

- Zu Beginn des Projektes wurde eine Bestandsaufnahme der Umsetzungsprobleme des Pflegeprozesses und der Analyse der Dokumentationsschwierigkeiten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Als Projektschwerpunkt kristallisierte sich auf der Basis dieser Erkenntnisse heraus, eine praktikable, theoriegeleitete Vorgehensweise bei der Erhebung der Informationssammlung als dem ersten, den gesamten Pflegeprozeß strukturierenden Schritt zu entwickeln. So wurde eine neue Informationssammlung in Heftform konzipiert und dann in 15 Einrichtungen bei 56 PatientInnen im Hinblick auf ihre Qualitätswirkung erprobt. In zwei Testphasen wurde mit einem Multimethodenansatz (schriftliche und mündliche Befragung, Dokumentenanalyse, Gruppendiskussion) eine weitgehend umfassende Prüfung der Neuentwicklung vorgenommen; nachweisen ließ sich folgendes:
- daß die durch den Aufbau der Informationssammlung geforderte Einbeziehung der PatientInnen die unmittelbare Wahrnehmung und Handlungspraxis der Pflegenden verbessert, weil ihr Blick stärker auf die individuelle Situation der PatientInnen

gerichtet wird und diese als „ExpertInnen ihrer Situation“ gewürdigt werden;

- daß die alltägliche Dokumentationspraxis unterstützt wird und zwar im Hinblick auf die für uns besonders relevanten Teilqualitäten: inhaltliche Vollständigkeit, inhaltliche Aussagekraft im Sinne verbesserter handlungsweisender Formulierungen sowie einer systematisch konsistenteren Darstellung des Pflegeprozesses.

Für die zweite Testphase wurde zusätzlich ein unaufwendig zu führendes Interventionsformular neu konzipiert, auf dem eine präzise Maßnahmenbeschreibung – unter Berücksichtigung der Perspektiven der Betroffenen – vorgenommen werden soll. Im weiteren lassen sich dann, nach einem abgewandelten Prinzip der altbekannten Kurve in der Klinik, der zeitliche Pflegeverlauf, Kostenträger, Zuständigkeiten, Durchführung, Besonderheiten und eventuelle Modifikation der Maßnahmen und ihre Evaluation übersichtlich abbilden. Die in der Praxis zum Teil üblichen „Sonderdurchführungsblätter“ lassen sich hier integrieren, so daß der Einsatz dieser beiden Planungsinstrumente die Reduktion der oftmals angetroffenen „Blättermultifalt“ von bis zu 10 (und manchmal auch noch mehr) Formulare auf zwei erlaubt.

Aufnehmen möchte ich dieses scheinbar so abgedroschene Thema der Pflegeprozeßdokumentation noch einmal, weil unsere aktuellen Beobachtungen zeigen, daß die Umsetzung des Pflegeprozesses als logisch klare und wenig komplizierte professionelle Handlungssystematik in der Praxis, weiterhin nur in Ansätzen klappt. Die Pflege, so unser Eindruck, thematisiert diesen Zustand mittlerweile kaum noch; wenn, dann beklagt sie ihn moralinsauer, nimmt ihn ansonsten jedoch als strategische Blockade vieler Entwicklungsmöglichkeiten gelassen mit weitgehend stummer Apathie hin (vgl. auch Höhmann 1996).

PFLEGEDOKUMENTATION IM ZEICHEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Ergebnisse einer empirischen Untersuchung

2. Theoretischer Bezugsrahmen

Die Konstruktion der neuen Informationssammlung geschah auf dem Boden eines ursprünglich von Orlando (1961) und Wiedenbach (1964) interaktionstheoretisch formulierten Pflegeprozeßverständnisses. Eingegangen sind ebenfalls neuere Vorstellungen, die in der Pflege besonders z.B. von King (1971) im Rahmen ihres Transaktionsmodells ausgeführt wurden. Die auf dem Boden dieser theoretischen Ausgangsvorstellungen ursprünglich sehr klar strukturierte Handlungssystematik ist über die deutsche Rezeptionsgeschichte in zentralen Punkten verloren gegangen (Zu Schwierigkeiten und Mißverständnissen bei der Einführung und der Formulierung von Umsetzungsmodalitäten des „Pflegeprozesses“ in Deutschland s. u.a. Höhmann, Weinrich, Gätschenberger 1996).

Die Ursprungsgedanken des „Pflegeprozesses“ für die aktuellen Qualitätserfordernisse nutzbar zu machen, erschien uns aus unterschiedlichen Gründen sinnvoll:

1. Mit dem frühen interaktionstheoretisch begründeten Konzept der Pflegeprozeßmethodik wird ein in der Pflege vorhandenes Alltagswissen und -handeln aufgegriffen und systematisiert.
2. Das im Pflegeversicherungsgesetz geforderte Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen läßt sich damit konkreter fassen und es wird nachweisbar, inwieweit die Pflege dieses berücksichtigt.
3. Es wird einem zunehmend neuen Berufsverständnis der Pflegenden Rechnung getragen, nachdem sich Professionalität nicht allein durch das Kennen des „richtigen Weges“, sondern durch die Aushandlung zwischen Situationsdeutung und Wissen der Professionellen und PatientInnen vermittelt.
4. Indem auf interaktionstheoretische Prinzipien und Basisannahmen rekurriert wird, bleibt die Arbeit mit inhaltlich unterschied-

lichen Pflegemodellen und Kategorienvorgaben für die Pflegenden vor Ort möglich und damit die professionelle Orientierung an unterschiedlichen Konzepten. Denn die hier zitierten interaktionstheoretischen Prinzipien geben keine konkreten Pflegeinhalte vor, sondern formulieren Grundprinzipien, anhand derer inhaltlich durchaus unterschiedliche Pflegeentscheidungen, deren Ausführung und Bewertung in individueller Absprache mit dem Patienten begründet werden müssen und können.

Den Ausgangspunkt für die konkrete Umsetzung interaktionstheoretischer Prinzipien im Rahmen des Pflegeprozesses stellt die immer wieder formulierte Tatsache dar, „that the experience of illness is embedded in it's social life and rhythms, it is constrained by social structure, and it is created in negotiations with others.“ (Pecosolido, Kronenfeld 1995). Negotiation oder „Aushandlung“ bedeutet in diesem Zusammenhang (vgl. z.B. Cicourel 1970), daß Situationsinterpretationen im Laufe des gesamten Pflegeprozesses zwischen den beteiligten Akteuren erst hergestellt werden müssen und zwar auf der Basis gemeinsamer Kommunikations- und Definitionsprozesse. Wiedenbach und King formulieren für diesen Verständigungsvorgang explizite schrittweise Rückkopplungsschleifen zwischen PatientInnen und professionell Pflegenden, um mit jedem Betroffenen die sachlich angemessene und individuelle Pflege abstimmen zu können.

Eine zentrale Grundlage für einen fachlich umfassenden Aushandlungsprozeß zwischen PatientInnen und Profis ist eine breite, inhaltlich angemessene, valide und reliable Informationsbasis, also der erste Schritt des „Pflegeprozesses“. Hier muß sichergestellt werden, daß alle notwendigen Informationen zur weiteren Interventionsplanung erhalten werden, um eine Balance zwischen professioneller und Betroffenenperspektive herstellen zu können.

Als ein zentraler Teil des genannten Projektes ist also eine solche Informationssammlung als erster Schritt des Pflegeprozesses entwickelt worden. Sie unterstützt die weitere Strukturierung des Pflegeprozesses, weil der professionelle Blick auf die Sichtweisen der jeweils Betroffenen gerichtet wird. Dies geschieht, indem drei interaktionstheoretisch ableitbare Prinzipien zum Tragen kommen. Diese drei Hauptprinzipien sind:

1. Kontextbezug
2. Interaktionsbezug
3. Prozeßbezug.

Was heißt dies nun im einzelnen?

2.1 Kontextbezug

Kontextbezug soll in diesem Zusammenhang heißen:

Die Sammlung vieler Einzelinformationen macht nur dann Sinn für eine patientenbezogene Pflege, wenn deutlich ist, in welchem Gesamtzusammenhang die einzelnen Informationen für den/die PatientIn stehen und welche Rolle sie in der Lebenswelt des Betroffenen spielen.

Einzelne Pflegehandlungen und -zielbestimmungen sind in den Lebenszusammenhang einzuordnen, in dem sie für die PatientInnen stehen.

2.2 Interaktionsbezug

Interaktionsbezug soll in diesem Zusammenhang heißen: weder bei der Sammlung und Interpretation der Ausgangsdaten für die Pflege, noch bei der Entscheidung über die Interventionsformen, noch bei deren Ausführung oder Bewertung ihres Erfolges geht es um die einseitige Wirklichkeitssicht der Professionellen, sondern es gilt, die Eigendeutungen und Situationsbeschreibungen der Betroffenen so einzubeziehen, daß sie zum Ausgangspunkt der professionellen Situa-

tionsbeschreibungen werden. Begründungen dafür finden sich bei vielen der interaktions- oder systemtheoretisch argumentierenden Pflege-theoretikerinnen (z.B. Orlando, Wiedenbach, Paterson/Zderad, King, Meleis). Dahinter steht die Annahme, daß die systematische Möglichkeit eines Perspektivabgleichs zwischen Professionellen und Betroffenen zur notwendigen Voraussetzung für eine patientenbezogene Pflegequalität wird.

2.3. Prozeßbezug

Meleis (1991, S.103) formuliert dazu: „Nurses deal with people who are experiencing transitions, anticipating transitions or completing the act of transition. Transition denotes a change in health status, in role relationships, expectations and abilities. Den damit geforderten Charakter der Vorläufigkeit und Wandelbarkeit von einmal erhobenen Ausgangsinformationen, aber auch pflegerischen Entscheidungen und darauf bezogenen Durchführungs- und Bewertungsroutinen, gilt es im Auge zu behalten.

