



# HOCHSCHULFORUM PFLEGE

3. Jahrgang Ausgabe 1

- **DISKUSSIONSFORUM**  
**PSYCHIATRISCHE PFLEGE**  
Forschung  
  
Rück- und Ausblick  
  
Aggression  
  
IBF oder Kunst?
- **WISSENSBÖRSE**  
Berlin, Bremen, Osnabrück...  
**GESUNDHEITSVERSORGUNG IN JAPAN**  
  
**GEHALT UND INHALT**  
**WISSENSCHAFTLICHER ARBEITEN**  
Patricia Stephenson

# WERBUNG

## S2

## Editorial

Susanne Schoppmann..... 3

## Aus der Redaktion

In eigener Sache..... 4

## Impressum..... 4

## Diskussionsforum

### Psychiatrische Pflege

Forschung in der Psychiatrischen Pflege..... 5  
 + Rückblick und Ausblick über ein Vierteljahrhundert,  
 R. Schröck..... 8

Humboldt-Universität Berlin: Europäische Forschung zum  
 Pflegephänomen Aggression, I. Mamier und T.Dassen..... 10

Quo vadis? Innerbetriebliche Fortbildung in der Psychiatrie  
 oder die Kunst der Professionalisierung, D.J. Tauch..... 12

### Wissensbörse alternativ

2000 - Beginn eines neuen Zeitalters der Gesundheitsversor-  
 gung für alte und chronisch kranke Menschen in Japan,  
 I. Kollak..... 14

Britische Universitäten unter der Lupe, R. Schröck..... 16

Pflege- und Gesundheitsmanagement - Ziele und Profil eines  
 neuen berufsbegleitenden Diplomstudiengangs für leitende  
 Pflegekräfte an der Fachhochschule Osnabrück,  
 M. Haubrock, M. Moers & M. Moß..... 18

### Wissensbörse aktuell

Habilitation für Hartmut Remmers..... 22

Tagung Patientenedukation..... 23

Regelstudiengänge in Bremen..... 23

Fachübergreifender internationaler Austausch..... 24

Erste pflegewissenschaftliche Promotionen..... 24

Buchrezension: Eduard Seidler: Geschichte der Medizin und  
 der Krankenpflege, Bernhard Wiedemann..... 25

Projekte an den Hochschulen..... 25

### Wissensbörse

Gehalt und Inhalt wissenschaftlicher Arbeiten,  
 Patricia Stephenson (Übers.: M. Schmittl)..... 26

Susanne Schoppmann

## Psychiatrische Pflege und Pflegewissenschaft



Susanne Schoppmann

In der Pflegewissenschaft ist die psychiatrische Pflege ein  
 Nachzügler. Im süddeutschen Sprachgebrauch sind Nachzügler  
 Kinder die in großem zeitlichem Abstand zu ihren  
 Geschwistern auf die Welt kommen.

Ein Nachzügler zu sein hat Vorteile: die großen Geschwister  
 haben schon viele Privilegien erkämpft, die dem Nachzügler  
 dann fraglos zur Verfügung stehen.

Ein Nachzügler zu sein hat auch Nachteile: die großen  
 Geschwister sind eben große Geschwister, so daß ein  
 Nachzügler unter Umständen wie ein Einzelkind aufwächst  
 und sich den Kontakt mit Gleichaltrigen, der wichtig für die  
 Entwicklung und Identitätsfindung ist, gezielt suchen muß.

Möglicherweise gibt es im Rahmen von Pflegestudiengängen  
 noch mehr Studierende, die sich in ihren Hausarbeiten,  
 Abschlußarbeiten oder Diplomarbeiten mit psychiatrischen  
 Themen beschäftigen und sich dabei wie 'Einzelkinder' fühlen.

An der Universität Witten/Herdecke hat sich deswegen eine  
 Arbeitsgruppe 'psychiatrische Pflege' gebildet.

Diese Arbeitsgruppe trifft sich einmal monatlich um Themen  
 psychiatrischer Pflege zu identifizieren, zu reflektieren und zu  
 diskutieren. Sie bietet ein Forum in dem unter anderem auch  
 solche Arbeiten vorgestellt und besprochen werden können.  
 Die Arbeitsgruppe ist offen für Interessierte und im Sinne der  
 Vernetzung auch interessiert daran, welche psychiatrischen  
 Themen wo bearbeitet werden.

Kontakt mit der Arbeitsgruppe kann über das Institut für  
 Pflegewissenschaft an der UWH aufgenommen werden.

*Susanne Schoppmann, Fachkrankenschwester für psychiatri-  
 sche Pflege, Dipl. Pflegewirtin (FH), Doktorandin am Institut.*

# IN EIGENER SACHE

## THEMENSCHWERPUNKT UND FORSCHUNGSPROJEKTE

**Peter Tackenberg und Jochen Laible**

Die Recherchen zum Schwerpunkt Pflegeforschung in der Psychiatrie waren sehr aufwendig. Die Redaktion hat viele Kontakte geknüpft und mit vielen Menschen gesprochen, die überaus engagiert in verschiedenen Projekten tätig sind. Für die Diskussionsbereitschaft möchten wir uns herzlich bedanken.

Dem Impressum ist zu entnehmen, daß das Urteam der HOPF zusammengeschrumpft ist. Das Studium geht für die ehemaligen Erstsemester dem Ende entgegen. Fast die ganze Redaktion hat den Bachelor of Science absolviert und... brütet nun über den Mastersarbeiten. Die HOPF ist reif zur Übergabe und mit Ausgabe 6 im nächsten Sommersemester wird ein fast neues Team die Arbeit übernommen haben. Die alten HOPF'ler werden diesen Prozess begleiten. Das nächste Schwerpunktthema ist in Arbeit und beschäftigt sich mit „Demenz“. Wie immer an dieser Stelle laden wir unsere Leser zur Mitarbeit ein und freuen uns über Ideen und Manuskripte zum Thema. Wenn Sie ein Projekt oder eine Forschungsarbeit durchführen oder abgeschlossen haben und hier vorstellen möchten, schreiben Sie uns an.

Konzeptuell gibt es für die HOPF einige Hausaufgaben zu erledigen. Der Beirat muß neu aktiviert werden und mit dem kommenden Jahr muß eine Werbestrategie für die Zeitung anlaufen. Nach unseren Recherchen wird es demnächst der HOPF ähnliche Publikationen aus anderen Hochschulen geben. Auch dort werden Zeitungsprojekte überdacht und vielleicht realisiert.

Unsere treuen Abonnenten haben geholfen, das Projekt über die Jahre wirtschaftlich zu konsolidieren. Mit der Anschubfinanzierung der Robert-Bosch-Stiftung konnten wir unsere Idee verwirklichen, weiterführen und für die nächste Generation einen Grundstock schaffen. Das Projekt bleibt ein Non-Profit-Unternehmen.

Die Ergebnisse unserer Fragebogenaktion aus der letzten Ausgabe haben wir in den Mittelteil gestellt. Man muß schon sagen, daß wir uns über jeden Rücklauf gefreut haben, die Aktion allerdings insgesamt eher dem „Garbage in-Garbage out“ Phänomen unterlegen ist. Ein Rücklauf von 8 Antworten auf 3000 Bögen ist grenzwertig promilleverdächtig. Wir fragen uns, ob das allortorten zu vernehmende Bedürfnis nach Transparenz ein echtes oder ein vermeintliches ist. Für das vermeintliche spricht zumindest, daß auch andere Unternehmen wie der DV Pflegewissenschaft oder die OSTIPUG (wir freuen uns, daß OSTIPUG weiterexistiert und senden an den neuen Vorstand herzliche Glückwünsche) gar nicht oder nur mit erheblichen Schwierigkeiten an Daten über laufende und abgeschlossene Projekte, Abschlußarbeiten oder Graduiertenqualifikationen kommen. Jedenfalls sind auch wir dazu entschlossen, in dicke Bretter zu bohren, weil wir glauben zu wissen, daß in der Transparenz Innovationspotentiale für die Entwicklung von Pflegeforschung und den Praxis-Theorie-Transfer hervorzuholen sind.

Viel Spaß beim Lesen,  
Ihre Redaktion

### 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, L.Essendorfer, T.Gieseke, A.C.Grädke, S.Herzog, J.Laible, C.Pinkert, S.Renneke, A.Rutenkröger, M.Schmittl, 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 fünfte Ausgabe: 27.11.1999  
ISSN-Nr. 1436-7599

### Für unsere Autoren

Wir suchen laufend aktuelle Nachrichten, Kurzberichte, Projektdarstellungen 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 lesefreundlich und im Layout ansprechender. Informationen und Nachrichten sollten - entsprechend dem Informationsgehalt - kurzgefaßt sein.

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.

# FORSCHUNG IM BEREICH DER PSYCHIATRISCHEN PFLEGE

Nachdruck aus: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 27/2/1974, S.66-68

**Ruth A. Schröck**

**Wer durch systematische Untersuchungsmethoden das Wissen auf dem Gebiet der Krankenpflege zu erweitern sucht, muß in erster Linie präzise und zutreffende Fragen stellen. Diese Fragen können sich mit dem Pflegepersonal, mit den Techniken und praktischen Kenntnissen, mit dem Wissensstoff im Lehrprogramm, mit der Pädagogik sowie mit der Organisation und Verwaltung der Krankenpflege befassen. Diese Feststellung hat allgemeine Gültigkeit für die Krankenpflegeforschung und trifft daher auch auf den Bereich der psychiatrischen Pflege zu. Die Probleme der Analyse, Definition, Forschungsmethodik und Verallgemeinerung der Ergebnisse sind jedoch von besonderer Art in der psychiatrischen Pflege.**

## Forschungsprobleme

Die folgenden Erläuterungen mögen diese Behauptung unterstreichen. Es herrscht bei weitem keine Übereinstimmung über die Aufgabe der Schwester schlechthin. Hier soll die „Schwester“ für alle ausgebildeten Pflegekräfte in der psychiatrischen Pflege stehen. Die Erwartungen der Schwester oder des Pflegers hinsichtlich ihrer Aufgaben und Verantwortungen dem psychiatrischen Patienten gegenüber sind sehr unterschiedlich in den verschiedenen Institutionen und Pflegestätten eines Landes oder sogar eines Ortes. Die besondere Schwierigkeit der Rollendefinition hängt in erster Linie von der Tatsache ab, daß die Aufgaben der Schwester von der philosophischen, religiösen, psychologischen und politischen Anschauung, die in der Institution vorherrscht, bestimmt werden. Kein nennenswerter Streit bricht heutzutage über die Methode aus, mit der Ärzte und Schwestern einem Patienten mit Lungenentzündung, Magengeschwüren oder einem komplizierten Schädelbruch zu helfen versuchen. Es besteht jedoch keine Einigkeit darüber, ob der schizophrene Patient mit Tabletten, Insulinschock, Psychoanalyse, Gruppentherapie oder mit einer Leukotomie behandelt werden soll. Es ist noch nicht einmal sicher, ob der Patient überhaupt ein „Patient“ ist und an einer „Krankheit“, die „Schizophrenie“ genannt wird, leidet. Die Annahme der einen oder anderen Interpretation des schizophrenen Erlebens und die sich daraus ergebende Wahl der Methode des Pflegens oder Helfens hängt zu einem großen

Teil von der individuellen Weltanschauung des Arztes und der Schwester ab. Es ist kein Zufall, daß psychiatrische Pflege unter grundlegend verschiedenen Aspekten in den Vereinigten Staaten und in der Sowjetunion, in Großbritannien und in Deutschland durchgeführt wird. Internationale Vergleiche ohne Berücksichtigung der kulturellen Faktoren sind bestenfalls nutzlos, schlimmstenfalls gefährlich.

Die Techniken und praktischen Kenntnisse in der psychiatrischen Pflege verlangen zum größten Teil komplexe, zwischenmenschliche, soziale Verhaltensweisen, deren maßgebende Komponenten schwer zu isolieren sind. Systematische Beobachtung im Forschungsprozeß stellt den Forschungsarbeiter vor besondere Schwierigkeiten, da allein die Gegenwart des Beobachters das Verhalten der beobachteten Personen grundlegend ändert.

Der Wissensstoff, der im Unterrichtsprogramm zukünftigen Schwestern/Pflegern vermittelt werden soll, ist zahlreichen naturwissenschaftlichen, sozialwissenschaftlichen und medizinischen Fächern entnommen. Wie ausführlich ein Fach gelehrt wird und in welchem Verhältnis die Lehrfächer zueinander stehen, wird von der Lehrmeinung des Ausbildungsinstituts oder der Institution bestimmt. Da nie alles in einem Unterrichtsprogramm geboten werden kann, was möglicherweise nützlich oder auch nur anregend sein könnte, muß entschieden werden, ob zehn noch vorhandene Lehrstunden zur



*Prof. Ruth Schröck*

*Kontaktadresse:*

*Private Universität  
Witten/Herdecke G.m.b.H.  
Institut für Pflegewissenschaft  
Stockumer Str. 12  
D-58453 Witten*

*Fax: 02302 669 318*

Vertiefung der Anatomie und Physiologiekenntnisse oder zu einer Einführung in die Theorien des Existentialismus benutzt werden sollen. Diese Art Entscheidung wird verständlicherweise von der Überlegung beeinflusst, daß Patienten, die vorzüglich mit Pharmakotherapie behandelt werden, in besseren Händen sind, wenn die Schwestern gründliche Kenntnisse über bestimmte Stoffwechselvorgänge besitzen. Wo Milieuthera- pie betrieben wird, mag das bessere Verständnis für die Gehirnphysiologie kein besonderer Vorteil sein.

Ähnliche Schwierigkeiten treten auf, wenn man versucht, eine Definition für den „psychiatrischen Patienten“ zu finden. Man versteht darunter einen Patienten, der von der entsprechenden Einrichtung des Gesundheitswesens als solcher bezeichnet, aufgenommen und gepflegt wird.

Durch die Kompliziertheit dieser Aspekte läßt sich kaum ein allgemein anerkanntes, nationales, geschweige denn internationales

Unterrichtsprogramm im Rahmen allgemeingültiger pädagogischer Prinzipien erstellen oder vertreten. Schließlich muß auch die Organisation und Verwaltung der psychiatrischen Pflege in ihrem historischen, politischen und ökonomischen Rahmen gesehen und gewertet werden.

### Grundregeln

Trotz dieser Schwierigkeiten ist Forschung im Bereich der psychiatrischen Pflege sinnvoll und zweckvoll, da sie die Qualität dieser Pflege verbessern kann, vorausgesetzt, daß der Forschungsarbeiter einige Grundregeln befolgt, die in jeder Forschungsarbeit zu beachten sind, nirgendwo jedoch zwingender als auf dem Gebiet, daß uns hier beschäftigt.

1. Die erste dieser Regeln ist, daß der Forschungsarbeiter über fundierte theoretische und praktische Kenntnisse auf dem geplanten Forschungsgebiet verfügen muß, daß er ein Experte ist. Daraus ist zu folgern, daß sich im allgemeinen nur die Schwestern mit Forschungsaufgaben beschäftigen sollten, die sich in irgendeiner Weise mit der Pflege befassen.

Die Analyse, Definition, Entwicklung von Forschungsmethoden und die Ausführung von Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Techniken und der praktischen Krankenpflege ist die alleinige Aufgabe des Experten in der Pflege, und das ist die Krankenschwester. Die Unterrichtschwester sollte sich mit der systematischen Untersuchung des Wissensstoffes im Lehrprogramm befassen; sie ist der Experte auf diesem Gebiet. Ein anderes Beispiel mag dies verdeutlichen: Soll die Entwicklung von persönlichen Ansichten oder das Gruppenverhalten von Schwestern ergründet werden, ist ein Experte auf diesen Gebieten mit der Aufgabe zu betrauen, d.h. ein Psychologe oder ein Soziologe.

2. Die zweite Regel ist kurz in der Formulierung, aber unendlich langwierig in der Ausführung. Jede Forschungsarbeit muß auf klare, eindeutige Definitionen gegründet sein. Es ist unwesentlich und auch nicht zu erreichen, besonders auf dem Gebiet der psychiatrischen Pflege, daß allgemein akzeptierte Definitionen erstellt werden. Besteht man

darauf, käme keine Forschungsarbeit über das Anfangsstadium hinaus. Aber es muß am Beginn der Arbeit konkret erklärt werden, was der Forschungsarbeiter z. B. unter „Einfühlungsvermögen“ versteht, wenn die Arbeit aufzeigen soll, ob sich in bestimmten Situationen diese Fähigkeit der Schwestern intensiviert oder ob sie nachläßt und welche Faktoren für die eine oder die andere Tendenz verantwortlich sein könnten.

Hat der Forschungsarbeiter eine gründliche Kenntnis von der Forschungsmethodik und zieht er im Zweifelsfalle Experten zu Rate, dann bleibt eine dritte Regel zu beachten, die vermutlich die wichtigste ist.

3. Der Forschungsarbeiter muß sich vor vorzeitigen Verallgemeinerungen hüten. Natürlich hegt jeder Forschungsarbeiter die Hoffnung, daß seine Ergebnisse allgemeine Gültigkeit haben. Diese Hoffnung kann sich jedoch erst dann erfüllen, wenn andere mit denselben Definitionen, derselben Methode und denselben Kriterien dieselben Ergebnisse erzielen. Es gibt unzählige Beispiele in der transatlantischen und britischen Krankenpflegeforschung, die eine ungebührliche Verallgemeinerung zeigen. Sie gleichen einem deutschen Bericht, der sich mit der Problematik und Behandlung von jugendlichen Sexualdelinquenten in klarer, aufschlußreicher und anregender Weise beschäftigt und mit den Worten schließt: „Psychotherapie stellt somit eine Hilfe zur wirksamen Bekämpfung der jugendlichen Sexualdelinquenz dar.“\* Abgesehen davon, daß einer der drei Jugendlichen erst Ansätze einer „befriedigenden sozialen Integration“ nach dem Beginn einer Antiandrogentherapie zeigte, kann man selbst nach einem befriedigenden Resultat mit drei Jugendlichen nicht eine so allgemeine Schlußfolgerung ziehen.

### Forschung in Großbritannien

Der folgende kurze Überblick über einige Forschungsarbeiten im Bereich der psychiatrischen Pflege in Großbritannien stellt eine subjektive Auswahl dar. Den erwähnten Arbeiten liegen jedoch die drei unerläßlichen Regeln zugrunde: Der Forschungsarbeiter ist ein Experte auf dem Gebiet, mit dem sich die Arbeit befaßt; Konzepte und Hypothesen

sind klar definiert und die Resultate sind nicht ungebührlich verallgemeinert.

Es gibt weitaus mehr Forschungsarbeiten über das Pflegepersonal als über seine Aufgaben und Arbeiten. Eine ganze Reihe von Studien befasst sich mit der Auswahl, Motivierung und Einstellung der psychiatrischen Krankenschwester. Eine nicht nur interessante, sondern auch praktisch wichtige Frage ist, ob Schwestern in der psychiatrischen Pflege grundsätzlich einen anderen Persönlichkeitstypus und andere Einstellungen zum Kranken, zur Pflege und zur Organisation aufweisen. Die meisten Studien, die diese Frage zu beantworten suchen, beschäftigen sich mit Schwestern, die schon als staatlich geprüfte oder als Lernschwestern praktisch tätig sind. Eine bevorzugte Methode ist der Vergleich von Schwesterngruppen in der psychiatrischen Pflege mit ähnlichen in der allgemeinen Krankenpflege. Die Resultate zeigen zumeist, daß die psychiatrische Krankenschwester demokratischer, selbständiger, mehr patientenorientiert und weniger „gehorsam“ ist. Sie zeigen auch, daß sie weniger methodisch, weniger strukturgebunden und weniger wissenschaftlich eingestellt ist. Zwei wichtige Fragen, die sich daraus ergeben, haben bis jetzt kaum Beachtung gefunden. Die erste ist, ob dieser Persönlichkeitstypus in der psychiatrischen Pflege effektiv und erwünscht ist. Die zweite ist, ob dieser Persönlichkeitstypus in der allgemeinen Krankenpflege effektiv und erwünscht wäre. Die Tatsache, daß psychiatrische Schwestern eben so sind, ist noch kein Beweis, daß sie so sein sollten. Die Tatsache, daß allgemeine Krankenschwestern autoritärer, strukturgebender, gehorsamer und weniger patientenorientiert sind, bedeutet noch nicht, daß sie auch so sein sollten. Um diese Fragen zu beantworten, sind Forschungsarbeiten notwendig, die sich mit der Arbeit der Schwester, den Patienten und der Organisation befassen.

Eine Arbeit unter dem Titel „Understanding Psychiatric Nursing“ vergleicht die Rolle der psychiatrischen Schwester in drei sehr ver-

\* Böttner, Margit: „Jugendliche Sexualdelinquenten - ihre Problematik und Behandlung durch den Jugendpsychiater“. DKSZ 1972, 10, S.36-S.43

schiedenen Arbeitsgebieten innerhalb der psychiatrischen Pflege. Towell (1973) hat mehrere dieser Aspekte, die die Arbeit der Schwester beeinflussen, zu gleicher Zeit untersucht und das Resultat ergibt ein weit aus vollständigeres Bild als vorangegangene Studien. Vorläufig ist Towells Arbeit noch eine unveröffentlichte These, doch ohne Zweifel werden Veröffentlichungen in Fachzeitschriften folgen.

Die zweite Frage, die sich bei Forschungsarbeiten über die psychiatrische Schwester erhebt, ist die der Auswahl. Wenn bestimmte Persönlichkeitsmerkmale die beste Voraussetzung dafür sind, erfolgreich in der psychiatrischen Pflege zu wirken, wie werden dann die Bewerber ausgewählt, die dem Idealbild am nächsten kommen? Davies und Lindsay (1968) haben sich mit diesem Problem beschäftigt und haben eine Methode entwickelt, die unter Bewerbern diejenigen auswählt, die keine leistungsmindernden neurotischen Tendenzen aufweisen, die aktiv und unabhängig und als gefestigte Persönlichkeiten in der Gesellschaft verankert sind.

Brown und Stone (1970) haben sich mit Pflegern in der Psychiatrie beschäftigt und legen interessante, aber auch beunruhigende Ergebnisse über deren Motivierung, Vorstellungen von der Krankenpflege und Ziele vor. Da sich die Situation in der Pflege der psychiatrischen Patienten in den letzten zwei Jahrzehnten aus epidemiologischen und organisatorischen Gründen, abgesehen von Entwicklungen in der Therapie, in Großbritannien auffallend geändert hat, ist es notwendig zu ergründen, welche Pflegesituation psychiatrische Schwestern bevorzugen. Es hat nicht viel Sinn, z. B. psychiatrische Abteilungen in Allgemeinen Krankenhäusern zu eröffnen, wenn, wie Harries (1972) zeigt, psychiatrische Schwestern nur ungern in solchen Abteilungen arbeiten. Die Lösung besteht nicht im Abbau solcher Abteilungen, obgleich dies natürlich möglich wäre und in der Tat auch schon erfolgt ist, wenn einfach kein Pflegepersonal zur Verfügung stand. Auf einem anderen Gebiet ist diese Lösung unmöglich. Die Arbeit in der Pflege des älteren Menschen ist bei vielen psychiatrischen Schwestern unbeliebt. Dennoch werden mehr und mehr ältere Menschen solcher Pflege

bedürfen. Towell (1973) zeigt, aus welchen Gründen diese Arbeit bei Schwestern unbeliebt ist. Der bereits bestehende Schwermangel, der sich daraus ergebende Zeitmangel, der Mangel an Unterweisung, zu viel Hausarbeit, die angenommene Hoffnungslosigkeit der Situation des Patienten und das mangelnde Interesse der Ärzte rufen die Unzufriedenheit und die Unbefriedigtheit der Schwestern hervor. Da diese Probleme durch die Forschung konkretisiert wurden, kann ihre Lösung schon eher in Angriff genommen worden.

Alle diese Studien über das Pflegepersonal führen zu der Schlußfolgerung, daß die Kenntnisse von den Techniken und den praktischen Fertigkeiten in der psychiatrischen Pflege unzureichend sind. Es gibt zahlreiche Studien über das Aufgabengebiet der Schwester; jedoch bilden fast ausschließlich subjektive Ansichten und Erfahrungen die Grundlage für die Darstellung ihrer eigentlichen Tätigkeit.

Altschul (1972) veröffentlichte die bisher einzige Arbeit in Großbritannien, die sich mit der Interaktion zwischen Schwester und Patienten auf psychiatrischen Pflegestationen befaßt. Es ist unmöglich, im Rahmen dieses Artikels auch nur eine Übersicht über die Resultate zu geben. Einige Punkte mögen einen Eindruck vermitteln.

Psychiatrische Schwestern behaupten oft, daß jeder Patient „gleich“ behandelt wird. Ob diese Behauptung an sich akzeptabel ist und ob diese Einstellung in der Praxis therapeutisch effektiv wäre, ist vorerst einmal unwesentlich. Das ist die Grundeinstellung vieler Schwestern, deren Auswirkung auf die Praxis noch zu erforschen wäre. Altschul zeigt jedoch, daß die Häufigkeit und die Art der Begegnung von Schwester und Patient von Alter, Geschlecht, Diagnose, Verhaltensweise, Länge des Stationsaufenthaltes, vom sozialen Herkommen des Patienten sowie vom Geschlecht der Pflegeperson und der Art ihrer beruflichen Qualifikation abhängen. Auch die strukturelle Anlage der Station sowie die Einstellung des Chefarztes scheinen zu bestimmen, wieviel individuelle Begegnungen ein Patient mit einer Schwester hat.

Ein weiteres Ergebnis dieser Arbeit zeigt, daß Schwestern entweder nicht in der Lage sind, die theoretische Grundlage ihres Verhaltens zu identifizieren, oder daß Sie einfach keine solche Grundlage besitzen. Wenn bestimmte Verhaltensweisen dem Patienten gegenüber vorwiegend mit dem Zitieren des „gesunden Menschenverstandes“ begründet werden oder wenn angenommen wird, daß doch wohl jede andere Schwester auch so gehandelt hätte, dann besteht irgendwo im Unterrichtsprogramm eine große Lücke,

Es ist weiterhin aufschlußreich, daß im allgemeinen die Patienten mehr individuelle Begegnungen mit Hilfspersonal und Lernschwestern hatten. Diese Begegnungen verringerten sich oft dramatisch, wenn die Schwester größere Erfahrungen erwarb und als staatlich geprüfte Krankenschwester in der Position der Stationsschwester arbeitete. Die Feststellung, daß eine erhebliche Anzahl von Patienten in der Zeit, die der Beobachter mit ihnen verbrachte, überhaupt keinen individuellen Kontakt zur Schwester hatte, ist sehr beunruhigend. Da einer der wichtigsten Aspekte der Behandlung, die dem psychiatrischen Patienten zuteil wird, die individuelle Interaktion mit der Schwester ist, entgeht diesen Patienten ein therapeutisch entscheidendes Erlebnis.

In Edinburgh werden z. Z. zwei Studienprojekte durchgeführt, die sich auf unterschiedliche Weise mit den Techniken und praktischen Kenntnissen der psychiatrischen Schwester befassen. Eine Untersuchung bezieht sich auf den Einfluß einer Verhaltenstherapie, die von Schwestern bei schwachsinnigen Kindern angewandt wurde, die keine Kontrolle über die Ausscheidungsvorgänge hatten. Die andere Studie erforscht die Verhaltensweisen einer Gruppe psychiatrischer Schwestern in der Gemeindepflege. Kommunikationsprobleme von Schwesternschülerinnen bildeten das Thema einer Arbeit, die zwei englische Psychologen unternahmen. Caine und Wijesinghe (1969) zeigten u. a., daß staatlich geprüfte Krankenschwestern und Schwesternschülerinnen völlig verschiedener Ansicht über Inhalt und Bedeutung dieser Probleme waren.

Studien, die sich mit dem Wissensstoff im Ausbildungsprogramm beschäftigen, sind ebenfalls eine Rarität. Schröck (1973) veröffentlichte die Ergebnisse der ersten Phase einer Arbeit, in der sie festzustellen versucht, in welchen Situationen die Schwesternschülerin bestimmte, im Unterricht erworbene theoretische Kenntnisse in die Praxis umsetzen kann. Traditionell sieht die praktische Ausbildung vor, daß die Schwesternschülerin eine bestimmte Zeit in einer bestimmten Station arbeitet; z.B. soundso viele Wochen in einer Aufnahmestation, soundso viele Wochen in einer Weiterbehandlungsstation usw. Das setzt voraus, daß jede Aufnahmestation Gelegenheit bietet, vergleichbare Fertigkeiten zu erwerben und daß in Weiterbehandlungsstationen wieder andere entwickelt werden können. Die erste Phase dieser Arbeit bestand aus einem Vergleich verschiedener Stationen, aus dem hervorging, daß ähnlich bezeichnete Stationen keineswegs vergleichbare Ausbildungsmöglichkeiten bieten und daß unterschiedlich bezeichnete Stationen in vielen Fällen durchaus vergleichbare Fertigkeiten vermitteln.

In einer anderen Arbeit in Edinburgh wurde die Entwicklung der Interferenzfähigkeit der psychiatrischen Schwester in bestimmten Ausbildungsprogrammen untersucht. Experimentelle Unterrichtskurse bildeten einen Teil dieser Arbeit, die neue Wege in der Integration von Theorie und Praxis zeigen kann.

Leider gibt es praktisch keine Studien über den Patienten und über die Organisation und Verwaltung der Krankenpflege in diesem Bereich. Als Raphael und Peers (1972) psychiatrische Patienten über ihre Meinung zu der Pflege in psychiatrischen Pflegeanstalten befragten, gab es viele, die bezweifelten, daß ein psychiatrischer Patient sinnvolle Aussagen zu seiner eigenen Pflege machen könnte. Raphael und Peers haben bewiesen, daß er es kann. Zu lange sind Patienten, dem Beispiel der medizinischen Forschung folgend, nur Objekte der Untersuchung gewesen. Die Zeit ist gekommen, da es dem Patienten ermöglicht werden muß, seine eigene Pflege zu bewerten und bis zu einem gewissen Grade auch zu bestimmen. Erst dann kann eines Tages „gute“ oder „effektive“ psychiatrische Pflege sinnvoll definiert und interpretiert werden.

## Literatur

- Altschul, A.: *Patient-Nurse Interaction*, Churchill Livingstone Edinburgh and London, University of Edinburgh, Department of Nursing Studies Monograph, Number 3, 1972.
- Brown, R.G.S. and R.W.H. Stones: "Man who come into Nursing", 1. and 2., *Nursing Times*, 15. and 22. 10. 1970. *Occasional Papers*.
- Cain, T.M. and O.B. Wijesinghe: "Communication Problems of Student Nurses in a Mental Hospital", *Nursing Times* 23.10.1969. *Occasional Papers*.
- Davies, R.P. and J. Lindsay: "Selection for Psychiatric Nurse Training", *Nursing Times*, 21.6.1968. *Occasional Papers*.
- Harries, C.J.: "Nursing Preferences in Psychiatric Hospitals", 25.5.1972. *Occasional Papers*.
- Raphael, W. and V. Peers: "Psychiatric Hospitals Viewed by Their Patients", King Edward's Hospital Fund for London. 1972.
- Schröck, R.A.: "No rhyme or reason: a clinical area identification project", *International Journal of Nursing Studies*. May 1973.

## Prof. Ruth Schröck

**Dieser Artikel, der der Abdruck eines Referates ist, das ich zu einem Internationalen Kongreß für Psychiatrische Krankenschwestern und -pfleger im Jahre 1973 in Heidelberg hielt, erweckt für mich lebhaftere Erinnerungen. Es war das erste Mal, daß ich nach meiner Ausbildung und Fachweiterbildung zur psychiatrischen Krankenschwester in England sowie einem Studium und einer Ausbildung zur Lehrerin in der Pflege in Schottland und entsprechenden Pflegepraxiserfahrungen mit der Pflege in Deutschland in Berührung kam.**

Was mich überraschte, war in erster Linie die Dominanz der Ärzte, die nicht nur als Redner in der Mehrzahl waren, sondern auch die Organisation des Kongresses in der Hand hatten. Andererseits lernte ich sehr schnell, daß zu dieser Zeit die Psychiater die einzigen waren, die überhaupt und schon in den sechziger Jahren auf die Idee gekommen waren, einen jährlichen Kongreß für die Pflege zu fördern und für wichtig zu halten.

Was ich damals über die psychiatrische Pflegeforschung zu sagen hatte, fand beträchtlichen Widerhall seitens meiner Berufskollegen und -kolleginnen und eine gemäßigte Neugierde unter den Vertretern der Medizin, die jedoch zumindest nicht ablehnend waren. Daß sich aus den zu der Zeit geknüpften Kontakten ein regelmäßiger Austausch mit deutschen psychiatrischen Krankenschwestern und -pflegern entwickeln würde, der maßgeblich mit dazu beitragen sollte, daß ich vierzehn Jahre später die erste Professur für Krankenpflege in der Bundesrepublik Deutschland an der Fachhochschule Osnabrück annahm, war gewiß nicht vorzusehen gewesen.