3. Die praktische Umsetzung dieser drei theoretischen Prinzipien in die Pflegeplanung und -dokumentation

Im folgenden stelle ich kurz die im hiesigen Projekt verfolgte Umsetzungsstrategie dieser Prinzipien in die Gestaltung neuer Dokumentationsunterlagen vor. Neben der Unterstützung einer patientenbezogenen Blickrichtung sollte damit unter technischen Gesichtspunkten gleichzeitig eine übersichtlichere Abbildung des Pflegeverlaufs in Anlehnung an die Schritte des „Pflegeprozesses“ erreicht werden.

In die konkreten Umsetzungsentscheidungen sind die Resultate der Bestandsaufnahmen und Ergebnisdiskussionen zu den Umsetzungs/Dokumentationsschwierigkeiten des Pflegeprozesses vor Ort eingegangen.

3.1 Praktische Umsetzung des Kontextbezugs

Die konkrete Umsetzung in den Aufbau der neuen Dokumentationsunterlagen sieht folgendermaßen aus:

- Die notwendigen Ausgangsinformationen/anamnestischen Angaben und Therapieplanungen aller an der Pflege beteiligten Berufsgruppen können in ein Dokumentationssystem integriert werden (es wurden allerdings nur für die Pflege inhaltliche Erhebungskategorien für die Sammlung der Ausgangsdaten vorgegeben).
- Die zu erfassenden pflegerischen Einzelinformationen werden hier in 22, an AL

Dimensionen der Erhebungskategorie „Körperpflege“

1. Gewohnheiten/Vorlieben aus Sicht der Betroffenen/evtl. Bezugspersonen:
2. Möglichkeiten/Fähigkeiten aus Sicht der Betroffenen diese eigenen Gewohnheiten aufrechtzuerhalten:
3. aktuelle Problembeschreibung aus Sicht der Betroffenen/evtl. Bezugspersonen:

und zusammenfassend:

4. aktuelle Problembeschreibung aus Sicht der Pflegefachkraft:

angelehnte Kategorien erfaßt, die möglichst umfassend die pflegerelevanten Lebensbereiche der Betroffenen abdecken sollen und ausreichend präzise Aussagen zu den gesetzlichen Finanzierungsbereichen des Pflegeversicherungsgesetzes erlauben.

- Die Informationen zu den 22 Erhebungskategorien werden nicht anhand von multiple-choice Verfahren erhoben, sondern anhand von offenen, jedoch fest vorgegebenen Erhebungsdimensionen strukturiert (s. auch 3.2). Nur anhand offener Fragen lassen sich der Bedeutungsrahmen von Einzelangaben für den Patienten erfassen und in den Zusammenhang stellen, in dem die Einzelinformation steht. Ankreuzverfahren suggerieren oft Vollständigkeit, meist ohne das Versprechen, konkrete

handlungsweisende Informationen zu liefern, einlösen zu können.

- Alle Interventionen sind übersichtlich in ihrem Verlauf und ihren Besonderheiten auf einem Formular vermerkt und damit im Zusammenhang beurteilbar.

3.2 Praktische Umsetzung des Interaktionsbezugs

Die Umsetzung des Interaktionsbezugs geschieht, indem sichergestellt wird, daß – nachweisbar – nicht die alleinige Deutungsmacht der Professionellen entscheidend ist für die Problemdefinition/Diagnosestellung, Interventionsplanung, Durchführung und Bewertung der Pflege. Es gilt vielmehr, gerade in der Pflege langzeit- und chronisch kranker Menschen, die Sichtweise der Betroffenen selbst zum Ausgangspunkt der professionellen Situationsbeurteilung/ Problembeschreibung und darauf bezogener Interventionsplanung zu machen. Mit diesem Ziel strukturieren die Erhebungsdimensionen die einzelnen „Frageschritte“ in jeder einzelnen Erhebungskategorie.

Anhand der „Körperpflege“ sei dies verdeutlicht:

Ausgangsinformationen zur Erhebungskategorie „Körperpflege“ (beispielhaft durch die folgenden Angaben präzisiert: Waschen, Duschen, Baden, Fußpflege, Kämmen, sich zurechtmachen/Kosmetik)

werden anhand der im blauen Kasten dargestellten Dimensionen abgefragt.

Zudem sollten bei Bedarf ergänzende Informationen zu persönlichen Hilfsmitteln, Pflegemitteln und bei Bedarf für den Hautzustand eine Extraseite mit graphischer Darstellungsmöglichkeit und präziser Kennzeichnung eventueller Hautläsionen oder gefährdeter Stellen notiert werden.

Bei diesem Aufbau der neuen Informationssammlung stand die Überzeugung im Vordergrund, daß erst wenn eine zwischen Professionellen und Betroffenen abgestimmte, ausgehandelte „Deutung“ der Situation zum Ausgangspunkt professioneller Pflege wird, PatientInnen dauerhaft zu Compliance motiviert sind. Nur so läßt sich eine konsequente „konsumentenorientierte Pflegequalität“ sowie die pflegerische Über- aber auch Unterversorgung der Betroffenen verhindern.

3.3 Praktische Umsetzung des Prozeßbezugs

Das Wissen um die Veränderungsdynamik des gesundheitlichen Zustandes und darauf bezogener Lebensbereiche wird schon in der Gestaltung des Heftes zur Informationssammlung deutlich: denn wenn wir wissen, daß PatientInnen auch in der Langzeitpflege fortwährend Veränderungsprozesse durchleben, bedeutet dies, daß die pflegerischen Ausgangsinformationen und Situationseinschätzungen regelmäßig überprüft und aktualisiert werden müssen. Eine Anamnese ist dann kein statisches Instrument mehr, das einmal erhoben, in der Schublade verschwindet, sondern muß die gesundheitsbezogenen Situationsveränderungen der PatientInnen widerspiegeln. Deshalb wurden im beschriebenen System für drei Aktualisierungszeiträume Spalten eingefügt, in denen zu jeder einzelnen Erhebungskategorie die sich im Laufe der Zeit ergebenden Veränderungen eingetragen werden können und damit eine übersichtliche Verlaufsdarstellung ergeben. Das Interventionsformular ist ebenfalls so aufgebaut, daß Prozeßveränderungen auf einen Blick für alle Bereiche erkenntlich sind und Evaluationsergebnisse wiederum als Ausgangspunkt für eine aktualisierte Maßnahmenplanung sichtbar werden.

Diese hier beispielhaft für die „Informationssammlung“ dargestellten Prinzipien werden ebenfalls bei den weiteren Schritten des Pflegeprozesses im Auge behalten.

Ein überraschendes Testergebnis dieser neuen Unterlagen am Rande: die PatientInnen, mit denen eine solche ausführliche Informationssammlung erprobt wurde, waren sehr positiv überrascht, daß die Pflege bemüht ist, endlich ihre Einschätzungen ernst zu nehmen. Und umgekehrt berichteten viele Pflegenden, die an diesen Tests beteiligt waren, daß sie die Betroffenen auf einmal mit ganz anderen Augen sehen können.

4. Fazit

Ich möchte damit die Beschreibung einer beispielhaften Umsetzungsmöglichkeit abstrakter theoretischer Prinzipien beenden. Die hier vorgestellte spezifische Umsetzungsentscheidung ist in enger Zusammenarbeit mit Be-

troffenen und Professionellen gefallen und von einigen KassenvertreterInnen und MDK-MitarbeiterInnen unterstützt worden. Alle Beteiligten hatten gemeinsam bekundet, mit den aktuellen Dokumentationssystemen unzufrieden zu sein und praktische Hilfe für eine strukturierte Umsetzung und schriftliche „Abbildung“ der Arbeit nach der Systematik der Pflegeprozeßmethode zu suchen. Am Ende des Projektes kamen wir gemeinsam zu dem Schluß, daß es wohl am „professionellsten“ wäre, ein leeres Blatt zur Dokumentation zu nehmen. Der Garant für Vollständigkeit sollte eine pflegetheoretische Orientierung „im Kopf“ sein, die in der Ausbildung erworben, sicherstellt, daß patientenbezogen gedacht und gehandelt wird. Die Realität sagt uns jedoch, daß wir noch einen langen Weg vor uns haben, auf dem noch viele Rahmenbedingungen zu verändern sind, bis wir moderne Professionalisierungskonzepte stärker mit Leben füllen können. Viele Praxiseinrichtungen und Pflegestudiengänge bemühen sich gemeinsam, diesen oft mühevollen, aber sehr ereignisreichen Weg zu gehen. Erste Ergebnisse der in Darmstadt z.Zt. für die hessischen pflegewissenschaftlichen FachhochschulabgängerInnen durchgeführten beruflichen Verbleibstudie (vgl. Brieskorn-Zinke, Höhmann 1999) stimmen uns jedoch hoffnungsvoll, daß an vielen Orten viele kleine und große Entwicklungsschritte hin zu positiven Praxisveränderungen gegangen werden.

Literatur

- Brieskorn-Zinke, M.; Höhmann, U.** (1999) *Pflegewirte und Pflegewirinnen in der Praxis, Pflege Aktuell, Jg.53, Heft 1, S.96-99*
- Cicourel, A.** (1970) *Methode und Messung in der Soziologie, Frankfurt, Suhrkamp*
- Höhmann, U.** (1996) *Das Elend mit der Pflegeprozeßdokumentation - wann springt der Hamster endlich aus dem Laufrad?, Pflege Aktuell, Jg.50, Heft 1, S.8-12*
- Höhmann, U.; Weinrich, H.; Gütschenberger, G.** (1996) *Die Bedeutung des Pflegeplanes zur Qualitätssicherung in der Pflege, Forschungsbericht 261, Bonn, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung*
- King, I.** (1971) *Toward a theory for nursing, New York, John Wiley & Sons*
- Meleis, A.I.** (1971) *Theoretical Nursing, Philadelphia, Lippincott*
- Orlando, L.J.** (1961) *The dynamic Nurse -Patient relationship, New York, Putnam*
- Paterson, J.G.; Zderad, L.T.** (1988) *Humanistic nursing, New York, National League for Nursing, Publ. No. 41-2218*
- Pescosolido, B.; Kronenfeld, J.** (1995) *Health, illness and healing in an uncertain era: Challenges from and for Medical Sociology, Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue, S.5-33*
- Wiedenbach, E.** (1964) *Clinical Nursing - a helping art, New York, Springer Publishing*



Prof. Ulrike Höhmann M.A.