Meine Ansichten zu der Forschungsproblematik in der psychiatrischen Pflege haben sich kaum geändert. Ich bin jedoch überzeugt, daß sich die Identität der Pflegenden im allgemeinen und auch im psychiatrischen Bereich gefestigt hat. Davon zeugen Veröffentlichungen, die pflegetheoretisch verankert und pflegepraktisch fokussiert sind (z.B. Schädle-Deiniger & Villingner 1996) und Anfang der siebziger Jahre noch unvorstellbar waren. In Großbritannien hat jedoch in den letzten fünfzehn Jahren eine Entwicklung eingesetzt, die mir problematisch erscheint. Aus der „Psychiatric Nurse“ ist eine „Mental Health Nurse“ geworden. Neue Namensgebungen im Bereich der Psychiatrie (auch hinsichtlich der Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung) sind gewöhnlich (meistens recht erfolglose) Versuche, das Stigma, das dem psychisch kranken Menschen anhaftet, zu vermindern. Aus der Irrenpflege und den Wärtern sind auch in Deutschland die psychiatri-



# BEREICH DER PSYCHIATRISCHEN PFLEGE

## UND AUSBLICK ÜBER EIN VIERTELJAHRHUNDERT

sche Pflege und Krankenschwestern und -pfleger geworden (Falkenstein 1999). Doch die Entwicklung in Großbritannien, die zwar im positiven Sinne mit diesem Namenswechsel u.a. die präventiven Aufgaben der Pflege betonen wollte, hat meines Ermessens nach die primären Anliegen der Pflege, nämlich dem kranken Menschen in der Bewältigung seines Alltags beizustehen, zu einem beträchtlichen Ausmaß aus den Augen verloren (Tilley 1997, Barker & Davidson 1998). Frappierend ist die Feststellung, daß zumindest in der psychiatrischen Pflegeliteratur dem Patienten der Körper abhanden gekommen ist. Tröstlich ist es, daß auch in Großbritannien die Pflegepraxis nicht immer alles so umsetzt, wie es die Vordenker konzipieren und die Erfahrungen des Patienten nicht ganz so leiblos sind, wie man es befürchten mag.

Meine Klage von vor über 25 Jahren, daß „es praktisch keine Studien über den Patienten“ gibt, muß ich, wenn auch etwas qualifizierter, weiterhin vorbringen. Es gibt eine Reihe von Arbeiten, die sich mit den Charakteristiken verschiedener Patientengruppen befassen sowie mit der Problematik, die psychisch kranke Menschen erfahren oder die von Pflegenden als solche erkannt wird. Was jedoch immer noch Seltenheitswert hat, sind Pflegepraxisstudien, die die Frage zu beantworten suchen, was Pflegenden eigentlich tun und wie effektiv dieses Tun ist. Daß dies auf die Pflegeforschung weltweit allgemein zutrifft, mindert nicht das Bedauern, daß wir eigentlich recht wenig über die psychiatrische Pflegepraxis wissen. Eine Ausnahme dazu ist das Thema der Aggression, eine andere der Umgang mit dementierenden Menschen.

Mein Eindruck ist, daß in der deutschsprachigen Pflegeforschung der Pflegepraxis bisher noch etwas mehr Aufmerksamkeit gewidmet worden ist, doch wenn von 114 Titeln zu Forschungsergebnissen in der Pflegepraxis nur allenfalls ein Dutzend spezifisch der psychiatrischen Pflege zugeordnet werden kön-

nen und davon weniger als die Hälfte auf empirischer Forschung beruhen, ist das mehr als mager (DV Pflegewissenschaft 1999).

Es gibt sicher Erklärungen für den Mangel an Pflegepraxisforschung, doch auch diese sind eher Mutmaßungen als daß sie empirisch belegt wären. Der größte Anteil an Pflegeforschung, auch international betrachtet, entsteht im Rahmen von akademischen Qualifizierungen. Besonders im anglo-amerikanischen Raum sind dafür recht enge Zeitgrenzen vorgeschrieben. Praxisforschung jedoch ist zeitaufwendiger und vielleicht auch aus der Sicht der Kandidaten risikoreicher, da die methodologischen Fragen noch recht umstritten sind. Wer jedoch mit der verfertigten Arbeit eine gute Beurteilung erlangen will, ist möglicherweise zögerlicher in der Anwendung kontroverser methodologischer Ansätze. Dazu kommt, daß der Zugang zum Feld oft schwieriger ist, wenn das Tun der Pflegenden, und damit auch die Patienten, zum Gegenstand des Vorhabens werden. Pflege zu erkunden ist ein komplexes Unternehmen, das eine beträchtliche Portion an Mut und Flexibilität erfordert; in der Praxissituation muß der Forscher überzeugend und kompetent in der Durchführung seines Vorhabens sein. Doch, wie gesagt, die meisten pflegerischen Forschungsunternehmen werden von denen ausgeführt, die das Handwerk des Forschens lernen. Bedenklicher noch ist die Annahme, daß sich Pflegewissenschaftlerinnen im Laufe ihrer akademischen Entwicklung zu weit von der Praxis entfernen und nicht mehr die Fragen stellen, die sie ehemals als Praktiker für wesentlich gehalten hätten. Ein nachprüfbarer Grund für den spezifischen Mangel an Praxisforschung in der psychiatrischen Pflege ist die, verglichen mit anderen pflege-

#### Literatur

- Barker, Phil & Davidson, Ben - Edits. (1998) *Psychiatric Nursing: Ethical Strife* Arnold, London  
 DV Pflegewissenschaft (1999) *Deutschsprachige Literatur zur Pflegeforschung* Deutscher Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung, Duisburg  
 Falkenstein, Dorothe (1999) "Ein guter Wärter ist das vorzüglichste Heilmittel ..." *Zur Entwicklung der Irrenpflege vom Durchgangs- zum Ausbildungsberuf* Inaugural-Dissertation, Universität Witten/Herdecke  
 Schädle-Deiniger, Hilde & Villinger, Ulrike (1996) *Praktische Psychiatrische Pflege Arbeitshilfen für den Alltag* Psychiatrie Verlag, Bonn  
 Tilley, Stephen - Edit. (1997) *The Mental Health Nurse: Views of Practice and Education* Blackwell Science, Oxford

rischen Berufsfeldern, geringere Anzahl von Pflegenden und insbesondere von Fachpflegepersonal.

In der Entwicklung von pflegeorientierten Studiengängen an deutschen Hochschulen fehlt es an einer ausreichenden Anzahl von praxisorientierten pflegewissenschaftlichen Studiengängen, die in der Forschung und Lehre den Fokus auf die Praxis der Pflege richten. Zur wissenschaftlichen Fundierung einer Praxisdisziplin muß der Gegenstand dieser Praxis zum Kerninhalt entsprechender Studiengänge werden. Erst dann können die wesentlichen Phänomene dieser Praxis in einem ausreichendem Maße identifiziert und erkundet werden.

Mit dieser Forderung trägt man im Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke sicher die sprichwörtlichen Eulen nach Athen (oder „coals to Newcastle“)! Gegenwärtig befassen sich drei Doktorandinnen mit Themen aus der psychiatrischen Pflege. Susanne Schoppmann arbeitet an einer deskriptiven Studie des Körperempfindens in Momenten des Entfremdungserlebens bei psychisch erkrankten Menschen, um damit zu einem fundierten Verständnis angemessener pflegerischer Interventionen beizutragen. Die Erfahrungen von Patienten und Pflegenden in der Wahrnehmung von und dem Umgang mit psychogenen Schmerz sind das Thema von Alexandra Lorsch, und Bernadette Ohnesorge beschäftigt sich mit dem Thema 'Patient' im Gesprächsverhalten zwischen Pflegenden und Ärzten in der Psychiatrie.

Im Rückblick: wer hätte das 1973 gedacht!  
 Im Ausblick: einen Forschungsschwerpunkt 'Psychiatrische Pflege' etablieren!

# HUMBOLDT-UNIVERSITÄT BERLIN: ZUM PFLEGEPHÄNOMEN

Dipl. Pflegepäd. Iris Mamier und Prof. Dr. Theo Dassen

**Aggression ist ein Phänomen, welches neben seiner allgemeingesellschaftlichen Bedeutung auch im Kontext von Pflege relevant ist und von Pflegepersonen bewältigt werden muß. Dabei können Pflegepersonen sowohl Opfer als auch Täter sein. Sie können mit Aggression in den verschiedenen Bereichen von Pflege und in unterschiedlichen Facetten – bis hin zu Gewalt konfrontiert werden. In jedem Fall stellt Aggression als Pflegephänomen für die Berufsgruppe eine Aufforderung zu professionellem Handeln dar.**

Whittington (Whittington, 1996,1997) macht darauf aufmerksam, daß die Zahl der gewalttätigen Episoden, die sich während der Ausübung des Pflegeberufes gegenüber Pflegepersonen ereignen, im Steigen begriffen ist. Auch im psychiatrischen Kontext ist Aggression weiterhin ein Schwerpunktthema, wenngleich mit Hilfe von Neuroleptika und modernen Therapiekonzepten erhebliche Behandlungserfolge erzielt werden konnten (Nijman, 1997,1999). Aggressionen, die sich in körperlichen Angriffen manifestieren, können Schaden auf Seiten von Mitpatienten, Angehörigen und im Kreis des therapeutischen Teams verursachen (Hyde & Harrower-Wilson, 1995). Krankheitsbedingtes Fehlen von Mitarbeitern ist nicht selten die Folge, was zu einer entsprechenden Kostenentwicklung führt (Carmel & Hunter, 1992). Es ist zudem bekannt, daß solche Episoden die therapeutische Beziehung zwischen betroffenen Personal und Patienten empfindlich stören können, so daß mithin das therapeutische Klima auf Station in Frage gestellt sein kann. Je stärker Mitglieder des Pflgeteams infolge einer solchen gewalttätigen Episode in ihrer eigenen Lebensqualität beeinträchtigt sind (Whittington & Wykes, 1989), um so weniger sind sie noch in der Lage für die Qualität der psychiatrischen Pflege in der erforderlichen Weise zu sorgen (Bowers, 1999). Pflegende stehen dann insbesondere in der Gefahr, einen autoritären, kontrollierenden Interaktionsstil gegenüber Patienten zu entwickeln (Morrison, 1992,1995), der aggressives Patientenverhalten wiederum verstärkt.

In der Forschung hat man sich vor allem darauf konzentriert, Patientenfaktoren wie z. B. bestimmte psychiatrische Diagnosen, Alter, Geschlecht (Bjorkly, 1995), zu identifizieren, die in einem ursächlichen Zusammenhang

mit aggressivem Patientenverhalten stehen. Nur ein kleiner Teil der Forscher hat mögliche situative und Umgebungsfaktoren hinsichtlich ihrer Bedeutung für das Zustandekommen von Aggression im stationären Bereich näher untersucht (Palmstierna, 1991; Nijman & Rector, 1999). So können z.B. Studien über die Stationsatmosphäre aufzeigen, inwiefern bestimmte Handlungsweisen der Pflegepersonen auf das Patientenverhalten zurückwirken. Daraus können Schlußfolgerungen gezogen werden, welche Faktoren der Station Aggression erheblich reduzieren können.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß die in der Literatur aufgezeigten Gründe helfen, das Phänomen in seinen ursächlichen Zusammenhängen besser zu verstehen, auch, wenn sie es nicht hinreichend erklären. Ein Grund dafür könnte sein, daß Aggression sehr unterschiedlich definiert und gemessen wird.

Das Phänomen der Aggression kommt bekanntermaßen in den verschiedenen Ländern in der Pflege vor, jedoch ist das Bewußtsein darüber in den psychiatrischen und anderen Einrichtungen in Europa sehr unterschiedlich. Entsprechend unterscheiden sich die von medizinischem und Pflegepersonal eingeleiteten Maßnahmen. Daraus leitet sich der Bedarf ab, das Phänomen in einer europäischen Studie gründlich zu untersuchen und entsprechende Vergleiche hinsichtlich der Häufigkeit, Art und Schwere aggressiver Episoden und dem Umgang mit ihnen anzustellen. Solch eine Studie würde es erlauben, Schlußfolgerungen für die Prävention von Aggression in psychiatrischen Einrichtungen zu ziehen und Aussagen darüber zu machen, wie die Umgebung und

Atmosphäre auf Station gestaltet sein muß, damit das Aggressionspotential möglichst niedrig ist. Somit stellen Forschungsaktivitäten in diesem Bereich eine wichtige Grundlage für die Entwicklung geeigneter Interventionen dar und fördern letztlich die Pflegequalität von Klienten und die Arbeitszufriedenheit des Personals.

Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel der *European Violence in Psychiatry Workgroup* erstmals in einer größeren gemeinsamen Studie gewalttätige Episoden und den Umgang mit diesen auf akutpsychiatrischen Stationen in ganz Europa zu untersuchen. In der Forschergruppe sind verschiedene Pflegeforscher und -forscherinnen, die sich zum Teil schon seit Jahren mit dem Thema beschäftigen und die in der Vergangenheit bereits in kleineren Projekten kooperiert haben. Während die Forschungsaktivitäten in Deutschland vom Lehrstuhlinhaber für Pflegewissenschaft an der Humboldt-Universität zu Berlin (Charité) Professor Dr. Theo Dassen koordiniert werden, liegt die Leitung der Arbeitsgruppe bei Professor Len Bowers, PhD, Lehrstuhlinhaber für Psychiatric Nursing an der City University in London. Die Arbeitsgruppe entwickelte sich aus einem Kreis von Forschern und Praktikern vorwiegend aus dem psychiatrischen Berufsfeld, die sich bei ihren Treffen über Besonderheiten der vertretenen Länder im Bereich psychiatrischer Pflege und über eigene Forschungsarbeiten informierten und ihre Ergebnisse miteinander diskutierten. Inzwischen ist die Gruppe in London, Stockholm, Amsterdam, Dublin, Berlin und Trondheim zusammengekommen, wobei Vertreter aus den jeweiligen Städten dazu einladen und auch Forscher aus Spanien, Italien, Schweiz, Frankreich und Dänemark in der Gruppe vertreten sind. In der Vergangenheit konnten erste gemeinsamen Projekte zwischen verschiedenen Ländern realisiert werden, indem Forschungsinstrumente übersetzt und in einem anderen Land angewandt wurden. Statt immer wieder neue Instrumente und Fragebögen zu konzipie-

# EUROPÄISCHE FORSCHUNG

## AGGRESSION

ren, wurde der Schwerpunkt darauf gelegt, vorhandene Instrumente in einem anderen Land zu überprüfen.

An der Humboldt-Universität zu Berlin werden in diesem Zusammenhang zwei Instrumente überprüft:

Zum einen die *Perception of Aggression Scale (POAS)*, die untersucht, welche Wahrnehmungen von Aggression ausgebildete Pflegepersonen haben (Jansen, 1997). Voruntersuchungen haben gezeigt, daß Pflegepersonen keineswegs ein einheitliches Bild darüber haben, in welcher Weise sie das Phänomen sehen (Finnema, 1997) und dieses Instrument zeigt auf, welche Wahrnehmungen es in der Berufsgruppe gibt und untersucht, wie diese mit einigen Merkmalen zur Person und Berufsbiographie zusammenhängen.

Weiterhin laufen derzeit Untersuchungen in zwei psychiatrischen Krankenhäusern, bei welchen die Häufigkeit des Phänomens erstmals systematisch mit einem Erhebungsinstrument untersucht wird. Die *Staff-Observation of Aggression Scale – Revised (SOAS-R)* wird von Pflegepersonen immer dann ausgefüllt, wenn es zu einem aggressiven Vorfall gekommen ist. Darunter wird nach der amerikanischen Pflegeforscherin Morrison (Morrison, 1990) jegliches verbales, nonverbales oder körperliches Verhalten verstanden, welches für Patienten selbst, andere Personen oder deren Eigentum eine Bedrohung darstellt oder körperliches Verhalten, wodurch der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind. Im Nachhinein wird nun von Pflegepersonen angekreuzt, welche Auslöser aus ihrer Sicht diesen Vorfall provoziert haben, welche Form von Aggression vorgekommen ist, gegen wen sie sich gerichtet hat und mit welchem Ergebnis. Schließlich kreuzen die Pflegepersonen an, welche Maßnahmen zur Beendigung des Vorfalls eingeleitet wurden.

Durch den Einsatz validierter und reliabler Instrumente aus der Literatur, ergeben sich Möglichkeiten des Vergleichs des Datenerhebungsmaterials und der Untersuchungsergebnisse und die Chance zur Weiterentwicklung von Instrumenten. Universale Phänomene wie das der Aggression verlangen nicht nur einen multiprofessionellen Ansatz in der Behandlung, sondern auch die Beteiligung verschiedener Professionen bei ihrer Erforschung. Gerade in diesem Bereich hat es in den vergangenen Jahren erfreuliche Forschungsaktivitäten in der internationalen Pflegeliteratur gegeben und die *European Violence in Psychiatry Workgroup* möchte hier noch stärker eine europäische Perspektive dem Spektrum hinzufügen.