Adresse:

Evangelische Fachhochschule
Darmstadt
FBII Pflege und
Gesundheitswissenschaft
Prof. Ulrike Höhmann M.A.
Zweifalltorweg 12
D- 64293 Darmstadt

Thomas Klie: Pflegeversicherung: Einführung, Lexikon, Gesetzestexte, Nebengesetze, Materialien, 4. Neubearb. u. erw. Auflage

Vincentz Verlag Hannover 1998

732 Seiten, kartoniert, 36,- DM, ISBN: 3-87870-604-9

„§1 (1) Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wird als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eine soziale Pflegeversicherung geschaffen.“ Mit diesem Satz beginnt ein Gesetzeswerk, das in den letzten Jahren das Relief der ambulanten und der stationären Pflege grundlegend veränderte.

Hier wird ein Buch vorgestellt, das dieses Gesetzeswerk, die Pflegeversicherung („Sozialgesetzbuch. Elftes Buch. Soziale Pflegeversicherung.“ Kurz: SGB XI), zum zentralen Thema hat. Thomas Klie, der Autor des Buches, lehrt Recht an der Evangelischen Fachhochschule in Freiburg. Ein Schwerpunkt seiner wissenschaftlich-juristischen Tätigkeit liegt im Bereich der Gerontologie und der Pflege alter Menschen. Verlag und Autor legen im Schnitt jährlich eine überarbeitete Neuauflage des Buches vor; die 5. Auflage wird in Kürze erscheinen. Durch diese häufigen, bearbeiteten Neuauflagen ist für den Leser ein hohes Maß an Aktualität gewährleistet.

Das Buch gliedert sich in folgende fünf Hauptkapitel: 1. Einführung, 2. Lexikon, 3. SGB XI-Text, Begründung, Rundschreiben, 4. Nebengesetze, 5. Materialien. In der Einführung zu seinem Buch erläutert Klie die Geschichte und Vorgeschichte, die Konzeption und die Grundsätze der Pflegeversicherung (im weiteren hier kurz: PV) und geht dabei auf die Diskussion um die PV ein. In kurzen Unterkapiteln behandelt er u.a. die Bereiche Pflegevergütung, Pflegeeinrichtung, Qualitätssicherung und die Frage: Wer ist pflegebedürftig? Klie beleuchtet in diesem Zusammenhang auch das Verhältnis der PV zu anderen Gesetzen, geht auf die Übergangsregelung ein und gibt einen Ausblick auf die zu erwartenden Entwicklungen. Sehr benutzerfreundlich und zeitsparend ist das Stichwortlexikon: Der Autor erläutert hier knapp und informativ relevante Begriffe, die im Zusammenhang mit der PV stehen. Nach jedem dieser Kurzartikel folgt ein direkter Verweis auf

die Stelle im Gesetzestext des SGB XI, die genau den jeweiligen Begriff zum Inhalt hat.

Der Gesetzestext aus dem „Sozialgesetzbuch (SGB). Elftes Buch (XI). Soziale Pflegeversicherung“ wird komplett wiedergegeben. Um ein lästiges Hin- und Herblättern zu vermeiden, hat Klie den einzelnen Gesetzesabschnitten – soweit vorhanden – die Begründungen der gesetzgebenden Organe, die Empfehlungen der Ausschüsse oder die Stellungnahmen der Versicherungsträger beigegeben. So hat der Leser schnell eine Übersicht über den Hintergrund und das Umfeld des entsprechenden Gesetzesabschnittes zur Hand. Die Gesetze aus dem Umfeld des SGB XI folgen in Auszügen im Kapitel Nebengesetze. Dies sind insbesondere das SGB V, das SGB VI, das Krankenhausfinanzierungsgesetz, das Bundessozialhilfegesetz, das Heimgesetz, die Überleitungsvorschriften der PV und die Pflege-Buchführungsverordnung.

Für die Pflegepraktiker, die mit der Pflegeversicherung konfrontiert werden, dürfte auch das letzte Kapitel sehr interessant sein, das zahlreiche Materialien beinhaltet: Pflegebedürftigkeitsrichtlinien, Gemeinsame Empfehlung zum Inhalt der Rahmenverträge, Musterversorgungsvertrag, Gemeinsame Grundsätze zur Qualität und Qualitätssicherung, Pflegehilfsmittelverzeichnis, Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung, Schiedsstellenverordnung (Niedersachsen) und Landespflegegesetz (Baden-Württemberg).

Klies Buch bietet umfassendes Material über die PV und deren Umfeld und ist solides Handwerkszeug für all diejenigen, die beruflich oder privat mit dem Gesetz in Berührung kommen und damit arbeiten müssen.

Bernhard Wiedemann

Pflegediagnosen: Was leisten sie - was leisten sie nicht?"

Mabuse-Verlag, Postfach 90 06 47, 90 446

Frankfurt/Main, 12.80 DM.

Unter dieser Fragestellung fand im letzten Jahr an der Alice-Salomon-Fachhochschule das erste Pflegekolloquium des Deutschen Vereins für Pflegewissenschaft statt. Mit dem nun vorliegenden Ergebnisband sollen die Vorträge des Kolloquiums einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Die Organisatorin Ingrid Kollak geht in ihrer Einführung auf die Rolle der Pflegediagnostik bei der Professionalisierung der Pflege ein und stellt fest, daß Befürworter wie Gegner den Pflegediagnosen viel zutrauen. Die einen fürchten die Hinkehr zur Medizin und Medikalisierung, die anderen hoffen auf Verwissenschaftlichung und Professionalisierung der Pflege.

Im ersten Beitrag stellt Peter König anschaulich das Konzept der Pflegediagnosen dar. Er erläutert ihre Herkunft, Entwicklung und Anwendung in den USA und kommt zu dem Schluß, daß Pflegediagnosen zur optimalen Versorgung von Patienten nicht ausreichen. Er rät dazu, andere Diagnosekonzepte einzubeziehen.

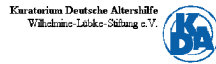
Auf die Auswirkungen von Diagnostik und Kategorisierung auf Menschen verweist Heiner Friesacher in seinem Beitrag. Er beschreibt die negativen Auswirkungen einer solchen Klassifizierung und fordert eine „verstehende, phänomenologisch-biographische Diagnostik“, wie sie z.B. in der Behindertenpädagogik seit einigen Jahren erarbeitet wird.

Penny Powers analysiert den machtpolitischen Diskurs, der den Pflegediagnosen zugrunde liegt. So fragt sie u.a. nach dem Einfluß der Medizin, sowie danach, wem Pflegediagnostik nutzt und wem sie schadet.

Vjenka Garms-Homolova vergleicht das Resident Assessment Instrument (RAI) mit dem Konzept der Pflegediagnosen. Sie kommt zu dem Schluß, daß erst durch die Ergänzung beider Konzepte die notwendigen Daten zur optimalen Patientenversorgung erfaßt werden können.

Der Band dient zum einen einer Einführung in das Konzept der Pflegediagnosen, zum anderen können die einzelnen Beiträge eine Argumentationshilfe in der derzeitigen Diskussion um Qualitätssicherung in der Pflege sein.

Menschenwürde in der Stationären Altenpflege
- (k)ein Problem?



Bremer Pflegeperspektiven

Pflege lehren - Pflege managen

vom 02.12. und 03.12.1999

im Congreß Centrum Bremen

An der Universität Bremen und der Hochschule Bremen wurden in den letzten Jahren die Studiengänge „Lehramt Pflegewissenschaft“ und „Internationaler Studiengang für Pflegeleitung“ erfolgreich aufgebaut. Mit diesen beiden neuen Studiengängen wurden Professionalisierungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten im Bereich der Pflege auf Hochschulniveau geschaffen. Pflege lehren und Pflege managen sind Herausforderungen in Gegenwart und Zukunft, die es anzunehmen und innovativ zu gestalten gilt. Diesem Anspruch verpflichtet, soll der Kongreß als öffentliches Forum dienen, über verschiedene Perspektiven, Dimensionen und Spannungsfelder von Pflegeausbildung, Pflegewissenschaft und Pflegemanagement kritisch nachzudenken.

Schwerpunkte des Kongresses sind neben Einzelvorträgen verschiedene parallel stattfindende Foren zu folgenden Themenschwerpunkten:

- I: Studium: Brücken und Wege in neue Berufsfelder?
- II: Bildungspolitik: Berufliche Bausteine eines pflegewissenschaftlichen Profils
- III: Schlüsselqualifikationen und Kompetenzen überdacht - Pflegeausbildung neu gedacht
- IV: Internationalität - Studienerfahrungen im Ausland
- V: Pflegeforschung und Professionalisierung
- VI: Management und Pflege - Ein fruchtbares Integrations- und Spannungsverhältnis?
- VII: Pflegewissenschaft: Handlungsbezug - Wissenschaftsbezug - Ethikbezug
- VIII: Von der Zersplitterung zum experimentellen Lernen - Innovative Formen des Lernens in der Pflegeausbildung
- IX: Projektstudium - Studienerfahrungen im Inland

Universität Bremen
FB 11 Lehramt
Pflegewissenschaft
„Bremer Pflegeperspektiven“
Postfach 33 04 40
28334 Bremen

Info:
(Di. - Do. 10.00 - 15.00
Uhr)

Telefon: 0421 - 218 7054
Telefax: 0421 - 218 4973

Freitag, 30. April 1999 10.00 - 16.00 Uhr, Stadthalle Bad Godesberg, Kleiner Saal

In den letzten Monaten sind Berichte und Reportagen in den Medien über Vernachlässigungen, Mißhandlungen und offene Gewalt in Einrichtungen der Altenhilfe erschienen. Es gibt Anhaltspunkte dafür, daß es sich nicht um „bedauerliche Einzelfälle“ handelt, sondern eher um „die Spitze eines Eisberges.“

Auch durch die Pflegeversicherung wurde der Blick vieler Beteiligten, vor allem der Angehörigen, geschärft. Gleichzeitig wird beklagt, daß gerade durch die veränderten Rahmenbedingungen der Rationalisierungsdruck in den Einrichtungen zugenommen habe. Pflegekräfte berichten über zunehmenden Zeitdruck und dadurch bedingte Beschränkung der pflegerischen Betätigung auf das unbedingt Notwendige und Abrechenbare.