### Literatur

- Bjorkly, S. (1995): Prediction of aggression in psychiatric patients: A review of prospective prediction studies. *Clinical Psychology Review* 15(6): 475-502.
- Bowers, L.; Whittington, R.; Almvik, R.; Bergman, B.; Savio M. (1999): Violent incidents in psychiatric nursing: A European perspective. *International Journal of Nursing Studies* 36: 217-222
- Finnema, E.J., Dassen, T., Halfens R. (1994): Aggression in psychiatry: a qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing* 19: 1088-1095.
- Harris, D.; Morrison, E. F. (1995): Managing violence without coercion. *Archives of Psychiatric Nursing* 11(4): 203-210.
- Hunter, M.; Carmel, H. (1992): The cost of staff injuries from inpatient violence. *Hospital and Community Psychiatry* 43: 586-588.
- Hyde, C.; Harrower-Wilson, C. (1995): Resource consumption in psychiatric intensive care: the costs of aggression. *Psychiatr. Bull* 19: 73-76.
- Jansen, G.; Dassen, T.; Moorer, P. (1997): The Perception of Aggression. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 11: 51-55.
- Morrison, E. F. (1990): Violent psychiatric inpatients in public hospital. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 4:65-82.
- Morrison, E. F. (1992): A coercive interactional style as an antecedent to aggression and violence in psychiatric inpatients. *Research in Nursing and Health*, 15:421-431.
- Nijman, H.; Rector, G. (1999): Crowding and Aggression on Inpatient Psychiatric Wards. *Psychiatric Services* 50 (6): 830-831.
- Nijman, H.; Allertz, W.; Merckelbach, H.; Ravelli, D. (1997): Aggressive behaviour on an acute psychiatric admissions ward. *European Journal of Psychiatry* 11(2): 106-114.
- Nijman, H.; Muris, P.; Merckelbach, H.; Palmstierna, T.; Wistedt, B.; Vos, A.; Rixtel van, A.; Allertz, W. (1999): The Staff Observation Aggression Scale - Revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior* 25: 197-209.
- Palmstierna, T.; Juitfeldt, B.; Wistedt, B. (1991): The relationship of crowding and aggressive behaviour on a psychiatric intensive care unit. *Hospital and community psychiatry*. 42 (12): 1237-1240.
- Whittington, R.; Wykes, T. 1989 *Invisible Injury*. *Nursing Times* 85(42): 30-32.
- Whittington, R.; Wykes, T. (1992): Staff strain and social support in a psychiatric hospital following assault by a patient. *Journal of Advanced Nursing* 17: 480-486.
- Whittington, R. (1996): Violence to staff in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* 24:326-333.
- Whittington, R. (1997): Violence to nurses: prevalence and risk factors. *Emergency Nurse* 5 (8): 31-39.

### Kontakt:

Charité Universitätsklinikum der Humboldt- Universität zu Berlin  
Campus Charité Mitte  
Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft  
Ziegelstraße 5, 10098 Berlin

Dipl. Pflegepäd. Iris Mamier, wiss. Mitarbeiterin am Institut für Medizin- und Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft (Charité) der Humboldt- Universität zu Berlin.

Prof. Dr. Theo Dassen, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizin- und Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft (Charité) der Humboldt- Universität zu Berlin.

# QUO VADIS ?

# INNERBETRIEBLICHE FORTBILDUNG IN DER

Dipl. Päd. Jörg Tauch

Der folgende Artikel schildert zentrale Aspekte einer Dissertation, die sich zwischen den Spannungspolen der psychiatrischen Pflege einerseits und der betrieblichen Bildung andererseits bewegt. Das Ziel des Autors war es, die Entwicklung der Innerbetrieblichen Fortbildung vor dem Hintergrund verschiedener Professionalisierungsansätze zu untersuchen. Daraus ergeben sich Perspektiven für die weiteren Ausgestaltungsmöglichkeiten der Innerbetrieblichen Fortbildung in der Psychiatrie.

Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung ist die Psychiatrie-Personalverordnung (vgl. Kunze/Kaltenbach 1994), die den Personalbedarf in der Psychiatrie regelt. Durch definierte Tätigkeitsprofile werden die unterschiedlichen diagnostischen und therapeutischen Erfordernisse für die Patienten in der Erwachsenen- sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie berücksichtigt. Für die verschiedenen Berufsgruppen sieht die Verordnung konkrete Minutenwerte für festgelegte Tätigkeiten vor. In den so formulierten Regelaufgaben heißt es unter anderem: „Interne Fortbildungsmaßnahmen sind für alle Berufsgruppen in den Regelaufgaben (Tätigkeitsprofilen) mit ihren Minutenwerten enthalten. Externe Fortbildungen werden bei der Ausfallzeit berücksichtigt.“ (vgl. ebd., Erläuterungen S. 169)

- Wie entwickelte sich die Innerbetriebliche Fortbildung in der psychiatrischen Pflege?
- Wie sieht das Tätigkeitsfeld der Funktionsträger aus?
- Welche Selektionskriterien sind zur Besetzung dieser Stellen relevant?

Die Arbeit gliedert sich in zwei Teilsegmente auf. Das theoretische Leitsegment stellt dabei einen Bezugsrahmen zur Einordnung der Thematik dar. Durch die spezifizierte Suche nach wissenschaftlich fundierter Literatur in den Bibliotheken der Universität Essen und der Fachhochschule Bochum anhand der Schlagworte „Professionalisierung“, „Innerbetriebliche Fortbildung“ und „psychiatrische Pflege“ konnte durch die Verschränkung professionssoziologischer, andragogischer,

den vier Interviews mit Funktionsträgern der Innerbetrieblichen Fortbildung in der Psychiatrie und den Pflegedienstleitungen geführt.

Zur Analyse wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. Mayring 1991, S. 209-213) gewählt, wobei durch die Verdichtung tragender Interviewteile allgemein relevante Aussagen entwickelt werden konnten. Die Interpretation vollzog sich in unterschiedlichen Phasen. Zu Beginn wurden alle Interviewbausteine paraphrasiert. In der zweiten Phase erfolgte eine Generalisierung der Bedeutungseinheiten durch die Streichung gleicher Einheiten. Durch mehrmaliges Reduzieren und Zusammenstellen der neu erarbeiteten Categoriesysteme konnte eine vergleichende Interpretation aller Interviews auf abstraktem Niveau entwickelt werden.

Die entstandenen Aussageverdichtungen bildeten den Rahmen für den Fragebogen. Diese anschließende schriftliche Erhebung wurde als Vollerhebung in den 32 psychiatrischen Kliniken der Landschaftsverbände Rheinland (10 Kliniken) und Westfalen-Lippe (22 Kliniken) durchgeführt. 22 Funktionsträger der Innerbetrieblichen Fortbildung (69%) beteiligten sich an der schriftlichen Befragung.

Aufgrund dessen können repräsentative Aussagen über die Innerbetriebliche Fortbildung in den Kliniken der beiden Landschaftsverbände gemacht werden. Ein Transfer auf andere Träger (Wohlfahrtsverbände, private Träger) ist ebenfalls möglich, muß allerdings immer vor dem Hintergrund der spezifischen institutionellen Gegebenheiten gesehen werden.

Die Analyse ergab ein differenziertes Bild der internen Fortbildungsabteilungen. So bleibt festzuhalten, daß in allen Kliniken verantwortliche Personen zu finden sind, die die Organisation der Innerbetrieblichen Fortbildung entweder im Haupt- oder im Nebenamt durchführen. In der Regel ist die Abteilung hierarchisch sehr hoch als Stabsstelle an die Pflege- oder Betriebsleitung angebunden. Analysiert man die

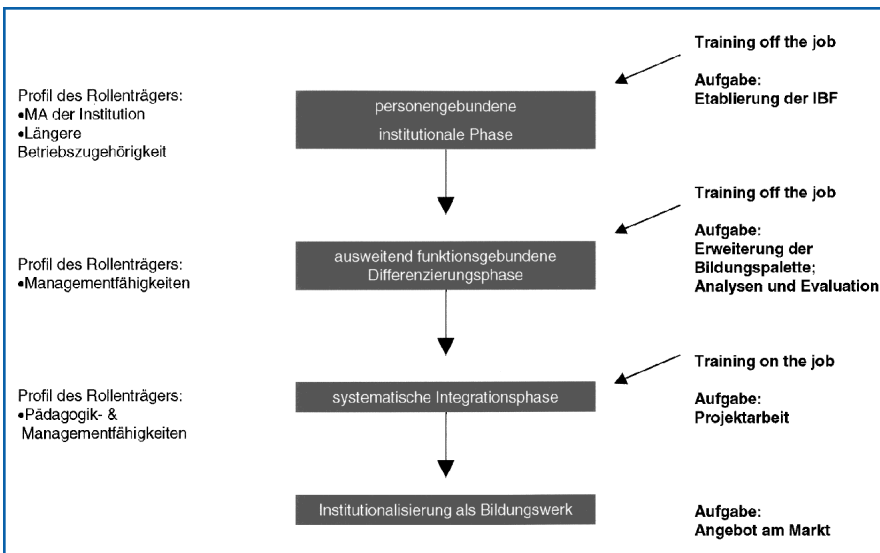


Abb.1: Typisierung von Professionalität

Das kann in großen Teilen als die Geburtsstunde der Innerbetrieblichen Fortbildung angesehen werden, da in der Folgezeit vor allem in großen psychiatrischen Kliniken Bildungsabteilungen zur Strukturierung und Organisation aufgebaut wurden. Zentral leitend waren deshalb folgende Forschungsfragen:

pflege- und gesundheitswissenschaftlicher Zugänge eine erste Annäherung erfolgen.

Der empirische Hauptteil bildet den eigentlichen Kern der Untersuchung und basiert auf der Verbindung einer qualitativen Interviewserie und einem darauf aufbauenden quantitativ gestalteten Fragebogen. Insgesamt wur-

## PSYCHIATRIE ODER DIE KUNST DER PROFESSIONALISIERUNG

Eignungskriterien für die Besetzung einer Stelle in der Innerbetrieblichen Fortbildung, so lassen sich derzeit schwerpunktmäßig folgende Aspekte herausarbeiten:

- Fachliche Ausrichtung
- Längere Klinikzugehörigkeit
- Evtl. pädagogische Qualifizierung
- Evtl. Studium (pädagogisch orientiert)

Die fachliche Ausrichtung bildet ein zentrales Eignungskriterium. Bis auf einen Funktionsträger besaßen alle Befragten ein Krankenpflegeexamen. Bedeutsam ist derzeit weiterhin eine längere Klinikzugehörigkeit. Mehr als 59 % der Befragten sind länger als 10 Jahre in der jeweiligen Klinik angestellt. Eine anfangs vermutete starke Akzentuierung einer pädagogischen Qualifizierung läßt sich aktuell als bedingt bedeutend festlegen. Dasselbe gilt für eine wissenschaftlich fundierte Ausbildung. Eine weitere Analyse der Fragebögen ergab, daß nur 43% der Funktionsträger Frauen sind.

Betrachtet man nun die Entwicklungspotentiale der Innerbetrieblichen Fortbildung in der psychiatrischen Pflege, so lassen sich verschiedene Phasen differenzieren (vgl. Abb.1).

Die erste Phase kann als personengebundene institutionale Pionierphase definiert werden. Tiefgehende Bildungsprozesse mit einem angestrebten weitgehenden Praxistransfer des Wissens sind nicht primär angestrebtes Ziel. Vielmehr geht es darum, die neue Abteilung zu etablieren. Daher erscheint es folgerichtig, einen anerkannten Mitarbeiter aus der Klinik auf die Stelle zu rekrutieren.

Mit zeitlicher Etablierung der Abteilung kommt es zum Übergang in die zweite, der ausweitend funktionsgebundenen Differenzierungsphase. Andragogische Ziele spielen nun erstmals eine Rolle. Der Funktionsträger führt i.d.R. Analysen zur Ermittlung des Bildungsbedarfs durch. Allerdings bleiben die Wirkungen der durchgeführten Maßnahmen noch oftmals relativ begrenzt, da die Seminare meist „off the job“ durchgeführt werden.

Die dritte Phase kann als systematische Integrationsphase bezeichnet werden, da die Bildungsabteilung in das hierarchische Gefüge der Psychiatrie aufgenommen wird und Maßnahmen verstärkt in Form von Projekten und Praxisbegleitungen vollzogen werden. Insgesamt findet eine ausgeprägte Orientierung am Arbeitsalltag des Mitarbeiters statt. Die Autonomie der Bildungsabteilung hat erheblich zugenommen. Dies läßt sich beispielsweise an der eigenen Budgetverantwortung messen.

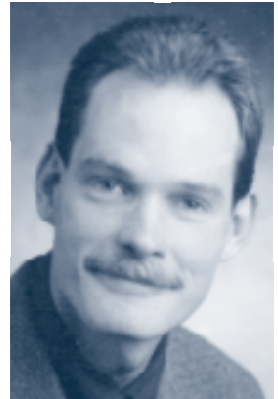
Der abschließende Entwicklungsschritt ist die Institutionalisierung als Bildungswerk, wobei es zur Ablösung von der Klinik kommt und das Bildungsangebot für den „Markt“ erarbeitet wird.

Um das aktuelle Bild der Innerbetrieblichen Fortbildung in der psychiatrischen Pflege konkreter darzustellen, werden abschließend die derzeitigen Aufgabenfelder präsentiert. Schwerpunkt bildet die Vermittlung pflegerischer Themen, wobei kommunikative Aspekte besonders bedeutend sind, da es sich hier um das zentrale Handwerkszeug der psychiatrischen Pflege handelt. Im Rahmen eines interaktionistischen Professionalisierungsansatzes (vgl. Weidner 1995) wird an dieser Stelle die Relevanz der Stellvertretenden Deutung manifest (vgl. Arnold 1995).

Stellvertretende Deutung in diesem Kontext besagt, daß im psychiatrischen Arbeitsfeld Pflegekräfte das Problem des Klienten deuten und daraus resultierende Handlungen und Lösungsvorschläge begründen müssen. Demgegenüber spielen spezielle pflegepsychiatrische Pflegetechniken in der Innerbetrieblichen Fortbildung nur eine untergeordnete Rolle. Das gilt beispielsweise auch für das Thema Gewalt. Dies bestätigt auch Fuchs (1998), wenn er formuliert :

„Es ist uns in Deutschland keine Bildungsmaßnahme für Psychiatriepersonal bekannt, die auch nur annähernd die (...) Forderungen zum besseren Umgang mit Aggression und Gewalt erfüllen würde“ (Fuchs 1998, S. 63).

Themenschwerpunkte der Innerbetrieblichen Fortbildung mit rechtlichen oder com-



*Dr. cand. Phil. Dipl. Päd.  
Jörg Tauch  
Stipendiat der  
Robert-Bosch-Stiftung*

*Großmarktstr. 21,  
D-47638 Straelen  
Tel: 02834/78402,  
Fax: 02834/780833 oder 32  
E-Mail: djtauch@t-online.de*

puterspezifischen Fragestellungen sind ebenfalls von untergeordneter Relevanz.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Innerbetriebliche Fortbildung in der psychiatrischen Pflege zu einem wichtigen Baustein der Arbeit geworden ist. Blickt man allerdings auf die Möglichkeiten im Rahmen von Personal- und Organisationsentwicklungsstrategien so liegen hier noch viele Potentiale brach. So lassen sich teilweise erhebliche Verantwortungsdifferenzen in den einzelnen Kliniken feststellen. Prägnant deutlich wird dies am Aufgabenfeld „Budget“. In acht Kliniken wird dieser Bereich voll von den Funktionsträgern verantwortet, während in sechs Kliniken direkt keine eigenes Budget vorhanden ist und bei jeder einzelnen Maßnahme neu beantragt werden muß.

In einer optimalen Entwicklung durchläuft die Abteilung der Innerbetrieblichen Fortbildung alle oben aufgelisteten vier Phasen. Jede Phase beinhaltet in sich professionelle Anforderungscharakteristika. Betrachtet man die aktuellen Anforderungspotentiale der agierenden Funktionsträger, so läßt sich perspektivisch ein erhöhter Bedarf an pädagogischen Qualifikationen erwarten.

(Anm. d.Red.: Literaturverzeichnis Seite 24)

# 2000 - BEGINN EINES NEUEN FÜR ALTE UND CHRONISCH

Prof. Dr. phil. Ingrid Kollak

Das Jahr 2000 wird in Japan nicht nur den Beginn eines neuen Jahrtausends markieren, sondern gleichzeitig auch einen Neuanfang im Sozialversicherungssystem. Am 1.1. 2000 wird das Gesetz zur Langzeitpflege (Long-Term-Care-Insurance Law) in Kraft treten, dessen Auswirkungen auf die Gesellschafts- und Familienstrukturen sowie auf das Berufsfeld der Sozial- und Gesundheitsversorgung im Augenblick nur in seinen groben Konturen zu ermessen ist. In dieser Situation ist es nur zu verständlich, daß japanische Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus dem Bereich der Gesundheits- und Sozialwissenschaft, ebenso wie der Ökonomie und Rechtswissenschaft mit großem Interesse auf die Entwicklung der Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland und deren erste Auswirkungen schauen.

Der wissenschaftliche Austausch über Ziele, Wirkungen und Einschätzungen der seit über vier Jahren existierenden Pflegeversicherung der Bundesrepublik Deutschland sowie der geplanten Langzeitpflegeversicherung in Japan standen darum im Mittelpunkt eines Symposiums, das zu Beginn des Jahres 1999 in Tokio stattfand. Eingeladen hatte das Japan College of Social Work, das seit einem Jahr einen Partnerschaftsvertrag mit der Alice-Salomon-Fachhochschule in Berlin unterhält. Ich hatte die Chance, auf diesem Symposium mitwirken zu können.

## Zur Ausgangssituation in Japan

Obwohl Japan von seiner Infrastruktur wie von seiner Familientradition her auf den ersten Blick als nicht mit der Bundesrepublik vergleichbar anmutet, zeigt ein genaueres Hinsehen, daß es einige entscheidende Übereinstimmungen gibt. Diese Übereinstimmungen finden sich mit Bezug auf die Alters- und Versicherungsstruktur beider Länder.

In Japan wird bis heute die Alten- und Langzeitversorgung ausschließlich im Akutfall durch die Krankenversicherung bzw. im Fall chronischer Erkrankung durch die Sozialhilfe finanziert. Das führt dazu, daß alte und chronisch kranke Menschen über Monate im Krankenhaus verbringen, weil es keine Anschlußversorgung gibt oder daß sie auch bei einem guten und mittleren Einkommen zu Sozialhilfefällen werden. Die betroffenen Menschen erhalten auf diese Weise eine falsche und teure Versorgung und stehen dazu noch vor ihrem möglichen sozialen

Abstieg. In bezug auf die Struktur der Sozial- und Gesundheitsversorgung stellt eine solche gesetzliche Regelung eine Behinderung der Entwicklung in Richtung auf eine finanzierbare und patientennahe Versorgung dar. Die für die Alters- und auch Langzeitversorgung entscheidenden Aufgaben bleiben ungelöst. Gemeint sind damit die Aufgaben der Rehabilitation, der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in den eigenen vier Wänden sowie das Angebot spezifischer Alten- und Pflegeeinrichtungen.

Seit vielen Jahren wird in Japan diese Fehlentwicklung beobachtet und Maßnahmen zu ihrer Korrektur beraten. Dies wird in dem Maße dringlicher, wie auch in Japan die Lebenserwartung der Bevölkerung beständig

<i>Bevölkerungsgröße (1996):</i>	125.000.000
<i>Durchschnittliche Lebenserwartung (1997)(Frauen):</i>	83,82
<i>(Männer)</i>	77,19
<i>Geburtsrate (1997):</i>	1,39
<i>Anteil der über 65jährigen (1998):</i>	16,2%
<i>Anteil älterer Menschen, die mit ihren Kindern leben (1994):</i>	55,3%
<i>Anzahl älterer Menschen, die 2000 Hilfe benötigen (Schätzung):</i>	2.800.000
<i>Quelle: K. Nakashima</i>	

steigt und die Geburtenrate deutlich sinkt.

Hinzu kommt die für die japanische Gesellschaft typische und zugleich schwierige Situation der enorm hohen Bevölkerungsdichte. So leben z.B. im Großraum Tokio 12 Mio. Menschen auf einer Fläche von 2182 Quadratkilometern. Es ist unschwer vorstell-

bar, wie rar und kostspielig Bauland ist. Es gibt darum nur wenige stationäre Einrichtungen für die Versorgung älterer und chronisch Kranker Menschen. Die meisten alten und kranken Menschen leben bei ihren Kindern, zumeist im ohnehin knapp bemessenen Wohnraum. Der Ausbau der stationären Versorgung sowie der rasche Aufbau eines ambulanten Versorgungssystems sind von höchster Dringlichkeit.

## Die geplante Langzeitpflegeversicherung in Japan im Überblick

Ihre Serviceleistungen sollen sich auf die häusliche Pflege sowie die stationäre Versorgung in speziellen Altenpflegeheimen erstrecken. Professionelle Pflege zu Hause und Rehabilitation, Hilfe bei der Haushaltsführung, Tages- und Kurzzeitpflege gehören zum geplanten Leistungsspektrum wie Wohnungsanpassungen und Verleih von Pflegehilfsmitteln, aber auch die Schulung von Patienten und Angehörigen. Die Planung und Evaluation dieser Versorgung erfolgt durch Care Manager. Diese Funktion können bereits berufserfahrene Pflegekräfte, Sozialarbeiter sowie Ärzte nach einer speziellen Fortbildung ausüben. Die dazu notwendigen Fortbildungsprogramme haben in Japan relativ spät, nämlich erst 1999 begonnen. Den Care Managern kommt nicht die Aufgabe zu, über die notwendige Versorgung zu entscheiden, sondern vielmehr alle zur Entscheidung notwendigen Daten zu erheben, die dann mit Hilfe eines speziellen Computerprogramms ausgewertet werden. Über die zu gewährende Versorgung nach dem Langzeitpflegegesetz berät abschließend ein dazu gebildetes Gemeindeforum, das die Computerauswertung und ein hausärztliches Gutachten hierfür zu Rate zieht.

Finanzielle Leistungen für die Versicherten sind mit Ausnahme von Zuschüssen bei Wohnungsanpassungen und beim Erwerb von Pflegehilfsmitteln nicht vorgesehen. Die Begründung dafür lautet: Die professionelle Versorgung soll gestärkt werden, Schwieger-

# ZEITALTERS DER GESUNDHEITSVERSORGUNG KRANKE MENSCHEN IN JAPAN



Bild: Die Teilnehmer des Japan - German Symposium on Nursing Care for Elderly People

töchter und Töchter von der moralischen Verpflichtung der Angehörigenpflege entlastet werden.

Die mit der Langzeitpflege geplanten Leistungen sollen zu 50% aus Sozialversicherungsbeiträgen und zu 50% aus Steuergeldern finanziert werden. Als Versicherungsträger sollen verstärkt die Gemeinden fungieren, obwohl diese nur mit 12,5% an der steuerlichen Finanzierung beteiligt sind. Damit soll die Versorgung stärker am regionalen Bedarf anknüpfen und ihr Angebot besser auf die Bedürfnisse der Betroffenen zuschneiden.

Versichert werden alle Menschen japanischer Nationalität ab dem 40. Lebensjahr sein. Dabei sieht das Gesetz vor, die Versicherten in zwei Kategorien zu fassen: Typ 1, über 65jährige und Typ 2, 40-65jährige. Der Beitrag für die Langzeitpflegeversicherung wird sich nach dem Einkommen der einzelnen Person richten und bei rund 2400 Yen (32 DM) liegen. Er wird zu gleichen Teilen von Arbeitnehmer und Arbeitgeber (je 1200 Yen oder 16 DM) finanziert. Der Beitrag wird bei den Berufstätigen mit der Krankenversicherung eingezogen, bei den Rentnern von der Rente abgezogen. Im Fall von häuslicher Pflege müssen die Betroffenen 10% der Kosten selbst tragen, im Fall von stationärer Versorgung sind die 10% plus die Unter-

haltskosten selbst zu tragen.

Leistungsanbieter nach dem neuen Gesetz sind prinzipiell alle Pflegedienste, Pflegeheime, Organisationen etc., die von der Gemeinde als solche anerkannt sind. Das sind mehrheitlich gemeinnütziger Anbieter. Erstmals sollen aber auch private Unternehmen als Leistungsanbieter auftreten, da der so entstehende Wettbewerb als möglicher Weg der Qualitätssteigerung gesehen wird.

Schon in dieser kurzen Darstellung der Langzeitpflegeversicherung in Japan wird deutlich, daß es wesentliche Unterschiede gibt zur Pflegeversicherung in der Bundesrepublik. Sie betreffen u.a. folgende Punkte:

- Finanzierungsform: Reine Beitragsfinanzierung gegenüber der gemischten Finanzierung aus Beiträgen und Steuern.
- Leistungen: Geld- und Serviceleistungen gegenüber ausschließlich Serviceleistungen. Sachleistungen für Umbauten und Pflegehilfen sehen beide Länder vor.
- Pflegebedarf: Ermittlung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und Einteilung in drei Pflegestufen (plus Härtefallregelung) gegenüber dem Verfahren, das das Zusammenwirken von Care Managern, anonyme, computergestützte Auswertung, hausärztliche Gutachten und Gemeindefunktionen vorsieht

sowie die Einteilung in sechs Pflegestufen.

Darüber hinaus sind die Aufgaben der verschiedenen Professionellen – Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Ärzte – in den Arbeitsfeldern der Pflegeversicherungen unterschiedlich sowie deren Ausbildung und Bezahlungen.

## Ein zweites Symposium im März an der ASFH Berlin

Im kommenden März vom 20. - 23.3. wird an der Alice-Salomon-Fachhochschule in Berlin ein zweites Symposium stattfinden. Die Entwicklungen beider Versicherungen und deren Auswirkung auf die Versorgung der älteren Menschen, die Belastung der Angehörigen, die Leistungen der privaten und gemeinnützigen Pflegeanbieter sowie die Konsequenzen für die Qualität der Versorgung und der Ausbildung sind Themen, die zur Diskussion stehen werden.

### Literatur:

I. Tochimoto: Long-term Care Policy in Japan - Background and Basic Concepts of the Long-term Care Insurance Law.

K. Nakashima: A Comparison of Japanese and German Systems and Issues Regarding the Implementation of Care Insurance: Focus on Care Management.

I. Kollak: Care Insurance in Germany - Goals and Chances.

Alle Texte sind im Ergebnisband des Symposiums erschienen: Japan College of Social Work: Japan-German Symposium on Nursing Care for Elderly People. Tokio (JCSW) 1999

Prof. Dr. phil. Ingrid Kollak, Krankenschwester, lehrt an der Alice-Salomon-FH das Fachgebiet Pflegewissenschaft

### Anschrift:

Alice-Salomon-Fachhochschule  
Studiengang Pflege- und Pflegemanagement  
Alice-Salomon-Platz 5  
D-12627 Berlin

## BRITISCHE UNIVERSITÄTEN

## Prof. Ruth Schröck

Die Vorstellung, Universitäten nach bestimmten Kriterien zu begutachten und zu vergleichen, hat bis jetzt noch nicht allzu viel Anklang in der Bundesrepublik Deutschland gefunden. Weniger denkbar ist hierzulande wahrscheinlich auch die Tatsache, daß solche Bewertungen („rankings“) aufgeschlüsselt nach Fachgebieten in der nationalen Presse über Wochen hinweg ausführlich veröffentlicht werden.

Von besonderem Interesse sind sicher die „rankings“ in Medizin und Pflege, die wie in allen anderen Fachgebieten auf der Auswertung folgender Kriterien beruhen:

- Qualität der Lehre  
(*Teaching Quality Assessment*)
- Wertegewichtung  
(*Value-added score*)
- Ausgaben per Student  
(*Spending per student*)
- Studenten: Lehrer Ratio  
(*Student: staff ratio*)
- Berufsaussichten  
(*Job prospects*)
- Zugangsvoraussetzungen  
(*Average entry points*)
- Anteil weiterführender Studien  
(*% entering further study*)
- Anteil in bezahlter Arbeit  
(*% entering paid work*)
- Forschung  
(*Research - Research Assessment Exercise*)

**Medizin**

In vielen Universitäten findet die medizinische Ausbildung insbesondere im ersten Studienjahr zusammen mit Pflegenden, Physiotherapeuten und Biologen statt. In den letzten fünf Jahren haben größere Veränderungen im medizinischen Studium stattgefunden, allen voran die Integration klinischer Praxis vom ersten Tag des Studiums an neben der Beschäftigung mit den grundlegenden Naturwissenschaften. Einem Regierungsbeschluß zufolge hat sich die Anzahl der Medizinstudierenden im letzten Jahrzehnt um 20% erhöht. Trotzdem bleiben Studienplätze in der Medizin weiterhin sehr begehrt; auf jeden verfügbaren Studienplatz kommen

im Durchschnitt zehn BewerberInnen. Noch sind hervorragende Schulabschlüsse (A-levels) eine grundsätzliche Zugangsvoraussetzung zum Medizinstudium, doch die Tendenz zu einem erweiterten Zugang ist ersichtlich, zum Beispiel für „Quereinsteiger“ in die Medizin nach einem abgeschlossenem Studium der Geistes- und Sozialwissenschaften.

Nach der Auswertung der ersten sechs Kriterien (Maximalpunkte 38) gehören zu den „Top 20“ der „Medical Schools“ u.a. St George's London (28), Imperial College London (27), Oxford (26), Bristol (24), Cambridge (23), Leicester (23), King's College London (22), Nottingham (22) und Liverpool (20). Edinburgh (19), Aberdeen (19) und Queen's Belfast (18) nehmen den 13., 14. bzw. 17. Rangplatz ein.

In allen der „Top 20 Medical Schools“ werden die Berufsaussichten als nahezu perfekt bewertet, was sich allerdings nur teilweise in der unmittelbar nach dem Studienabschluß erreichten Einstellungsquote widerspiegelt, die zwischen 98% (St George's London, Leicester, Queen's Belfast) und 51% (Nottingham) liegt. Die höchste Bewertung der Forschungsaktivitäten (5) erreichen nur Oxford, Cambridge, UCL (London), Edinburgh und Birmingham unter den „Top 20“. Schwer zu interpretieren ist der Anteil der Studienabsolventen, die sich unmittelbar nach dem Abschluß weiteren Studien widmen. Dieser Anteil reicht von 0% (in der nach dieser Bewertung besten britischen „Medical School“ von St. George's London, in Oxford, Leicester, Southampton und Queen's Belfast) bis zu 45% (in Nottingham).

**Pflege**

Seit Anfang der neunziger Jahre ist die Grundausbildung in der Pflege vollständig in den tertiären Bildungssektor integriert worden und stellt somit ein allein rein zahlenmäßig beachtliches Fachgebiet in den Universitäten. In den „Top 50“ Universitäten, die in dieser Auswertung Beachtung

finden, studierten zeitgleich insgesamt 62381 Personen in ausbildenden Studiengängen „Nursing“. Weitere Reformen sind von der Regierung und dem „UKCC“ (United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting) vorgesehen, und ein zunehmendes Angebot von Teilzeitstudienplätzen und eine frühere pflegfachliche Spezialisierung im Laufe des ausbildenden Studiums. Eine besondere Wertegewichtung (siehe die obigen Auswertungskriterien) gilt der Qualität der akademischen Abschlüsse, d.h. ihrem Prädikat. Mehr Erfolg wird den Universitäten zugeschrieben, die BewerberInnen mit relativ bescheidenen Schulabschlüssen und sogenannte „mature students“ (Erwachsene über 23 Jahre alt) aufnehmen und sie so fördern, daß sie Prädikatsabschlüsse („upper second and first class degrees“) erreichen. In pflegebezogenen Studiengängen sind „mature students“ traditionell stark vertreten (gegenwärtig bis zur Hälfte aller Studienbeginner); ihren Anliegen soll besonders Rechnung getragen werden, indem mehr Teilzeitstudienplätze zur Verfügung gestellt und auch geplante Studienunterbrechungen (und damit eine Unterbrechung der Ausbildung) ermöglicht werden.

In den „Top 50“ Universitäten, die pflegebezogene Studiengänge anbieten, besetzen Northumbria, Surrey, City (London), Leeds, Ulster, Edinburgh, Portsmouth, Queen's Belfast, Nottingham und Birmingham die ersten zehn Plätze. Manchester und Cardiff, die nach Edinburgh in den fünfziger und sechziger Jahren die ersten ausbildenden Pflegestudiengänge entwickelten und die Pflegeforschung etablierten, finden sich unter den „Top 50“ auf Platz 26 bzw. Platz 21 wieder. Es ist sicher bemerkenswert, daß die auf Platz 1 stehende Universität von Northumbria hervorhebt, daß „die größte Mehrzahl der an der Lehre in pflegebezogenen Studiengängen beteiligten Professoren und Dozenten eine pädagogische Qualifikation besitzen und beträchtliche Erfahrungen in der pflegerischen und medizinischen Praxis haben“.

Die Berufsaussichten in den zehn besten



# UNTER DER LUPE

Universitäten werden als nahezu perfekt betrachtet. Dem steht jedoch eine Breite von unmittelbar nach dem Studienabschluß in Arbeitsverhältnissen Beschäftigten zwischen 96% (Nottingham) und 32% (Edinburgh) gegenüber. Wenn es noch einigermaßen ersichtlich ist, was aus den Studienabsolventen unmittelbar nach dem Studienabschluß geworden ist, wenn man die Zahlen der Beschäftigten und der Weiterstudierenden

können, kann das „Verschwinden“ so zahlreicher Studienabsolventen in Edinburgh und an der Universität Aberdeen kaum ein schottisches Mysterium sein!