Seit langem wird gefordert, daß die Qualifizierung der Pflegekräfte verbessert werden müsse; nur so könne Mißhandlung, Vernachlässigung und Gewalt zurückgedrängt werden.

Verbesserungen im Sinne einer menschenwürdigen stationären Pflege stehen im Vordergrund der Veranstaltung.

Der Eintritt ist frei. Aufgrund der begrenzten Zahl von Plätzen ist eine schriftliche Anmeldung erforderlich. Bitte schicken Sie eine Anmeldekarte an: Sozialverband Reichsbund, Abteilung Sozialpolitik, Beethovenallee 56, 53173 Bonn

Berlin: Stipendiatinnen für das Alice-Salomon-Stipendienprogramm ausgewählt

Seit Anfang Januar 1999 vergibt die Alice-Salomon-Fachhochschule Stipendien an qualifizierte berufserfahrene Berliner Fachhochschulabsolventinnen, die eine Promotion vorbereiten bzw. fortführen wollen. Es soll Frauen aus der sozialarbeiterischen/-pädagogischen und pflegerischen Praxis ermöglichen, ihre Berufserfahrungen wissenschaftlich aufzuarbeiten. Mit der Promotion sollen sie sich für Leitungsaufgaben, eine Laufbahn als Fachhochschullehrerin oder für eine akademische Laufbahn qualifizieren.

Die jetzt ausgewählten Stipendiatinnen forschen zu Fragen der Migration, der Aidsprävention, der Schulsozialarbeit und zum Widerstand gegen das Euthanasieprogramm im Nationalsozialismus.

Das Alice-Salomon-Stipendiumprogramm wird wissenschaftlich in Form eines regelmäßigen Promotionskolloquiums von Seminaren und Workshops begleitet. Diese Veranstaltungen wurden für vier weitere Promoventinnen, die nicht in die Förderung aufgenommen werden konnten, geöffnet.

Die Stipendiatinnen werden von den Hochschullehrerinnen Prof. Dr. Birgit Rommelsbacher, Prof. Dr. Dagmar Schultz und Frau Prof. Dr. Hilde von Ballussek für die Sozialarbeit/-pädagogik sowie von Prof. Dr. Ingrid Kollak für die Pflege betreut.

In den nächsten zwei Jahren werden insgesamt 12 Jahresstipendien von der ASFH vergeben. Bewerbungen für die Stipendien gehen an die Frauenbeauftragte der ASFH Anne Kurth, Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin. Frau Kurth steht auch für weitere Informationen unter der Telefonnr.: 030/99245-322 zur Verfügung. Die Bewerbungsfrist geht vom 26. Juli bis zum 01. Oktober 1999.

Ein Journal-Club mit Folgen...

Angelika Zegelin-Abt, M.A.

Der nachstehende Beitrag hat uns längere Zeit in unserem Journal-Club beschäftigt, einer Einrichtung innerhalb des Studiengangs Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke.

Der „Journal-Club“, ein lockerer, studentischer Zusammenschluß, trifft sich während des Semesters einmal im Monat, um die abonnierten pflegewissenschaftlichen Zeitschriften auszuwerten.

Die TeilnehmerInnen „betreuen“ jeweils bestimmte Zeitschriften, z.B. das „Journal of Advanced Nursing“, die Zeitschrift „Pflege“ oder das „Scandinavian Journal of Caring Sciences“, legen die Inhaltsverzeichnisse vor und wählen abwechselnd einen Beitrag aus den sechs zur Verfügung stehenden Zeitschriften aus. Dieser Beitrag wird von einer/m TeilnehmerIn gelesen und für alle Mitglieder kopiert. Am Abend des Treffens werden dann Verständnisfragen geklärt und der Text inhaltlich diskutiert. In einer etwa zweistündigen Sitzung ist, neben der Umschau, in der Regel nur ein Beitrag zu bearbeiten. Für die Auswahl der Artikel gilt die Prämisse, daß es sich überwiegend um empirische Arbeiten, die sich mit der Pflegepraxis beschäftigen, handeln sollte. Daneben spielen natürlich auch die Interessen der auswählenden StudentInnen eine Rolle und evtl. auch Lehr- bzw. Forschungsschwerpunkte im Institut.

Der folgende Artikel stellt eine Ausnahme dar. Er thematisiert eher wissenschaftstheoretische Positionen und ist auch der erste Beitrag, den wir über einen längeren Zeitraum Abschnitt für Abschnitt zu übersetzen suchten. Bei der Übersetzung investierten u.a. T. Herrmann und J. Eickelmann viel Zeit, und alle Mit-

glieder des Journal-Clubs erlebten sehr deutlich die Probleme, einen englischsprachigen anspruchsvollen Text einigermaßen gelungen zu übersetzen. Ohne die Hilfe von Ruth Schröck wäre dies kaum geglückt.

Der Beitrag von Mark Avis erschien es uns wert, längere Zeit behandelt zu werden. Validität ist ein viels diskutiertes Konzept, die Grabenziehung verläuft dabei (irrigerweise) meist zwischen quantitativen und qualitativen Forschungsansätzen.

Avis macht deutlich, daß sich Validität weniger auf die Ergebnisse, sondern eher auf die Methodologie bezieht. Er geht zurück auf eine erkenntnistheoretische Haltung, die die Frage aufwirft, ob empirisch gewonnene Daten überhaupt die Wirklichkeit repräsentieren können.

Wir denken, daß dieser Beitrag bei den HOPF-LeserInnen Widersprüche, Zustimmung, jedenfalls Diskussionen auslösen wird.

Für den Journal-Club

Angelika Zegelin-Abt, M.A.
Pflegewissenschaftlerin

Überlegungen zum
Glaubwürdigkeit

Mark Avis

Validität ist ein wichtiges Konzept zur Begründung der Glaubwürdigkeit von Forschungsergebnissen. Die gegenwärtige Debatte über die Kriterien zur Begründung der Validität von Forschungsergebnissen basiert jedoch größtenteils auf Unterschieden zwischen qualitativer und quantitativer Methodologie, die überholt und irreführend sind. Dieser Artikel zeigt auf, daß Validität ein erkenntnistheoretisches Konzept ist, dessen Anwendung von grundsätzlichen Positionen abhängt, die über das Wesen von Wahrheit, die Abbildung der Realität und die wissenschaftliche Methodologie eingenommen werden. Es bleiben wichtige, unbeantwortete Fragen über die Bedeutung und Anwendung des Konzeptes der Validität, die einen entscheidenden Einfluß darauf haben, welche Kriterien genutzt werden, um die Glaubwürdigkeit von Forschungserkenntnissen zu begründen.

EINLEITUNG

Der Erfolg von Forschungsunternehmen ist teilweise davon abhängig, welche Methoden ForscherInnen gebrauchen, um Sponsoren, Konsumenten und Subjekte zu überzeugen, daß ihre Ergebnisse glaubwürdig sind. Die Validität ist eines der zentralen Konzepte, die ForscherInnen gebrauchen, um andere ForscherInnen von der Authentizität ihrer Erkenntnisse und der Plausibilität ihrer Schlußfolgerungen zu überzeugen. Die Normen und Kriterien für die Einschätzung der Validität von Forschungsergebnissen variieren in den verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen. Zudem ist die Bedeutung dieses Konzeptes zu einem kontroversen Thema in der Diskussion über die Verwendbarkeit qualitativer oder quantitativer Forschungsmethodologien geworden.

Alle Methodologien teilen die grundsätzliche Annahme, daß Forschung eine empirische Tätigkeit ist. Sie ist ein Prozeß, der Erkenntnisse hervorbringt über physische oder soziale Phänomene durch strikte, oder zumindest sorgfältige Methoden der Gestaltung, Protokollierung und Auslegung von Erfahrungen, die für eine Forschungsfrage oder Hypothese relevant sind.

Urteile über die Glaubwürdigkeit von Forschungserkenntnissen schließen deshalb die Frage ein, inwieweit empirische Erkenntnisse eine adäquate Darstellung der Wirklichkeit sein können.

Konzept der Validität in der Begründung der von Forschungsergebnissen

QUANTITATIV ODER QUALITATIV?

Die Untersuchung des Konzeptes der Validität in der Pflegeforschung wurde weitgehend beeinflusst von der Differenzierung zwischen den Natur- und Sozialwissenschaften, einer Unterscheidung, die in so vielen methodologischen und erkenntnistheoretischen Debatten zu einer unüberbrückbaren Kluft geführt hat.