Auffällig, wenn auch vielleicht erklärbar, ist der Nachholbedarf in der Forschung. Zwölf der „Top 50“ Universitäten haben im Fachgebiet Pflege überhaupt keine Forschungsbewertung. Den höchsten Wert (5) erreichen

vergleichsweise stärker in der Forschung, selbst mit einigen Jahrzehnten Vorsprung. Edinburgh (3b), Manchester (4), Cardiff (1), Surrey (5), Ulster (3a), Sheffield (3b), Leeds (3a), Glasgow (4) und King's College London (5) bieten kein einheitliches Bild. „Neue“ Universitäten kommen diesem Durchschnitt ebenfalls nahe oder übertreffen ihn sogar gelegentlich. Portsmouth (4), Sheffield Hallam (4), Greenwich (4), East Anglia (3a), Glasgow Caledonian (3a) und Liverpool JM (3a) sind erst seit Anfang der neunziger Jahre aus Fachhochschulen („Polytechnics“) hervorgegangen und behaupten sich offensichtlich in der universitären Forschung.

### Nicht alles kann gemessen werden

Jedes Evaluationssystem kann nur gemäß der verwendeten Kriterien einen ungefähren Eindruck einer Institution vermitteln. Ranglisten sind unvollkommene Abbilder komplexer Organisationen und lassen viele Fragen offen. Trotzdem ermutigt die damit geschaffene Transparenz einiger Aspekte der universitären Strukturen den Interessenten, ob zukünftiger Studierender oder Lehrender, weitere Fragen zu stellen und sich gezielter vor Ort zu erkundigen. Im Mindestfalle wird einer weiten Öffentlichkeit die Vielfalt und Reichhaltigkeit der Universitäten näher gebracht und auch die nicht unwesentliche Erwartung bestärkt, daß Universitäten als ein Teil des öffentlichen Bildungssystems den Bürgern Rechenschaft schuldig sind – eine Idee, deren Zeit wohl auch in Deutschland gekommen sein sollte.

#### Quelle der Ranglisten:

*The Guardian Higher Education Supplement 12 October 1999, pages VI & VIII*  
<http://www.educationunlimited.co.uk/special-reports/universities2000/story/0,5500,91018,0,0.html>

*Dr. Ruth Schröck, Professorin für Pflegewissenschaft  
 Universität Witten/Herdecke*

Institution	Teaching quality assessment	Value added score (out of 10)	Spending per student (score out of 10)	Student staff ratio (score out of 6)	Job prospects (score out of 6)	Average entry points (score out of 6)	Total score (out of 36)	% entering further study, 1997/98	% entering paid employment, 1997/98	Student numbers	Research (RAE)
Northumbria	N/A	5,4	9	5	6	5	30,4	5	72	1918	2
Surrey	N/A	6,3	8	5	6	5	30,3	8	83	1086	5
City	N/A	5,7	8	6	6	4	29,7	1	83	1403	3a
Leeds	N/A	4	9	6	6	4	29	0	89	1124	3a
Ulster	N/A	8,5	4	4	6	6	28,5	9	59	1057	5*
Edinburgh	N/A	-	10	6	6	6	28	7	32	93	3b
Portsmouth	N/A	6	7	5	6	4	28	5	87	982	4
Queen's Belfast	N/A	8,9	4	4	6	5	27,9	20	61	1913	-
Nottingham	N/A	6,4	8	1	6	6	27,4	0	96	1768	3b
Birmingham	N/A	4,4	5	6	6	6	27,4	8	63	321	2
Bangor	N/A	3,8	7	6	6	4	26,8	15	61	714	-
Swansea	N/A	3,7	8	5	6	4	26,7	5	78	909	2
Coventry	N/A	7,6	4	4	6	5	26,6	2	57	1222	2
Kingston	N/A	2,5	10	5	6	3	26,5	4	85	809	2
Hertfordshire	N/A	6,5	5	5	6	4	26,5	1	82	1837	2
East Anglia	N/A	5,9	4	4	6	6	25,9	1	83	1436	3a
Teesside	N/A	4,8	5	5	6	5	25,8	0	91	1455	2

Tab.:1: Daten der Rankingliste aus *The Guardian Higher Education*

zusammenzählt (z.B. Queen's Belfast 61% + 20%; Bangor 61% + 15%), so läßt sich die in diesem Zusammenhang dargestellte Situation an der Universität Edinburgh (32% + 7%) kaum erklären – es scheint recht fahrlässig zu sein, 61% der Absolventen weder einem Arbeitsverhältnis noch einem weiteren Studium zuzuführen!

Auch in Aberdeen (an 48. Stelle) sind immerhin noch mehr als ein Drittel der Studienabsolventen (39%) weder beschäftigt noch studieren sie weiter, selbst wenn auch hier die Berufsaussichten mit sechs von sechs Punkten wohl ausgezeichnet sein sollten. Da aber die Universität Glasgow sowie Robert Gordon Aberdeen über 82% bzw. 86% ihrer Absolventen eine positive Auskunft geben

nur fünf der „Top 50“ Universitäten (Surrey, Ulster, Strathclyde, King's College London und Southampton), während der Wert 4 noch weiteren vier Universitäten zugestanden wird (Portsmouth, Manchester, Sheffield Hallam und Greenwich). Obgleich eine Erklärung für die noch sehr schwankenden Forschungsaktivitäten darin zu suchen ist, daß die meisten Universitäten erst seit Anfang der neunziger Jahre (nach entsprechender Gesetzgebung) Pflege als akademisches Fach aufgebaut haben und daher auch in der Forschung praktisch noch am Anfang stehen, kann dies nicht der einzige Grund sein. Die in der Entwicklung der Pflege als „alte“ Universitäten zu betrachten sind und zu den „Pionieren“ der fünfziger, sechziger und siebziger Jahre gehören, sind keineswegs

# PFLEGE- UND GESUNDHEITSMANAGEMENT

## – ZIELE UND PROFIL EINES NEUEN BERUFSBEGLEITENDEN FÜR LEITENDE

Prof. Manfred Haubrock, Prof. Martin Moers & Dipl.-Kffr. Marianne Moß

**In diesem Artikel möchten die AutorInnen Zielgruppe und Konzeption des neuen Studiengangs „Pflege- und Gesundheitsmanagement“ vorstellen, dessen erste Studiengruppe im Sommer 1999 ihr Diplomstudium aufgenommen hat. Berufsbegleitende Studiengänge stellen eine wichtige Erweiterung des Bildungsangebotes der Hochschulen dar, da BildungsexpertInnen zunehmend davon ausgehen, daß eine einzige Ausbildung für ein Berufsleben nicht mehr ausreichend sein wird. Mit welcher Konzeption gehen wir seitens der Hochschule an die spannende, aber schwierige Aufgabe heran, dem „lebenslangen Lernen“ im Berufsfeld Pflegemanagement einen weiteren Baustein hinzuzufügen?**

Die Fachhochschule Osnabrück verfügt über inzwischen 20-jährige Erfahrungen in berufsbegleitenden Studienangeboten für Pflegedienstleitungen.

1998/99 hat eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe aus HochschullehrerInnen und der Geschäftsstellenleiterin den berufsbegleitenden Weiterbildungsstudiengang „Pflegedienstleitung im Krankenhaus“ (Abschluß: Zertifikat) zu einem berufsbegleitenden Diplomstudiengang (Abschluß: Diploma-Kauffrau/Diplom-Kaufmann (FH)) weiterentwickelt. Die Regelstudienzeit beträgt acht Semester. Der Studiengang ist bundesweit orientiert. Es gilt das Prinzip des Lernens in kleinen Gruppen, so daß einmal jährlich nur 25 Studierende aufgenommen werden. Zielgruppe sind Pflegekräfte in Leitungspositionen. Der Schwerpunkt Krankenhaus bleibt bewußt erhalten, die Zielgruppe ist jedoch gegenüber anderen und auch neuen pflegerelevanten Institutionen offen (ambulante Pflegedienste, Einrichtungen der stationären Altenhilfe etc.).

Die erste Studiengruppe hat sich bereits „eingelebt“ und konnte in einer von uns durchgeführten Befragung Auskunft über ihre Zusammensetzung geben. Etwas mehr als die Hälfte der Studierenden sind weiblich, im Schnitt 37 Jahre alt, knapp die Hälfte ist verheiratet und ebenso viele haben Kinder. Die Studierenden kommen bundesweit nach Osnabrück, überwiegend aus Nordrhein-Westfalen und aus Niedersachsen. In der Gruppe finden sich 16 Krankenschwestern/-pfleger, 3 Kinderkrankenschwestern und 3 Altenpfleger.

Die Mehrzahl (19) verfügt über eine abgeschlossene Weiterbildung zur Leitungskraft, neun haben eine weitere Fachweiterbildung

hinter sich. Warum wollen sich diese erfahrenen KollegInnen nach bereits langen Bildungswegen nunmehr in die Hochschule begeben?

Als Motive für die Aufnahme eines berufsbegleitenden Studiums geben die meisten „Förderung der persönlichen Entwicklung“ (23), „Erwerb zusätzlicher beruflicher Qualifikationen“ (20), aber auch „Verbesserung der persönlichen beruflichen Wettbewerbssituation“ (15) an. Die Berufsvorstellungen nach dem Studium sind entsprechend vor allem auf das Pflegemanagement gerichtet (16), nur wenige wollen beispielsweise nach Abschluß des Fachhochschulstudiums weiter studieren (2).

Die mit dem Studium sicherlich verbundenen erheblichen Einschränkungen (z. B. Urlaub, Verdienstausschlag) werden überwiegend als weniger gravierende oder mittlere Belastung erlebt, während die zeitlichen Anforderungen deutlich stärker ins Gewicht fallen, eine Einschätzung, die von uns Lehrenden geteilt wird, da das Studienziel ein reguläres Fachhochschuldiplom ist, also letztendlich dieselbe Lern- und Studienleistung wie in den Präsenzstudiengängen erbracht werden muß.

Mit der Entwicklung eines solchen Studienganges sind neue Herausforderungen für Studierende und Lehrende verbunden, da wegen der fortdauernden Berufstätigkeit der Studierenden nur begrenzte Freiräume für weitergehende Reflexion und auch für den Kontakt mit den DozentInnen im Rahmen der Präsenzphasen gegeben sind. Um deutlich zu machen, an welcher Stelle neue hochschuldidaktische Instrumente und Methoden greifen müssen, sei kurz die Struktur eines berufsbegleitenden Studien-

gangs betrachtet. Die wesentlichen Elemente in der achtsemestrigen Studienorganisation sind:

- zweimal zwei Wochen Präsenzphase pro Semester
- vier Praxisprojekte oder Blockwochen in acht Semestern
- eine regionale Arbeitsgruppe pro Semester
- Fernstudienphasen

Die Präsenzphasen sind intensive und dicht besetzte Wochen mit maximaler Belastung der Studierenden. Sie stellen einen Kompromiß dar zwischen der höchstmöglichen zeitlichen Abkömmlichkeit der in leitenden Positionen berufstätigen Studierenden und den notwendigen Kontaktstunden mit den DozentInnen. Für die regionalen Arbeitsgruppen (das sind Kleingruppen von Studierenden, die sich wohnortnah zu fächerbezogenen Arbeitstreffen organisieren) und Fernstudienphasen, die von DozentInnen betreut werden, wird vermehrt mit fernstudien-didaktischen Materialien gearbeitet werden müssen. Die Fernstudienelemente machen mit 34,5 von 124,5 SWS im Gesamtstudium ca. 30 % des Studiums aus. Um die Studierenden gleichwohl auf ein mit den grundständigen Präsenzstudiengängen vergleichbares Niveau zu qualifizieren, sind erhebliche hochschuldidaktische und curriculare Anstrengungen notwendig:

- Erstellung der fernstudien-didaktischen Materialien
- Erstellung von Konzepten und Materialien für die regionalen Arbeitsgruppen
- Verschränkung der curricularen Inhalte der Fernstudienelemente mit denen der Präsenzphasen
- Integration des Studiums mit der beruflichen Praxis in Praxisprojekten
- Evaluation der Präsenzphasen sowie der Fernstudienelemente und ihre Weiterentwicklung

Die inhaltlichen Beiträge zu den einzelnen Fächern werden von den FachdozentInnen erbracht.

## DIPLOMSTUDIENGANGS PFLEGEKRÄFTE AN DER FACHHOCHSCHULE OSNABRÜCK

Es ist jedoch erhebliches Neuland in der Art der Vermittlung der Inhalte, ihrer Verschränkung, der Gestaltung der Fernstudienelemente, des Praxisbezuges und der zu leistenden Arbeit der Studierenden zu betreten. Es muß im Rahmen von Begleitforschung evaluiert werden, wie hoch die Gesamtbelastung der Studierenden ist bzw. welche Obergrenze nicht überschritten werden kann. Das gilt sowohl für die Präsenzphasen als auch für die Fernstudienelemente.

Ziel ist, herauszufinden, inwieweit das vorgelegte Konzept überzeugt und der Zeitrahmen von den Studierenden eingehalten werden kann. Folgende Aufgaben bestimmen dabei die curriculare Entwicklung:

- *Die Verschränkung der Inhalte von Praxis- und Fernstudienphasen ist zu gewährleisten.*

Es sollen sowohl nachbereitende als auch vorbereitende Inhalte angeboten werden, anhand derer die Studierenden zielgerichtet bestimmte Bereiche vertiefen und ihre Schwächen ausgleichen können. Andererseits ermöglicht die Vorbereitung auf die nächsten Praxisphasen, einseitigem Frontalunterricht der Lehrenden entgegenzuwirken und auch bei begrenztem Zeitbudget zu didaktisch sinnvoller Beteiligung der Studierenden zu kommen.

- *Die kontinuierliche Motivation der Studierenden ist zu unterstützen.*

Durch differenzierte Darbietung der Themen, Benutzung visueller Materialien und die informationstechnologisch gestützten Möglichkeiten interaktiver Bearbeitung der angebotenen Themen können die Studierenden ein hohes Maß an selbständigem Arbeiten mit Rückkopplungsmöglichkeiten verbinden.

- *Zur Verdeutlichung des Leistungsniveaus ist beizutragen.*

Die Studierenden bekommen die Möglichkeit, selbständig Lernzielkontrollen vorzunehmen sowie sich auf die Lernziele der nächsten Präsenzphase vorbereiten zu können.

Im Fächeraufbau des Studiengangs wurde für die Präsenzphasen den Vorgaben der betriebswirtschaftlichen und pflegewissenschaftlichen Studiengänge gefolgt, um eine Vergleichbarkeit des Fächerangebots und der Leistungen sicherzustellen. Für die Praxisprojekte, Blockwochen, regionalen Arbeitsgruppen und Fernstudienphasen, die jeweils von DozentInnen betreut werden, wird vermehrt mit Fernstudienmaterialien gearbeitet.

Das Fächerspektrum richtet sich an den aktuellen Entwicklungen der Managementlehre aus und zielt auf eine umfassende Managementqualifikation auf fachlicher Grundlage. Das Gesamtziel des Studiengangs ist, PflegemanagerInnen zu qualifizieren, die auf soliden fachlichen (pflegewissenschaftlichen) Kenntnissen aufbauen können, zugleich aber allen Management-Anforderungen des sich immer stärker ökonomisierenden Gesundheitswesens gewachsen sind, also in den wesentlichen Sparten betriebswirtschaftlicher Kenntnisse sattelfest sind. Konsequenterweise lautet der Abschlusstitel „Diplom-Kauffrau/Diplom-Kaufmann (FH)“ und steht damit einzigartig in der bundesdeutschen Bildungslandschaft. Das umfassende ökonomische Lehrangebot ist der Ansiedlung des Studiengangs in einem großen und florierenden Fachbereich Wirtschaft (ca. 1 600 Studierende bei ca. 50 ProfessorInnen und weiteren Lehrkräften) zu verdanken. Die inhaltlichen Schwerpunkte des Studiums sind dementsprechend:

- *Ökonomie der Gesundheitseinrichtungen*  
Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, Betriebswirtschaftslehre in Einrichtungen des Gesundheitswesens, Volkswirtschaftslehre und Ökonomie des Gesundheitswesens.
- *Leitung von Gesundheitseinrichtungen*  
Wirtschafts- und Arbeitsrecht, Recht in Gesundheitseinrichtungen, Arbeits- und Organisationspsychologie, Personalmanagement, Finanzmanagement und Rechnungswesen.
- *Pflegefachliche, sozial- und naturwissenschaftliche Grundlagen*

Pflegewissenschaft, Angewandte Pflegeforschung, Mathematik/Statistik sowie Informatik in Gesundheitseinrichtungen.

Um den Aufbau des Studiums für die gesamten acht Semester zu verdeutlichen, soll am Beispiel von zwei Kernfächern (Pflegewissenschaft und Gesundheitsökonomie) der Lehr- und Lernprozeß verdeutlicht werden.

Das Gesamtziel des Faches Pflegewissenschaft ist es, PflegemanagerInnen zu qualifizieren, die neben ihrer Managementqualifikation mit soliden (pflegewissenschaftlichen) Kenntnissen ausgestattet sind. Auf dieser Grundlage können sie von leitenden Positionen im sich wandelnden Gesundheitswesen aus die Professionalisierung der Pflege vorantreiben. Die pflegewissenschaftlichen Inhalte stellen sich im Studiengang in folgendem Zusammenhang dar.

*Im ersten Semester* wird der Umstieg von der Praxis ins Studium durch eine Bestandsaufnahme gängiger Pflegepraxis bewußt vollzogen. Instrumente der Systematisierung pflegerischen Handelns stehen dabei im Mittelpunkt. Flankierend werden Methoden wissenschaftlichen Arbeitens erlernt.

*Im zweiten Semester* werden die erarbeiteten Erkenntnisse theoretisch vertieft und mit dem Stand der pflegewissenschaftlichen Entwicklung in Zusammenhang gebracht. In regionalen Arbeitsgruppen werden in kleinen Praxisprojekten Fragen der Patientenorientierung im Kontext der Systematisierung pflegerischen Handelns bearbeitet.

*Im dritten Semester* werden das Berufsfeld und das Berufsprofil analysiert, um den Stand der Professionalisierung der Pflege zu erkunden.

*Das vierte Semester* dient einer Gesamtkenntnis der Strukturen pflegerischer Versorgung über die Grenzen einzelner Institutionen, insbesondere das Akutkrankenhaus, hinaus. Ziel ist, Patientenperspektive und Managementhandeln im Zusammenhang zu sehen. Dazu werden in einer Fernstudienphase die Konzepte „Versor-

gungspfade“ und „Patientenpfade“ bearbeitet.

Mit dem fünften Semester beginnt das Hauptstudium. Um für die in modernen Pflegemanagementkonzepten zunehmend geforderte Patientenorientierung gerüstet zu sein, erfolgen pflegewissenschaftliche Auseinandersetzungen mit einer ausgewählten Zielgruppe sowie die Analyse einer ausgewählten Situation, die für die Erstellung spezifischer Konzepte und die Gestaltung pflegerischer Settings qualifizieren (z.B. Kinder und ihre Eltern im Krankenhaus).

Das sechste Semester bietet eine weitere Auseinandersetzung mit der Professionalisierung der Pflege. In diesem Kontext werden Organisationsformen, Aufgaben- und Berufsprofile sowie weitere Instrumente zur Systematisierung pflegerischen Handelns bearbeitet.

Im siebten Semester wird die Qualitätsentwicklung und das Qualitätsmanagement intensiv behandelt, da sich dieses Thema im Rahmen der Ökonomisierung des Gesundheitswesens zum zentralen Managementthema entwickelt.

Das Curriculum des Faches Pflegewissenschaft baut sich also um die Kernbereiche Patientenorientierung, Organisation pflegerischer Arbeit, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Qualitätsmanagement auf. Daran wird die spezifische Pflegemanagement-Perspektive des Faches deutlich, die sich vom Profil der PflegeexpertInnen oder der PflegepädagogInnen klar unterscheidet.

Das Fach Gesundheitsökonomie, das im Hauptstudium gelehrt wird, hat die Funktion, die Interdependenzen zwischen den Leistungsanbietern und den Kostenträgern des Gesundheitssystems zu verdeutlichen. Somit liegt der Schwerpunkt nicht so sehr auf der Analyse der innerbetrieblichen Prozesse und Strukturen der Gesundheitseinrichtungen, sondern vielmehr auf der Darstellung und kritischen Würdigung der sektorübergreifenden Abläufe. Weiterhin sollen die Vernetzungen des Gesundheits- und Sozialsystems als Teil des Dienstleistungssektors mit den Subsystemen der anderen Wirtschaftssektoren transparent gemacht werden, um die gegenseitigen Abhängigkeiten zu verdeutlichen.

Die Aufarbeitung der historischen Entwicklung, ausgehend von den Sicherungsnetzen des Mittelalters bis hin zu den Reformbemühungen des Jahres 2000, stehen am Anfang dieser Lehrveranstaltung. Die Auswirkungen der technologischen Veränderungen werden hierbei genauso aufbereitet wie die demographischen Veränderungen.

Ein zweites Lehrmodul ist die Auseinandersetzung mit den Folgen, die sich aus einer Abwendung vom Solidaritäts- hin zum Subsidiaritätsgedanken bzw. vom Sozialstaats- zum Rechtsstaatsprinzip ergeben. Aspekte der freien und der sozialen Marktwirtschaft spielen hierbei ebenso eine Rolle wie die Folgen der Regulierung bzw. der Stärkung der Selbstverwaltung.

Aufgrund der zunehmenden Kooperations- und Fusionsbereitschaft im deutschen Gesundheitssystem sind Konzentrationsziele und -strategien der Unternehmungen sowie deren mögliche Auswirkungen weitere Lehrgegenstände. In diesem Zusammenhang werden auch die Globalisierungstendenzen bearbeitet. Effizienz, Effektivität und Qualität sind Termini, die im Gesundheitswesen derzeit eine dominante Rolle spielen. Folglich werden die Hintergründe sowie die Konsequenzen für die Anbieter der Gesundheitsgüter aufgezeigt. In diesen Rahmen gehören u.a. die Beschäftigung mit der Beitragssatzstabilität, mit der grundlohnsummenorientierten Ausgabenpolitik sowie mit der externen und internen Qualitätssicherung und der Kündigungsmöglichkeit von Versorgungsverträgen seitens der Kostenträger.

Fragen zur Rationalisierung und einer möglichen Rationierung von Gesundheitsleistungen stehen im Mittelpunkt der Einheit, die sich mit den Kosten-Nutzen-Betrachtungen beschäftigt. Mittels konkreter Beispiele sollen die Kosten-Nutzen-Analyse und die Kosten-Wirksamkeits-Analyse verdeutlicht und reflektiert werden.

Das Fach Gesundheitsökonomie muß sich selbstverständlich auch mit den Steuerungsvarianten des Gesundheitssystems beschäftigen. Angefangen mit der Frage, ob eine Preissteuerung in diesem System überhaupt möglich ist, werden anschließend z.B. die Steuerungsvarianten Planung, Steuerung

durch Kollektivverträge, Korporativismus und Managed Care vorgestellt.

Ein weiteres Kapitel greift den Problemkomplex „Sozialversicherungen“ auf. Neben der Arbeitslosen-, der Renten- und der Pflegeversicherung wird ausführlich die Krankenversicherung besprochen. Dieser Teil wird ergänzt durch Ausführungen über die privaten Sicherungssysteme.

Die dargestellten Lehrgebiete illustrieren einige Besonderheiten des Studienganges. Abschließend sei noch einmal darauf hingewiesen, daß es das übergreifende Ziel des berufsbegleitenden Diplomstudienganges Pflege- und Gesundheitsmanagement ist, schwerpunktmäßig betriebswirtschaftliche Erkenntnisse und Methoden zu vermitteln, um betriebliche Ziel-, Planungs-, Organisations- und Kontrollsysteme entwickeln, modifizieren, implementieren und evaluieren zu können. Leitende Führungskräfte sollen dadurch befähigt werden, die Herausforderungen, die die Ökonomisierung des Pflege- und Gesundheitssystems mit sich bringt, positiv aufzugreifen. Neben der Wissensvermittlung sollen die Studierenden Schlüsselqualifikationen wie Kommunikations-, Sozial- und Führungskompetenz, die Fähigkeit zur kritischen Selbstreflexion, Kreativität und Verantwortungsbewußtsein erwerben und ausbauen.

Mit dieser zusätzlichen Qualifikation schafft die Fachhochschule Osnabrück wesentliche Voraussetzungen, das Pflegemanagement fit für die zukünftigen Aufgaben, Herausforderungen und Anforderungen zu machen.

### **Kontaktadresse:**

Fachhochschule Osnabrück, Fachbereich  
Wirtschaft, Studiengang „Pflege- und  
Gesundheitsmanagement“

Postfach 1940

49009 Osnabrück

Tel.: 0541/969-222112011

## PROJEKTE AN DEN HOCHSCHULEN

An dieser Stelle möchten wir ab jetzt (und auch in Zukunft) die Ergebnisse unserer Aktion zu Einzelarbeiten und zu Projekten in und von den Hochschulen berichten. Hier soll sich eine fortlaufende Rubrik etablieren, wir bitten daher um Informationen über Projekte, Aktivitäten, Kolloquien etc. der Hochschulen, sowie zu Haus-, Diplom- oder Abschlusarbeiten von Studierenden.

**Titel:** Besuchsregelungen auf Intensivstationen  
**Untertitel:** Eine Studie englisch- und deutschsprachiger Literatur von 1984 bis 1998  
**Art der Arbeit:** Bachelorarbeit  
**Hochschule:** Universität Witten/Herdecke  
**AutorIn/Anschrift:** Sabine Metzging und Julika Osarek  
 Konrad-Adenauer-Str. 20, D-58452 Witten,  
 Smetzing@AOL.com und Joasarek@AOL.com

**Titel:** Die Qualifizierung von Mentoren in der psychiatrischen Pflege  
**Untertitel:** Professionalisierung der innerbetrieblichen Fortbildung -Eine empirische Studie aus der psychiatrischen Pflege.  
**Beschreibung:** Vorstellung der Wirkungsweisen eines Mentorensystems in der psychiatrischen Pflege. Konzeption, mikro- und makrodidaktische Prinzipien  
**Art der Arbeit:** Dissertation  
**Hochschule:** Universität Kaiserslautern  
**AutorIn/Anschrift:** Dr. cand. Phil. Jörg Tauch, Dipl.Päd.  
 Großmarktstr. 21, D-47638 Straelen  
 Tel:02834/78402, Fax: 02834/780833 oder 32  
 Jtauch@t-online.de

**Titel:** Einführungsplanung einer Pflegedokumentation  
**Beschreibung:** Erstellen eines Einführungsplans einer Pflegedokumentation auf einer stationären Pflegeeinheit, unter Anwendung von Kenntnissen der Organisationsentwicklung.  
**Art der Arbeit:** Hausarbeit Organisationspsychologie (5. Semester Pflegewissenschaft)  
**Hochschule:** Fachhochschule Osnabrück  
**AutorIn/Anschrift:** Jens Eilers, Wiesenbachstr. 2a,  
 D-49080 Osnabrück, Tel: 0541/8601324  
 und Christian Wilmes,Blumenhallerweg 117,  
 D-49080 Osnabrück, Tel:0541/4098797

**Titel:** Wie erfassen Pflegende Schmerz am Patienten ?  
**Beschreibung:** Das Interesse der Fragestellung zielt auf die praktizierte Schmerzerfassung der Pflegenden ab, bei Patienten die sich in der postoperativen Phase nach einem abdominalchirurgischen Eingriff befinden. Mehr Angaben können leider nicht gegeben werden, da sich die Forschungsübung noch im Anfangsstadium befindet.  
**Art der Arbeit:** Forschungsübung über drei Semester (5. Semester Pflegewissenschaft)  
**Hochschule:** Fachhochschule Osnabrück  
**AutorIn/Anschrift:** Karen Thane (Christian Wilmes und Jens Eilers)  
 Lieneschweg 8, D-49009 Osnabrück  
 Tel:0541/48962

**Titel:** Die Zusammenarbeit von Pflege und Physiotherapie in der häuslichen Versorgung und Behandlung  
**Untertitel:** Erarbeitung eines Modellprojektes  
**Art der Arbeit:** Bachelorarbeit  
**Hochschule:** Universität Witten Herdecke  
**AutorIn/Anschrift:** Jochen Laible, Keinstr. 14, D-44319 Dortmund,  
 Tel: 0231/276324, J.Laible@t-online.de

**Titel:** Ethik in der Pflegepädagogik  
**Untertitel:** Zum Verhältnis von Theorie und Praxis unter dem Aspekt einer philosophisch-kritischen Bildungstheorie  
**Art der Arbeit:** Dissertation  
**AutorIn/Anschrift:** Dir. Mag. Dr. Eleonore Kemetmüller  
 Schule für Gesundheits- und Krankenpflege,  
 Mitterweg 10, A-3500 Krems,  
 Tel: ++/02732/804540, Fax: ++/02732/804536  
 schule.guk.krems@asn.netway.at

**Projekt:** Berufsreifeprüfung - Teilprüfung für den Fachbereich Gesundheits- und Krankenpflege  
**Beschreibung:** Lehrplanerstellung für den Fachbereich Gesundheits- und Krankenpflege. Durchführung des Vorbereitungslehrganges und der Prüfung gemäß dem Österreichischen Bundesgesetz über die Berufsreifeprüfung (BGBl. Nr. 68/1997)  
**Hochschule:** Schule für Gesundheits- und Krankenpflege  
 Mitterweg 10, A-3500 Krems,  
 Tel: ++/02732/804540, Fax: ++/02732/804536  
 Schule.guk.krems@asn.netway.at  
**AnsprechpartnerIn:** Dir. Mag. Dr. Eleonore Kemetmüller

**Projekt:** Studentische Arbeitsgruppe Pflegediagnosen  
**Beschreibung:** Ziele der Arbeitsgruppe:  
 - das Erlernen der theoretischen Grundlagen von Pflegediagnosen  
 - die praktische Anwendung von Pflegediagnosen  
 - die kritische Auseinandersetzung mit Pflegediagnosen und einschlägiger Literatur  
**Hochschule:** Fachhochschule Frankfurt am Main  
**AnsprechpartnerIn:** Gabi Stummer, Universitätsstr. 35,  
 60318 Frankfurt, Tel:06421/22620,  
 E-Mail: gabistummer@firemail.de  
 und Michael Knese, Schwarzburgstr. 50,  
 35037 Marburg, Tel: 069/95530890

Die Vorlagen zur Rücksendung befinden sich auf S.25

Habilitation für Hartmut Remmers

am 28.2.2000 in Witten

Mit einer monographischen Studie zu systematischen Problemen einer Ethik in der Pflege hat sich im Frühjahr 1999 Hartmut Remmers im Fachbereich „Human- und Gesundheitswissenschaften“ der Universität Bremen habilitiert. Ihm wurde damit die Lehrbefugnis (*venia legendi*) für das Fachgebiet Pflegewissenschaft erteilt.

größerem, internationalen erziehungswissenschaftlichen Forschungsprojekt) führten ihn schließlich 1993 an die Universität Bremen.



PD Dr. Hartmut Remmers

Unter der Leitung von Frau Professor Helga Krüger war er als Wissenschaftlicher Assistent am Aufbau des dortigen berufsbildenden Lehramtsstudiengangs Pflegewissenschaft und einem von der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) geförderten empirischen Begleitforschungsprojekt beteiligt.

In der von ihm vorgelegten Habilitationsschrift vereinigt Remmers zwei zentrale Problemhorizonte: Zum einen geht es um Fragen, wie sich verantwortungsethische Normen in Praxisfeldern der Pflege begründen und anwenden lassen. Diese Fragen können allerdings konkret nur im Hinblick auf bestimmte Handlungsformen und -strukturen beantwortet werden. Dies ist der Grund, weshalb Remmers zum anderen eine grundlagentheoretische Diskussion der Pflegewissenschaft als Handlungswissenschaft aufgreift.

Nach seiner Habilitation hat er im Bremer Studiengang eine Hochschuldozentur für den wissenschaftlichen Arbeitsbereich „Pflegetheorien, Ethik und Verantwortung“ angetreten. Auf diesem Arbeitsgebiet ist er mit zahlreichen Publikationen hervorgetreten.

Die in Kürze im Huber Verlag Bern für die Publikation vorgesehene Arbeit dürfte damit als ein wichtiger Beitrag angesehen werden zur methodisch-kritischen Selbstreflexion eines personen- und handlungsorientierten Ansatzes von Pflege. Dieser schließt die systematische Entwicklung ethischer Urteils- und Entscheidungsmaßstäbe sowie die Ausbildung und Einübung von Verfahrensprinzipien/-formen z. B. der „Wertanamnese“ mit ein. Sie bilden elementare Bestandteile eines Kompetenzprofils von Pflege. Von daher versteht sich die Arbeit von Remmers auch als ein Beitrag zur augenblicklichen Professionalisierungsdebatte der Pflegeberufe.

Auf dem Hintergrund eigener wissenschaftlicher Vorarbeiten und in Anknüpfung an den internationalen Forschungsstand beabsichtigt Remmers in nächster Zeit, klinische und außerklinische Projekte auf dem Gebiet der Betroffenenforschung, hier insbesondere zu personen-/bedarfsorientierten Handlungs- und Organisationsmodellen der Palliativpflege, durchzuführen. In Verbindung mit Fragen der Professionsforschung wird ein Projekt zu Handlungsbelastungen und -kompetenzen in Extremsituationen (Critical Care) und in Verbindung mit der schulischen und praktischen Ausbildungsforschung ein Projekt zum Thema Nurses' skills in managing ethical difficult care situations ins Auge gefaßt.