Es gibt eine Kontroverse, die mehr als ein halbes Jahrhundert lang nicht nur Logiker und Methodologen, sondern auch Sozialwissenschaftler in zwei Lager gespalten hat. Eines glaubt, daß die Methoden der Naturwissenschaften, die so viele überragende Ergebnisse hervorgebracht haben, einzigartig und deshalb die einzigen sind, die für die Untersuchung von menschlichen Angelegenheiten herangezogen werden sollten... Das andere Lager glaubt, daß ein grundsätzlicher struktureller Unterschied zwischen der sozialen Welt und der der Natur besteht. Diese Überzeugung hat zu dem anderen Extrem geführt, nämlich der Schlußfolgerung, daß die Methoden der Sozialwissenschaften toto coelo (im Ganzen) verschieden sind von denen der Naturwissenschaften. (Schutz 1970)

Diese Kontraste haben eine starre Dichotomie geschaffen, die in der Literatur in vielerlei Form auftaucht: Positivismus und Ethnographie, qualitative und quantitative Forschung, sowie 'harte' und 'weiche' Wissenschaften (Duffy 1985, Leininger 1985, Burns & Grove 1987). Wie Bryman aufzeigt, hat jedoch die Weiterentwicklung der Unterschiede zwischen den Natur- und Sozialwissenschaften die Forschungsmethoden, die mit den beiden Ansätzen verbunden sind sowie auch ihre erkenntnistheoretischen Positionen, die die Debatte stützen, durcheinandergewürfelt. Diese Verwirrung resultierte oft in einem besonderen Mangel an Klarheit in der Diskussion des Konzeptes der Validität. Autoren versäumten häufig zu unterscheiden zwischen der Erkenntnisvalidität, die durch eine spezifische Forschungsmethode erzielt wird, und der Validität ihrer respektiven erkenntnistheoretischen Ansprü-

che. Eine Erkenntnis, gewonnen aus unstrukturierten Interviews oder aus teilnehmender Beobachtung, kann andere Fragen hinsichtlich der Validität aufwerfen als die, die durch physiologische Messungen erzielt wurde (Avis 1994). Doch ist es klar, daß diese Fragen unterschieden werden müssen von der Überlegung, wie eine spezifische Forschungsmethodologie die Wirklichkeit widerspiegelt.

Die erkenntnistheoretischen Probleme, die uns hier beschäftigen, beinhalten die Fragen: was kann gewußt werden und wie kann dieses Wissen erlangt werden? Diese Fragen sollten uns dazu veranlassen, jede methodologische Maßnahme daraufhin zu prüfen, wie die Realität in empirischen Berichten konzeptionalisiert und dargestellt wird. Es wird behauptet, daß der qualitative Ansatz abhängig ist von „Maßnahmen, daß Menschen nicht nur reagieren, sondern auch infolge ihrer Erfahrung handeln und ihr Bedeutung verleihen, so daß innere und äußere 'Realitäten' aufeinander einwirken und nicht getrennt werden können.“ (Hunt 1991). Wir sollten auch jede ontologische Bindung hinterfragen; im Besonderen müssen wir den Stellenwert der theoretischen und abstrakten Wesensbildungen in jeder Beschreibung der Realität bedenken, wie zum Beispiel Erklärungen, die abhängig sind von sozialen Strukturen und psychologischen Prozessen, die die individuelle Erfahrung überschreiten. Solche Annahmen werden bedeutende Folgen haben für jeden Wissensanspruch, der sich auf die Darstellung der Wirklichkeit mittels empirischer Forschung beruft.

VALIDITÄTDEFINIEREN

Um zu untersuchen, inwieweit Validität das Forschungsergebnis beglaubigt, ist es notwendig, Definitionen von Validität und Entgegnungen darauf, die in der Literatur dargestellt werden, zu betrachten. Im allgemeinen kann Validität definiert werden als „die Qualität, sich auf fundierte Fakten zu stützen oder auf festen Prinzipien zu beruhen und auf die gegebenen Umstände völlig zuzutreffen: „Gültigkeit und Stärke (eines Arguments,

eines Beweises, einer Autorität, usw.)“ (Oxford English Dictionary 1971). Dies richtet die Aufmerksamkeit auf das erkenntnistheoretische Wesen des Konzeptes der Validität; es betrifft die Rechtfertigung, Wissen zu beanspruchen sowie die Relevanz und Beweiskraft, die gebraucht werden, um diesen Anspruch zu untermauern.

Die Definitionen in Lehrbüchern der Pflegeforschung reflektieren gewöhnlich die grundsätzlich zweiteilige Gliederung in die natur- und sozialwissenschaftliche Methodologie. Frühe Lehrbücher von Autoren wie Abdellah & Levine (1971) beziehen sich stark auf die Traditionen der Medizin und Psychologie und mit besonderer Betonung der Instrumentalisierung, des Messens und des Experimentes. In diesem Sinne schlagen Treece & Treece (1977) vor, daß Validität „sich darauf bezieht, daß ein Instrument oder ein Test tatsächlich das mißt, was es oder er zu messen vorgibt... Wenn ein Test gültig ist, wird er das messen, was derjenige, der ihn entwickelt hat, wirklich versucht zu messen. Nur weil ein Intelligenztest akkurat ist, bedeutet dies nicht, daß er auch gültig ist. Um Validität herzustellen, muß es einige Beweise geben, daß die Meßverfahren eines Tests sich auf bestimmte Verhaltensweisen beziehen, wie die Fähigkeit, Prüfungen zu bestehen, Erfolg in der Arbeit zu haben oder abstrakter Gedankengänge fähig zu sein.“

Moody (1990) bezeichnete diese operationelle Definition treffend als die Übereinstimmung zwischen abstrakten Konzepten und empirischen Indikatoren. Validität „beinhaltet, daß der empirische Bezug relevant ist für das theoretische Konzept – er ist ein gültiges Maß des Konzeptes.“ Polit & Hungler (1987) behaupten, daß die Inhaltsvalidität sowie die Kriterien- und Konstruktvalidität genutzt werden, um zu begründen, daß Übereinstimmung zwischen einem Konzept und empirischen Fakten besteht und daß das Meßinstrument Daten hervorbringt, die in einen Zusammenhang mit bestehenden Erkenntnissen gebracht werden können. Polit & Hungler weisen ebenfalls darauf hin, daß die Zuverlässigkeit der Messung eine notwendige



Mark Avis
Lecturer/Coordinator Mental
Health Branch
BA(London), MSc (CNA), RGN,
RMN, RNT

Adresse:

Postgraduate Division of Nursing
University of Nottingham
QMC, NG7 2UH

Fax: 0044 115-970 9955

e.mail: mark.avis@nottingham.ac.uk

ge, wengleich nicht ausreichende Anforderung an Validität ist: „Ein Meßinstrument, das nicht zuverlässig ist, kann unmöglich gültig sein. Ein Instrument kann nicht die Aspekte, die von Interesse sind, gültig messen, wenn es unbeständig, inkonsistent und inakkurat ist“. Durch ihre Beachtung von genauen und relevanten Messungen resultieren Definitionen von Validität und Reliabilität darin, daß Ergebnisse eine authentische Darstellung von Phänomenen sind und abstrakte Konzepte mit einem passenden empirischen Inhalt füllen.

Diers (1979) legt nahe, Validität als aus zwei Elementen bestehend zu betrachten: „das Ausmaß, zu dem ein Maß das mißt, was es messen soll und das Ausmaß, zu dem es Daten hervorbringt, die mit anderen vorliegenden Erkenntnissen vereinbar sind. Die erste Definition wird die ‘interne Validität’ genannt, die zweite die ‘externe Validität’.“ Es waren jedoch Campbell & Stanley (1963), denen weitgehend zugestanden wird, die Konzepte der *internen* und der *externen Validität* in Bezug auf das experimentelle Design entwickelt zu haben. Die interne

Validität bezieht sich auf das Vertrauen, das der Erkenntnis entgegengebracht werden kann, daß ein spezifisches experimentelles Verfahren die beobachteten experimentellen Resultate hervorgebracht hat. Sie stellen fest, in welcher Weise die interne Validität bedroht werden könnte. Diese Bedrohung ist hauptsächlich verbunden mit dem Einfluß unwesentlicher Variablen auf das experimentelle Design, die die Erkenntnis von kausalen Zusammenhängen zwischen bedeutsamen Variablen verwirren. Die externe Validität betrifft das Ausmaß der Übertragbarkeit von Forschungsergebnissen auf andere Stichproben und Situationen. Die Schlüssigkeit, zwischen externer und interner Validität zu unterscheiden, wurde jedoch von Hammersley (1992) in Frage gestellt. Es sei irreführend zu vermuten, daß Forschungsergebnisse in dem einem Sinne gültig sein könnten, aber nicht in dem anderen.

Kritik

Die Beschäftigung mit der Instrumentalisierung und mit Messungen, die diese Definitionen von Validität begleiten, ist ausgiebig von ForscherInnen kritisiert worden, die sich einer qualitativen Tradition zugehörig fühlen (Field & Morse 1985). Hammersley & Atkinson (1983) haben das Ausmaß hinterfragt, in dem menschliches Verhalten reduzierbar ist auf wertfreie, objektive Beschreibungen, die unabhängig von jeglicher Bedeutung sind, die ihnen durch individuelle Intentionen oder dem sozialen Zusammenhang verliehen wird. Reason & Rowan (1981) vertreten die Meinung, daß die Logik der Validität im Rahmen, ‘traditioneller’ Forschung ausgerichtet ist auf die Operationalisierung von Konzepten, um messen zu können: „Diese traditionellen Ideen bezüglich der Validität drehen sich alle um *Methoden*, aber kaum um *Menschen*“. In der naturwissenschaftlichen Tradition ist das Hauptanliegen die Validation von Techniken, kaum, wenn überhaupt, wird die gesamte epistemologische Gültigkeit der Methodologie in Frage gestellt, außer von ForscherInnen, die qualitativ arbeiten.

Naturwissenschaftliche ForscherInnen neigen dazu, anzunehmen, daß eine akkurate Repräsentation der Wirklichkeit ein unver-

meidliches Resultat der internen Validität und der Wiederholbarkeit ihrer Forschungstechniken ist. Es gibt wenige reflektierende Diskussionen in dieser Hinsicht. Vielleicht ist dies nicht überraschend; denn die Standards für die Validität der Forschung, wie Zuverlässigkeit, Objektivität und Neutralität, sind implizit in der Tradition der Naturwissenschaften. Sie sind ausgiebig in ihrer Anwendung in der Sozialforschung kritisiert worden (Nagel 1961).

QUANTITATIVE DEFINITIONEN VON VALIDITÄT HINTERFRAGT

Hammersley (1992) zeigt drei Arten von Erwiderungen auf, die qualitative ForscherInnen gegen das Wissenschaftsdogma der Validität vorgebracht haben: die Möglichkeit einer wertfreien, reduktionistischen und objektiven Darstellung sozialer Phänomene muß in Frage gestellt werden; alternative Kriterien zur Einschätzung der Glaubwürdigkeit qualitativer Ergebnisse müssen vorgeschlagen werden, die die interaktive und interpretative Art dieses Forschungsansatzes in Betracht ziehen; oder es muß akzeptiert werden, daß das Konzept der Validität gleichermaßen für die quantitative und die qualitative Forschung gilt.

Zu denen, die behaupten, daß die Kriterien der Reliabilität und Validität gleichermaßen genutzt werden können, um die Glaubwürdigkeit von quantitativer und qualitativer Forschung einzuschätzen, gehören viele Autoren in der qualitativen Pflegeforschung (Robertson & Boyle 1984, Field & Morse 1985, Duffy 1985, Brink 1989). Hinds et al. (1990) bieten Definitionen für die Kriterien, die beiden Forschungsansätzen gemein sind: „Reliabilität: die Wiederholbarkeit wissenschaftlicher Beobachtungen und Ursachen, die die Stabilität und Konsistenz jener Beobachtungen beeinflussen könnten, wurden identifiziert und evaluiert... Validität: Ergebnisse spiegeln die Wirklichkeit wider und die Bedeutung der Daten ist zutreffend interpretiert. LeCompte & Goetz (1982), die reichhaltige Beispiele aus der qualitativen Forschung benutzt haben, halten dafür, daß die qualitative Forschung zwar anderen Bedrohungen hinsichtlich einer exakten Repräsentation ausgesetzt ist, die sich aus ihren

interaktiven Methoden und interpretativen analytischen Techniken ergeben, daß aber dieselben Kriterien der Reliabilität sowie der internen und externen Validität genutzt werden können, um die Glaubwürdigkeit qualitativer Forschungsergebnisse zu beurteilen.

Autoren, die diese Position vertreten, neigen dazu, epistemologische Unterschiede zwischen quantitativen und qualitativen Ansätzen zu ignorieren oder zu unterdrücken. Miles & Huberman (1984) gehen so weit zu behaupten, daß „epistemologische Reinheit keine Forschung zustande bringt“, und Field & Morse (1985) stellen Validität als eine Frage der Auswahl der angemessenen Forschungsmethoden für eine spezifische Forschungsfrage dar. Die Befürworter der Triangulation als ein Forschungsdesign meinen ebenfalls, daß qualitative und quantitative Forschungsmethoden miteinander versöhnt werden können und akzeptieren, daß es gemeinsame Kriterien für die Einschätzung der Validität der Erkenntnisse gibt (Corner 1991, Cowman 1993). Duffy (1985) erhebt den Anspruch, daß „die qualitative Forschung im Vergleich zur quantitativen... im allgemeinen für gültiger gehalten wird... Der Forscher vertieft sich so in den Zusammenhang und den subjektiven Situationen der Subjekte in der Stichprobe, daß er mittels der Triangulation... sicher sein kann, daß die Daten die untersuchten Phänomene repräsentieren“.

Diejenigen, die akzeptieren, daß das Konzept der Validität auf die qualitative Forschung anwendbar ist, haben entweder vorgebracht, daß die qualitative/quantitative Differenzierung ein Mythos sei (Goodwin & Goodwin 1984) oder haben eine Art 'epistemologischer Ökumene' vorgeschlagen (Miles & Huberman 1984). Sie gebrauchen eine Formulierung für die Validität, die aus der quantitativen Tradition stammt und die sich in erster Linie um die Beweisstärke und dem Zusammenpassen der abstrakten Terminologie mit den empirischen Indikatoren dreht, um damit zu demonstrieren, daß die qualitative Forschung genauso rigoros wie die Naturwissenschaften sein kann.

Diejenigen, die der Ansicht sind, daß es alternative Kriterien für die Einschätzung der Glaubwürdigkeit in der qualitativen For-

schung geben muß, akzeptieren ausdrücklich fundamentale epistemologische Unterschiede zwischen den quantitativen und qualitativen Forschungsansätzen. Sie halten vor, daß die Konzepte der Validität und der Reliabilität auf positivistischen Maßnahmen hinsichtlich der Instrumentalisierung, des Reduktionismus und der Objektivität basieren (Yonge & Stewin 1988).

Guba (1981) und Lincoln & Guba (1985) haben alternative Kriterien vorgeschlagen, um die Rigorosität qualitativer Forschungserkenntnisse einzuschätzen. Sandelowski (1986) hat diese in Bezug auf die Pflegeforschung diskutiert. Es sind vier alternative Kriterien, die, obgleich sie den Konzepten der Validität und der Reliabilität entsprechen, die impliziten kontextuellen und epistemologischen Unterschiede der qualitativen Forschung bewahren (Koch 1994). Die interne Validität erscheint nun als 'Glaubwürdigkeit', wobei die Wahrhaftigkeit der ethnographischen Darstellung an der Reflexion erkannt wird, die der Forscher dem Forschungsprozeß zuteil werden ließ und an der Fähigkeit der Subjekte, im Forschungsbericht ihre eigenen Erfahrungen wiederzuerkennen. Die externe Validität nimmt nun die Form des „Zusammenpassens“ oder der „Übertragung“ an, wobei die Anwendbarkeit des deskriptiven Berichtes in anderen Zusammenhängen geprüft wird. Die Reliabilität wird durch das Konzept der „Überprüfbarkeit“ oder der „Verlässlichkeit“ aufgedeckt, wobei der Forscher die Forschungsmethode und seine Entscheidungen während der Analyse dokumentiert und damit dem Leser ermöglicht, seinem Denken und Urteilen zu folgen oder sie zu 'überprüfen'. Das letzte Kriterium ist die Neutralität der Erkenntnis, das heißt, ob der Forscher darstellen kann, daß die Analyse und die Ergebnisse sich voll und ganz auf die Daten stützen.

Hall & Stevens (1991) legen ähnliche Kriterien vor, die auf einer feministischen Epistemologie basieren, die ebenfalls den Positivismus ablehnt. Sie fordern, daß eine glaubwürdige feministische Forschung die Attribute der Verlässlichkeit und Angemessenheit aufweisen muß. Wie schon bereits vorher, ist die Verlässlichkeit eine Rekonzeptualisierung der Reliabilität, die verlangt, daß

der Forscher 'Entscheidungsspuren' hinterläßt, die andere verfolgen können. Die Angemessenheit stellt sich in dem Forschungsbericht dar, der Reflexion, Glaubwürdigkeit, Beziehung, Kohärenz, Komplexität, Konsenz, Relevanz, Ehrlichkeit und Gegenseitigkeit, Benennung und Verhältnismäßigkeit aufweisen soll. Diese Kriterien explizieren den Zweck der feministischen Forschung, kollaborative, non-hierarchische und engagierte Berichte über das Leben von Frauen zu liefern. Diese Berichte sollen die eigenen Interessen und Werte der Frauen einbeziehen und ihre eigenen Interpretationen nutzen. Aus dieser Position wird das Prinzip der Objektivität gewöhnlich abgelehnt. Diese Kriterien werden vorgebracht, um aufzuzeigen, daß die Forschungserkenntnisse glaubwürdig sind, doch diese Glaubwürdigkeit geht nur so weit, als daß die Forschungserkenntnisse die Wirklichkeit aus einer spezifischen Perspektive widerspiegeln.

Smith & Hershuisius (1986) sind die am häufigsten zitierten Befürworter der Einstellung, daß es keine formellen Kriterien geben kann, mit denen die Validität qualitativer Forschungserkenntnisse beurteilt werden kann. Sie argumentieren, daß die Glaubwürdigkeit von Forschungsergebnissen nur durch einen Konsens von Individuen hergestellt werden kann, die die gleichen Werte und Interessen teilen. In dieser Position wird ein weitreichender Relativismus in der Repräsentation der Wirklichkeit akzeptiert. Einige feministische MethodologInnen nehmen den Standpunkt ein, daß wissenschaftliche Forschung androzentrische und positivistische Werte beinhaltet. Harding (1987) vertritt die Ansicht, daß feministische Forschung zusammen mit ihren Zielen bewertet werden muß, nämlich eine interaktive Interpretation für Frauen hinsichtlich der Phänomene, die ihr Leben betreffen, zu schaffen. Die Glaubwürdigkeit der Forschungsergebnisse kann nur an ihrer Nützlichkeit beurteilt werden. Einige Aktionsforscher haben aufgrund ähnlicher Argumente nahegelegt, daß sich die Resultate der Aktionsforschung ebenfalls nicht dazu eignen, die Glaubwürdigkeit ihrer Erkenntnisse anhand technischer Vorschriften zu etablieren zu suchen (Susman & Evered 1978, Clarke et al. 1993).

Diese drei weitreichenden Entgegnungen zu der Frage, wie die Glaubwürdigkeit qualitativer Erkenntnisse beurteilt werden kann, stützen sich auf die Vorannahme einer spezifischen Konstruktion, die eine Trennung der Natur- und Sozialwissenschaften voraussetzt. Diese Debatte ist oftmals im Sinne einer Polarität zwischen dem Positivismus einerseits und verschiedenen Arten des Non-positivismus andererseits geführt worden, wobei der Positivismus nicht als eine, sondern als die wissenschaftstheoretische Perspektive gesehen wird (Keat & Urry 1975). Dies verdeckt die Tatsache, daß andere epistemologische Positionen in der Philosophie der Wissenschaft diskutiert werden können (Blaikie 1993). Die Unfähigkeit, Alternativen zu der Positivismus-Non-Positivismus-Debatte in Betracht zu ziehen, verzerrt die Diskussion über die Beschaffenheit der Validität. Die endlose Wiederholung dieser Debatte in der pflegewissenschaftlichen Literatur läßt vermuten, daß sie eher rhetorischen Zwecken dient. Der Positivismus ist lang und breit von denen definiert worden, die eifrig darlegen, daß sie keine Positivisten sind. All dies hat verschleiert, daß der Positivismus nie eine einheitliche Position war, an der sich wissenschaftliches Handeln orientierte. Er war eher eine post facto Konstruktion wissenschaftlicher Logik. In dem Ausmaß, in dem der Positivismus eine erkennbare wissenschaftstheoretische Perspektive war, war er zudem in den fünfziger Jahren effektiv am Aussterben (van Fraassen 1980).

Die epistemologische Frage, die zentral in der Diskussion um die Validität ist, ist wie aufgezeigt werden kann, ob ein empirischer Bericht eine angemessene Repräsentation der Phänomene darstellt. Fragen der Ontologie, des Reduktionismus und der Objektivität sind wichtig in der Betrachtung der Möglichkeiten einer akkuraten Repräsentation. Eine festgefahrene positivistische/non-positivistische Unterscheidung zwingt jedoch einfach dazu, bestimmte Merkmale der einen oder der anderen Seite zuzuschreiben und verdrängt die Fragen, die es noch über die Beschaffenheit der Repräsentation der Wirklichkeit zu beantworten gilt. Eine konstruktive Diskussion über das Problem der Validität verlangt eine Betrachtung der Möglichkei-

ten, wie die Wahrhaftigkeit eines empirischen Berichtes konzeptionalisiert werden kann.

EPISTEMOLOGIE UND WAHRHEITSTHEORIEN

Es gibt drei grundsätzliche epistemologische Perspektiven hinsichtlich des Wertes von Forschungserkenntnissen (Rorty 1991). Die Bedeutung dieser drei Positionen besteht nicht in ihrer Nützlichkeit, alternative Kriterien für die Trennung von Sozial- und Naturwissenschaften zu konstruieren. Durch die Illumination der Maßnahmen über die Wahrheit, die diese Positionen zum Wert wissenschaftlicher Erkenntnis stützen, können wir statt dessen untersuchen, inwiefern Wahrheitstheorien zentral dazu sind, die Validität und die Beschaffenheit der Repräsentation zu verstehen.

Die realistische Position

Die erste Position basiert auf der Annahme, daß es eine soziale und physische Wirklichkeit gibt, die unabhängig von unserer eigenen Erfahrung existiert, aber mit der wir jedoch direkt interagieren können. Diese *realistische* Position hält aufrecht, daß wir objektives Wissen über die natürliche und soziale Welt haben können, daß wir Theorien entwickeln können, die ihr Funktionieren erklären und daß diese Theorien hinsichtlich ihrer Wahrheit oder Unwahrheit mittels Beweisen getestet werden können. Eine implizite Art des Realismus stützt einen Großteil der Naturwissenschaften, doch es ist nicht so, daß alle Sozialwissenschaften dem Realismus abgeschworen haben. Sayer (1992) hat eine gründliche Rechenschaft über realistische Sozialwissenschaften abgelegt. Hammersley (1992) steht für eine anspruchsvolle realistische Fundierung der Ethnographie und zeigt die Epistemologie dieser Position auf: „Ich benutze ‘Validität’ als ein Synonym für etwas, was für viele Sozialwissenschaftler zu einem Tabuwort geworden zu sein scheint, nämlich ‘Wahrheit’. Eine Darstellung ist gültig oder wahr, wenn sie akkurat die Merkmale der Phänomene repräsentiert, die zu beschreiben, erklären oder theoretisieren sind.“

Die realistische Position ist verbunden mit der Korrespondenztheorie der Wahrheit, wobei die Wahrheit einer Darstellung durch das Metaphor ihrer Korrespondenz mit der Wirklichkeit expliziert ist. Wenn die Validität als eine Korrespondenz zur Realität konzeptionalisiert ist, dann kann sie durch die Anwendung von Kriterien evaluiert werden, die aufweisen, daß das Messen, Aufzeichnen und Interpretieren eine ‘akkurate Repräsentation der Wirklichkeit’ darstellen. Der Realismus verdingt sich jedoch einer Unabhängigkeit der geistigen Welt, die über unsere Erfahrung hinausgeht, und sozialen Phänomenen, die mehr sind, als die Individuen, die an ihnen teilhaben. Daraus folgt, daß Forschungsdarstellungen davon abhängen, daß sie sich auf theoretische Konstrukte beziehen müssen, die nicht beobachtbar sind. Dies führt zu Schwierigkeiten, empirische Inhalte für die abstrakte Terminologie der realistischen Darstellung zu finden. Infolgedessen ist es bei weitem nicht klar, daß wir sinnvollerweise die Wahrheit als eine Funktion der Korrespondenz zwischen unseren empirischen Darstellungen und einer unabhängigen geistigen Welt sehen können, oder daß wir Zugang zur Wirklichkeit unabhängig von unserem Theoretisieren haben (Putnam 1981, Rorty 1991).

Die relativistische Position

Die zweite und radikalste Position steht dafür ein, daß objektives Wissen über die Wirklichkeit ein Mythos ist. Es sollte nicht versucht werden zu behaupten, daß Forschungserkenntnisse irgend etwas anderes darstellen als eine Repräsentation aus einer spezifischen Sichtweise heraus. Die *relativistische* Position vertritt den Standpunkt, daß die Wahrheit einer Darstellung nur im Rahmen eines Paradigmas oder anhand eines konzeptionellen Schemas beurteilt werden kann (Kuhn 1962), das heißt, durch gemeinsame Annahmen, mit Hilfe derer eine Kultur oder eine Forschungsgemeinschaft ihre Erfahrungen und ihr Wissen organisiert. Davidson (1984) meint, diese Sichtweise impliziert, daß „die Wirklichkeit selbst entsprechend eines jeden Schemas relativ ist: was in einem System als real angesehen wird, mag in einem anderen nicht so sein“.

Eine empirische Darstellung stellt eine Repräsentation der Wirklichkeit dar, die innerhalb eines konzeptionellen Schemas entstanden ist. Daher kann sie nicht hinsichtlich ihrer Genauigkeit oder Wahrheit mit einer anderen Darstellung verglichen werden, die einem anderen konzeptionellen Schema entspringt. Diese Unvereinbarkeitsthese beinhaltet die Schlußfolgerung, daß empirische Erkenntnisse nur in einem konzeptionellen Rahmen glaubwürdig sind, und daß dieser Rahmen selbst nicht direkt auf seine Wahrheit gegenüber einer unparteiischen Erkenntnis geprüft werden kann. Infolgedessen ist die Akzeptanz eines konzeptionellen Schemas das Resultat von sozialen Konventionen. In dieser Sichtweise kann Validität kaum mehr sein als ein begrenzter Anspruch auf eine akkurate Repräsentation, der sich auf gemeinsame Konzepte der Wirklichkeit und der Rationalität stützt (Barnes & Bloor 1982). Es ist jedoch schwierig, wie Davidson (1984) ausführt, den Sinn zu sehen in einem vollständigen Relativismus konzeptioneller Schemata, die benötigt würden, um so eine Relativität der Wahrheit aufrechtzuerhalten.

Die empirizistische Position

Aus der Sicht der dritten Position ist jedes Wissen, das wir von der physischen und sozialen Wirklichkeit haben, vermittelt durch die Konzepte und Theorien, die wir nutzen, um unsere Erfahrungen zu interpretieren und zu verstehen. Diese *empirizistische* Position hält dafür, daß wir keinen Zugang zu einer unabhängigen Realität haben, sondern daß das, was wir als Realität betrachten, sich teilweise aus unseren Konzepten und unseren Erfahrungen konstituiert. Da Wissen auf unseren Erfahrungen beruht, kann es nur tentativ sein. Es wird beurteilt hinsichtlich seiner Fähigkeit, uns dazu zu verhelfen, daß wir unsere Erfahrungen verstehen und mit unserer Umwelt besser zurechtkommen. Reason & Rowan (1981) drücken die Epistemologie dieser Position klar aus, wenn sie sagen, „der springende Punkt hinsichtlich der Forschung und des Überprüfens unserer Ideen in irgendeiner Weise in der ‘Realität’ ist, der Wahrheit näher zu kommen, es irgendwie richtig zu machen. Ein wichtiges Kriterium der Wahrheit einer Reihe von Aussagen ist, daß sie zu

unserer Erfahrung der ‘Realität’ passen“. Diese Sichtweise wird die Kohärenzsicht der Wahrheit genannt, in der die Wahrheit theoretischer und empirischer Erkenntnisse im Rahmen dessen definiert wird, was es vernünftig erscheint zu akzeptieren (Putnam 1981). Putnam (1981) ist jedoch vorsichtig genug aufzuzeigen, daß die Vernunft nicht synonym ist mit dem ‘wissenschaftlichen Vorgehen’ und daß es keine festgelegte ahistorische Definition von Vernunft gibt. Die Wahrheit einer empirischen Darstellung besteht aus ihrer Kohärenz mit dem Rest unserer Erfahrung, ihrer Kompatibilität mit anderen Darstellungen, die als wahr gelten, und daraus, daß ihr Anspruch als vernünftig anzusehen ist.

Diese Sicht der Dinge lehnt das Metaphor der Repräsentation als ein ‘Abbild’ der Wirklichkeit ab, auf das sich die realistische Position stützt. Die Validität der Forschungserkenntnisse hängt von der Plausibilität der Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsmethoden und ihrer Kohärenz mit bestehenden Theorien und Wissen ab. Der Empirizismus ist offensichtlich verwandt mit dem Positivismus der ersten Hälfte des Jahrhunderts. Es ist jedoch klar, daß die Vorstellungen von Konsenz und Vernunft in der Wahrheitsfindung als wichtig erachtet werden, so daß diese Sichtweise doch wohl weit entfernt ist von den Darstellungen des Positivismus, denen man schon routinemäßig in der Forschungsliteratur begegnet.

NOCH EINMALVALIDITÄT

Ich hoffe gezeigt zu haben, daß die Debatte über Validität in der pflegewissenschaftlichen Literatur größtenteils im Kontext eines mißverstandenen Unterschiedes zwischen quantitativer und qualitativer Forschung geführt wird. Das hat dazu geführt, daß Validität als ein technisches Kriterium gesehen wird, das hauptsächlich mit der quantitativen Tradition verbunden ist und dazu genutzt wird, die Angemessenheit und Stärke der empirischen Erkenntnisse zu etablieren. Dies resultiert darin, daß sich die Debatte häufiger mit der Rigorosität der Methoden als mit der des epistemologischen Argumentes befaßt.

Es verbleiben wichtige, unbeantwortete Fragen über die Bedeutung und Anwendung des Konzeptes der Validität. Ich bezweifle, daß es Kriterien gibt, die die Glaubwürdigkeit von Forschungsergebnissen zur Zufriedenheit von Forschern aller epistemologischen Richtungen bekräftigen könnten. Drei Voraussetzungen sind jedoch notwendig, wenn auch als solche noch nicht ausreichend, um nachzuweisen, daß empirische Erkenntnisse plausibel sind und einen Anspruch auf gültiges Wissen erheben können, selbst wenn Urteile in diesem Bereich noch keineswegs sicher sind. Forscher müssen einige Möglichkeiten der Überprüfbarkeit ihrer Methoden schaffen, so daß die Schritte, die sie in der Datenerhebung und -analyse unternommen haben, auf Befangenheit oder Irrtum geprüft werden können. Während über diesen Anspruch ausführlich im Sinne von Reliabilität geschrieben worden ist, scheint mir das Konzept der Reliabilität auf einer problematischen Annahme von Objektivität zu beruhen. Die Überprüfbarkeit gestattet es, die Genauigkeit der Erkenntnisse dadurch zu beurteilen, daß eine gewisse Flexibilität in der Darstellung der Forschung gefordert wird (Hammersley & Atkinson 1983).

Die zweite Voraussetzung ist, daß Forscher das Verhältnis zwischen den Erkenntnissen und den abstrakten Konzepten in ihrem Forschungsbericht ausdrücklich klarstellen. Die ontologischen und epistemologischen Annahmen, die der ForscherInnen in die Beschreibung und Analyse der Daten einbringen, werden offengelegt, so daß der Status von abstrakten Formulierungen wie Intelligenz, soziale Schicht oder anderer auftauchender sozialer Konzepte verstanden werden kann. In dieser Hinsicht sollte die Trennung der Forschungsdaten von irgendwelchen Konzeptionalisierungen transparent gemacht werden. Die letzte Voraussetzung ist, daß Forscher die Plausibilität ihrer Erkenntnisse in einem Zusammenhang mit anderen Forschungsergebnissen und mit Theorien überdenken.

Zum Schluß

In der Sichtweise, die ich vertreten habe, befaßt sich die Validität von Forschungsergebnissen mit der Aufrechterhaltung der Anforderung, daß ein Forschungsbericht die Realität angemessen repräsentiert. Die epistemologischen Annahmen, zu der Forscher über die Beschaffenheit der Wirklichkeit gelangen, beeinflussen, welche Art von Repräsentation beansprucht wird. Forscher, die die Gemeinschaft von dem Wert ihrer Forschung überzeugen wollen, müssen sich mit der Gültigkeit ihrer epistemologischen Argumente befassen anstatt sich auf eine konfuse Unterscheidung zwischen quantitativer und qualitativer Forschung zu verlassen. In einem wichtigen Sinne ist die Aussagekraft von Forschungserkenntnissen nur so gut wie die Epistemologie, aus der sie stammen.

Der Artikel erschien im Original unter: Avis M (1995) Valid arguments? A consideration of the concept of validity in establishing the credibility of research findings *Journal of Advanced Nursing* 22:6:1203-1209

Der genehmigte Nachdruck wurde dankenswerterweise durch den Blackwell Sciences Ltd.-Verlag ermöglicht.

Übersetzung:
Prof. Dr. Ruth Schröck

Literatur

- Abdellah F. & Levine E** (1971) *Better Patient Care Through Nursing Research*. Macmillan, New York.
- Avis M.** (1994) *Reading research critically II. An introduction to appraisal: assessing the evidence*. *Journal of Clinical Nursing* 3, 271- 277.
- Barnes B. & Bloor D.** (1982) *Relativism, rationalism and the sociology of knowledge*. In *Rationality and Relativism*. (Hollis M. & Lukes S. ed.), Basil Blackwell, Oxford, pp. 21-47.
- Blaikie N.** (1993) *Approaches to Social Inquiry*. Political Press, Cambridge.
- Brink P.** (1989) *Issues of reliability and validity*. In *Qualitative Nursing Research* (Morse J. ed.). Sage Publications, London, pp. 164- 186.
- Bryman A.** (1984) *The debate about quantitative research: a question of method or epistemology?* *The British Journal of Sociology* 35, 76- 92.
- Burns N. & Grove S.** (1987) *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilisation*. W.B. Saunders, Philadelphia.
- Campbell D. & Stanley J.** (1963) *Experimental and Quasi- Experimental Design for Research*. Rand McNally, Chicago.
- Clarke J., Dudley P., Edwards A., Rowland S., Ryan C., & Winter R.** (1993) *Ways of presenting and critiquing action research reports*. *Educational Action Research* 1(3), 490-492.
- Corner J.** (1991) *In search of more complete answers to research questions. Quantitative versus qualitative research methods: is there a way forward?* *Journal of Advanced Nursing* 18, 788- 792.
- Cowman S.** (1993) *Triangulation: a means of reconciliation in nursing research*. *Journal of Advanced Nursing* 18, 788- 792.
- Davidson D.** (1984) *Inquiries into Truth and Interpretation*. Oxford University Press, Oxford.
- Diers D.** (1979) *Research in Nursing Practice*. J.B. Lippincott, New York.
- Duffy M.** (1985) *Designing nursing research: the qualitative- quantitative debate*. *Journal of Advanced Nursing* 10, 225- 232.
- Field P.A. & Morse J. A.** (1985) *Nursing Research: The Application of Qualitative Research*. Croom Helm, London.
- van Fraasen B.** (1980) *The Scientific Image*. Oxford University Press, Oxford.
- Goodwin L. & Goodwin W.** (1984) *Qualitative vs. quantitative research or qualitative and quantitative research*. *Nursing Research* 33, 378-380.
- Guba E.** (1981) *Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries*. *Educational Communication and Technology Journal* 29, 75- 92.
- Hall J. & Stevens P.** (1991) *Rigor in feminist research*. *Advances in Nursing Science* 3, 16- 29.
- Hammersley M.** (1992) *What's Wrong with Ethnography*. Routledge, London.
- Hammersley M. & Atkinson P.** (1983) *Ethnography: Principles in Practice*. Tavistock, London.
- Harding S.** (1987) *Introduction: is there a feminist method?* In *Feminism and Methodology* (Harding S, ed.), Indiana University Press, Indiana, pp. 1-14.
- Hinds P., Scandrett-Hibden S. & McAuley L.** (1990) *Further assessment of a method to estimate reliability and validity of qualitative research findings*. *Journal of Advanced Nursing* 15, 430- 435.
- Hunt M.** (1991) *Qualitative research*. In *The Research Process in Nursing 2nd ed.* (Cormack D ed.), Blackwell Scientific, Oxford, pp.117- 128.
- Keat R. & Urry J.** (1975) *Social Theory as Science*. Routledge and Kegan Paul, London.
- Koch T.** (1994) *Establishing rigour in qualitative research: the decision trail*. *Journal of Advanced Nursing* 19, 976- 986.
- Kuhn T.** (1962) *The Structure of Scientific Revolutions*. University of Chicago Press, Chicago.
- LeCompte M. & Goetz J.** (1982) *Problems of reliability and validity in ethnographic research*. *Review of Educational Research* 52(1), 31-60.
- Leininger M.M.** (1985) *Qualitative Research Methods in Nursing*. Grune and Stratton, Orlando.
- Lincoln Y. & Guba E.** (1985) *Naturalistic Inquiry*. Sage, Beverley Hills.
- Miles M. & Huberman A.** (1984) *Drawing valid meaning from qualitative data: towards a shared craft*. *Educational Researcher* 13, 20-28.
- Moody L.** (1990) *Advancing Nursing Science Through Research*. Sage Publications, London.
- Nagel E.** (1961) *The Structure of Science*. Routledge and Kegan Paul, London.
- Oxford English Dictionary** (1971) *The Compact Edition of the English Oxford Dictionary*. Oxford University Press, Oxford.
- Polit D.F. & Hungler B.B.** (1987) *Nursing Research: Principles and Practice*. Lippincott, London.
- Putnam H.** (1981) *Reason, Truth and History*. Cambridge University Press.
- Reason P. & Rowan J.** (1981) *Issues of Validity in new paradigm research*. In *Human Enquiry: A Sourcebook of New Paradigm Research* (Reason P. & Rowan J. eds), John Wiley & Sons, Chichester, pp. 239-250.
- Robertson M. & Boyle J.** (1984) *Ethnography: contributions to nursing research*. *Journal of Advanced Nursing* 9, 43-49.
- Rorty R.** (1991) *Objectivity, Relativism and Truth*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Sandelowski, M.** (1986) *The problem of rigour in qualitative research*. *Advances in Nursing Science* 8, 27-37.
- Sayer A.** (1992) *Method in Social Science: A Realist Approach*. Routledge, London.
- Schutz A.** (1970) *Concept and theory formation in the social sciences*. In *Sociological Theory and Philosophical Analysis* (Emmet D. & MacIntyre A. eds), Macmillan Student Editions, London, pp. 1-12.
- Susman G. & Evered R.** (1978) *An assessment of the scientific merits of action research*. *Administrative Science Quarterly* 23, 582-603.
- Smith J. & Hershuisius L.** (1986) *Closing down the conversation: the end of the quantitative-qualitative debate among educational inquirers*. *Educational Researcher* 15(1), 4-12.
- Treece E.W. & Treece J.W.** (1977) *Elements of Research in Nursing*. Mosby, Saint Louis.
- Yonge O. & Stewin L.** (1988) *Reliability and validity: misnomers for qualitative research*. *Canadian Journal of Nursing Research* 20, 61-67.

WERBUNG

S.31

ENDSEITE
S32