Sein betont theoretischer Zugriff auf das Praxis- und Berufsfeld Pflege und ihre Verwissenschaftlichung steht in engem Zusammenhang mit der Bildungsbiographie von Remmers: Er hat sich nach dem Abitur, einer einjährigen Ausbildung zum Krankenpflegehelfer sowie fortlaufender klinischer Praxis zunächst ganz dem Studium der Soziologie, der Philosophie, Geschichte und Psychologie an den Universitäten Göttingen und Hannover gewidmet. Verschiedene Wege (Erwachsenenbildung, Wissenschaftsjournalismus, Promotion, Lehrauftragstätigkeit, wissenschaftliche Mitarbeit in einem

**Kontaktadresse:**

PD Dr. Hartmut Remmers  
 Universität Bremen  
 Fachbereich 11  
 Studiengang Pflegewissenschaft  
 Grazer Straße 6, 28359 Bremen  
 Telefon: (0421) 218-2016  
 Telefax: (0421) 218-4973  
 Sekretariat: (0421) 218-4972  
 Email: remmers@uni-bremen.de

Durch die sich wandelnden Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung und die einschneidenden Veränderungen im Gesundheitswesen kommt der pflegebezogenen Patientenedukation immer größere Bedeutung zu. Die steigende Anzahl chronisch kranker Menschen erfordert neue Behandlungskonzepte, die nicht auf Heilung ausgerichtet sind, sondern auf den Erhalt oder die Förderung größtmöglicher Patientenautonomie. Der Wandel der Patientenrolle vom passiven Empfänger pflegerischer und medizinischer Versorgungsleistungen hin zum aktiven, mündigen Partner muß zu Pflegekonzepten führen, die die Eigenverantwortung und die Selbstbestimmung der Patienten unterstützen. Zudem führen gesetzlich vorgegebene Einschränkungen von professionellen Pflegeleistungen dazu, daß Patienten und Angehörige mit einer Vielzahl neuer Aufgaben konfrontiert werden. Hier ist Patientenedukation unerlässlich, um Patienten und Angehörige auf diese Aufgaben vorzubereiten.

Das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke führt eine erste Tagung zum Thema „Patientenedukation in der Pflege“ durch. Viele namhafte ReferentInnen, u.a. Herr Prof. Dr. George Evers, referieren zu aktuellen Entwicklungen rund um das Thema. Auch Politiker und Vertreter verschiedener Kostenträger im Gesundheitswesen sind zu einer Diskussionsrunde eingeladen. In Workshops werden innovative Projekte der Patientenedukation vorgestellt. Außerdem präsentieren Studierende der Pflegewissenschaft ihre Bachelorarbeiten, in denen sie sich u. a. mit der Entwicklung von Info-Material für Patienten und Ansätzen der Gesundheitsförderung in der Pflege auseinandergesetzt haben.

Die Tagung findet statt am: 28.02.2000, von 9.30 bis 17.00 Uhr  
 in der Universität Witten/Herdecke  
 Kostenbeteiligung: 120 DM

Bitte fordern Sie die Anmeldeunterlagen an:

Uni Witten/Herdecke  
 Institut für Pflegewissenschaft  
 Stockumerstr. 12  
 58453 Witten

## Pflege an Bremens Hochschulen jetzt der „Normalfall“.

Ein weiterer Meilenstein auf dem Weg zur Akademisierung der Pflege ist überwunden.

Der im Wintersemester 94/95 eingerichtete „internationale Studiengang für Pflegeleitung (ISP)“ an der Hochschule Bremen und der im Wintersemester 93/94 erstmalig angebotene Studiengang „Lehramt Pflegewissenschaft“ an der Universität Bremen haben ihre Modellphase abgeschlossen.

Seit Mitte dieses Jahres (Hochschule) bzw. Anfang nächsten Jahres (Universität) werden beide Studiengänge als Regelstudiengänge weitergeführt.

Im kleinsten deutschen Bundesland gehört das Studienfach Pflege nun zum „normalen“ Angebot in beiden Bereichen der Hochschullandschaft.

Weitere Informationen:

Universität Bremen : 0421/218-7247

Hochschule Bremen:0421/5905-2750

Jochen Laible

## Neues Angebot zum Thema „Internationaler Austausch“

Zur Förderung des internationalen Austauschs haben sich im vergangenen Jahr Studenten der Pflegewissenschaft und der Humanmedizin an der Universität Witten/Herdecke zu einer Arbeitsgruppe zusammengeschlossen, der **depa (departure/arrival)**.

Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, die bestehenden Kontakte der Fakultät zu Hochschulen und Institutionen im Ausland, wie z.B. zur Universität Salford und Surrey in England sowie Turku in Finnland zu vertiefen und neue Kontakte zu knüpfen, um einen breiten studentischen Austausch zu ermöglichen und zu erleichtern.

Wir hoffen so, demnächst noch mehr Gaststudenten in Witten begrüßen und unseren Studenten einen attraktiven Studien- oder Praktikumsplatz im Ausland gewährleisten zu können.

Neben diesem Austausch auf universitärer Ebene wird versucht, langfristige Projekte im Ausland zu finden und mitzugestalten, in denen dann regelmäßig Studenten mitarbeiten, um ihre Praktika abzuleisten (z.B. in Ghana).

Zur Vereinfachung von Planung und Organisation der Auslandsaufenthalte haben wir zunächst eine Broschüre erstellt, die als eine Art Checkliste dient, um nichts Wichtiges in der Vorbereitung außer Acht zu lassen. Neuerdings finden sich diese Informationen auch online, innerhalb unserer Homepage

<http://www.uni-wh.de/de/medi/depa/depamain.htm>

zusammen mit vielen hilfreichen Links. Dort ist auch eine Datenbank im Aufbau, die Abstracts und Kontaktadressen aller Berichte der Auslandspraktika enthält. Es wird damit begonnen, die gesammelten Auslandspraktika auszuwerten, insbesondere die der Pflegewissenschaftler, im Hinblick auf die Pflege in uns fremden kulturellen Zusammenhängen. Es soll versucht werden, die Einflußfaktoren auf die pflegerische Versorgung eines Volkes so weit wie möglich zu erfassen. Die Gesundheitsstrukturdaten der verschiedenen Länder werden so um die pflegerische Dimension erweitert.

Maria Peters

## Erste pflegewissenschaftliche Promotionen an einer deutschen medizinischen Fakultät erfolgreich verteidigt

*Charité*

Am 27.10.99 haben im Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät – Charité der Humboldt-Universität zu Berlin Herr Roman-Frank Oppermann und Frau Astrid Elsbernd erfolgreich ihre Dissertationen im Rahmen der Promotionsverfahren zu Dr.rer.cur. (rerum curae) = Dr. der Pflegewissenschaft verteidigt.

Die Dissertation von Herrn Frank-Roman Oppermann trägt den Titel „Organisationsklima und Streß – eine quantitative Studie im Krankenhaus-Pflegedienst“.

Frau Astrid Elsbernd hat Untersuchungen zum Thema „Über die für Patienten und Pflegenden bedeutsamen Elemente von Pflegesituationen und die Möglichkeiten einer effektiven Gestaltung – eine qualitative Untersuchung“ durchgeführt.

Die wissenschaftliche Begleitung dieser pflegewissenschaftlichen Dissertationen erfolgte bei Frau Elsbernd durch die Professorinnen Dr. Jutta Beier und Dr. Ruth Schröck. Herr Oppermann wurde ebenfalls durch Frau Prof. Dr. Beier sowie Frau Prof. Dr. Kuhlmeier wissenschaftlich betreut.

Die Medizinische Fakultät und speziell das Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft ist bisher die einzige wissenschaftliche Institution in Deutschland, die Absolventen pflegewissenschaftlicher Studiengänge die Möglichkeit eröffnet, nicht nur im Bereich von Pflegewissenschaft zu promovieren – sondern auch einen eigenen fachspezifischen Titel – Dr. rer. cur. zu erwerben.

Für das Institut für Medizin-Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät – Charité ist diese Tatsache ein beachtenswerter Erfolg sowie eine Bestätigung seiner bisherigen Strategie der Wissenschaftsentwicklung. Zugleich aber natürlich auch Anspruch an die weitere Vervollkommnung der wissenschaftlichen Arbeit und der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Pflege.

Mit dem seit dem Sommersemester 1999 eingerichteten Promotionsprogramm, welches durch Prof. Dr. Theo Dassen initiiert wurde, verfügt das Institut nun auch über erste ideelle Rahmenbedingungen. Dringend notwendig sind aber auch materielle Ressourcen, um weitere Entwicklungen und zukünftige neue Programme zu ermöglichen.

Prof. Dr. Theo Dassen / Prof. Dr. Jutta Beier

**Eduard Seidler: Geschichte der Medizin und der Krankenpflege**

6. neubearb. u. erw. Auflage,

(bis 5. Auflage unter dem Titel: *Geschichte der Pflege des kranken Menschen*)

Kohlhammer Verlag Stuttgart/Berlin/Köln 1993,

309 Seiten, 68 Abbildungen, kartoniert, 32,- DM, ISBN: 3-17-012427-7

Über den Titel des Buches, das hier vorgestellt wird, liest man gemeinhin nicht einfach hinweg. Heißen doch solche Bücher für gewöhnlich etwa „Geschichte der Medizin“ oder „Geschichte der Krankenpflege“. Doch „Geschichte der Medizin und der Krankenpflege“? Kann da der Autor etwas nicht trennen, was in Wirklichkeit überhaupt nicht zusammengehört? Sind ihm die Probleme unbekannt, welche die Krankenpflege und die Medizin hin und wieder miteinander haben?

Der Autor Eduard Seidler, Medizinhistoriker an der Universität Freiburg, war sich der Brisanz dessen durchaus bewußt, die Geschichte der Medizin und die Geschichte der Krankenpflege in einem Buch abzuhandeln. Wie er im Vorwort berichtet, ist ihm deswegen bereits der Vorwurf gemacht worden, er harmonisiere oder schütte die Probleme durch seine Art der Geschichtsbetrachtung eher zu. Die Frage zu stellen, ob dies zutrifft, ist legitim. Seidler begründet seine Entscheidung, die historische Entwicklung beider Berufsgruppen nebeneinander zu reflektieren, mit den zahlreichen gemeinsamen Berührungspunkten. Wie er nachdrücklich betont, ist der gemeinsame Hauptberührungspunkt und Mittelpunkt des jeweiligen beruflichen Handelns ohne Zweifel der Patient.

Davon, daß Seidler Probleme zuschütte, kann nicht gesprochen werden. Er ist sich der Problematik im Umgang beider Berufsgruppen miteinander, vor allem im klinischen Alltag, durchaus bewußt und spricht dies auch offen an. Daß er sich als Mediziner nicht die Verfechtung berufspolitischer Ziele der Pflege auf sein Banner schreibt, kann ihm jedoch kaum zum Vorwurf gemacht werden. Sein Ansatz ist in gewisser Weise durchaus „harmonisierend“, was aber nicht per se negativ sein muß, solange der Patient als gemeinsamer Heil Auftrag für Pflege und Medizin im Mittelpunkt steht und nicht als gegenseitiges Druckmittel für Zugeständnisse instrumentalisiert wird. Ein Dialog zwischen den beiden Berufsgruppen gelingt nur auf der Basis gegenseitigen Verständnisses, für das Seidler wirbt. Da Berufseinsteiger darin vielleicht flexibler sein mögen, wendet er sich mit seinem Buch „vor allem an die Lernenden beider Berufe“.

Außer diesen eher berufssoziologisch-theoretischen Gründen gibt es jedoch durchaus auch praktische Argumente, die die Historie beider Bereiche zusammen zu beleuchten. Auch in der Krankenpflegeausbildung im Fach „Geschichte der Krankenpflege“ verweisen beide Fächer mitunter, werden auch

Hippokrates, Galen, die mittelalterlichen oder neuzeitlichen Meilensteine der Medizin erwähnt. So schärft es jedenfalls den Blick für das berufliche Gegenüber, wenn man sich im direkten Vergleich die Entwicklung des jeweils anderen Berufes vergegenwärtigt. Nicht zuletzt bleibt ohne das Wissen über die medizinische Entwicklung auch die Krankenpflege in wesentlichen Bereichen unverständlich und kann nicht entsprechend beurteilt werden.

Der zeitliche Rahmen von Seidlers Betrachtung beginnt nicht erst mit der Schriftlichkeit. Die ersten Kapitel setzen mit dem „Tier-Mensch-Übergangsfeld“ (vor ca. 3 Mio. Jahren) ein. Zu diesem Zeitpunkt der beginnenden Entfaltung von menschlicher Intelligenz kann bereits mit intuitiver Pflege und -vorsichtig formuliert – mit Aspekten schon empirischer Heilhandlungen gerechnet werden. Seidler beschränkt sich im Laufe der historischen Entwicklung nicht darauf, nur das abendländische Kulturgebiet zu betrachten. Wichtige Merkmale der medizinischen bzw. pflegerischen Entwicklung auch anderer Kulturräume werden von ihm beschrieben. Zentrale Punkte und Entwicklungen in der Krankenpflege und der Medizin nach dem 2. Weltkrieg bilden das letzte Kapitel. Entsprechend der Quellsituation liegt der Schwerpunkt des Buches in der Neuzeit. Dem für die Medizin und die Pflege gleichermaßen bewegenden 19. Jahrhundert wird von Seidler entsprechend Platz eingeräumt. Insgesamt hat das Buch ein breites und festes wissenschaftliches Fundament, ist gut lesbar und lädt zum Blättern und Schmökern ein.

In einem Anhang finden sich zentrale Texte der Medizin- und Pflegegeschichte, die einen unmittelbaren Zugang zur Berufsgeschichte eröffnen. Ausgewählte Fachliteratur ist im Literaturverzeichnis aufgelistet, gegliedert nach den einzelnen Kapiteln. Sorgfältig erarbeitete Personen- und Sachregister ermöglichen eine schnelle Suche und Orientierung im Text.

Seidler ist es gelungen, bei der gleichzeitigen Ausleuchtung zweier Berufshistorien beiden gerecht zu werden und nicht die eine Berufsgruppe auf Kosten der anderen vorzuziehen; sein Konzept ging somit auf. Daß die Pflege ihren Platz in dem Buch mit der Medizin teilen muß, kann ihrem mittlerweile doch selbstbewußteren Berufsverständnis jedenfalls nichts mehr anhaben.

Bernhard Wiedemann

**Literatur zum Artikel von J. Tauch, Seite 12 und 13**

Der Artikel basiert auf der Dissertation von J. Tauch: Professionalisierung der Innerbetrieblichen Fortbildung - Eine empirische Studie in der psychiatrischen Pflege; im September 1999 im Fachbereich Pädagogik an der Universität Bielefeld angenommen, bisher noch nicht veröffentlicht.

*Arnold, R.: Der Ansatz: wissenschaftliche Weiterbildung als Weg zur Qualitätssicherung durch Professionalität. In: ARNOLD, R. / SIEBERT, H. / SIEVERS, C.: Einführung in das Studium der Erwachsenenbildung. Studienbrief Erwachsenenbildung. Universität Kaiserslautern 1995a, S. 3-46*

*Fuchs, J.M.: Kontrollierter Umgang mit physischer Gewalt und Aggression in der Psychiatrie? Erfahrungsbericht über ein Praxisseminar. In: Sauter, D. / Richter, D. (Hrsg.): Gewalt in der psychiatrischen Pflege. Hans Huber, Bern 1998*

*Kunze / Kaltenbach: Psychiatrie-Personalverordnung - Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. Kohlhammer, Köln 1994*

*Tauch, J.: Aufbau und Wirkungsweise eines Mentorensystems. In: Cramer/Schmidt/Wittwer (Hrsg.): Aufgaben, Strategien und Zuständigkeiten für die Verantwortlichen in der Aus- und Weiterbildung. Deutscher Wirtschaftsdienst - Loseblattsammlung, Köln 1999*

*Weidner, F.: Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung: eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Mabuse, Frankfurt am Main 1995*

*Wittwer, W.: Weiterbildung im Betrieb: Darstellung und Analyse. Schwarzbarg/Wien/Baltimore 1982*

Weitere Literatur beim Verfasser.



**Hochschule (Projekte, Aktivitäten, Kolloquien etc.):**

Projekt (Titel, evtl. Untertitel):

Evtl. kurze Beschreibung:

Projektleitung (Name, Anschrift, Tel., Fax, Email):

Evtl. weitere AnsprechpartnerIn:

Ich bin damit einverstanden, daß die o.g. Angaben (auch die personenbezogenen, wie Name, Anschrift, Tel.-Nr. etc.) in der HOCHSCHULFORUM PFLERGE veröffentlicht werden.

Ort, Datum, Unterschrift:

**Studierende (Ideen, Haus-, Diplom-, Abschlußarbeiten etc.):**

Art der Arbeit (Haus-, Diplom-, Abschlußarbeit):

Titel (evtl. Untertitel):

Evtl. kurze Beschreibung:

AutorIn (Name, Anschrift, Tel.-Nr., Fax, Email):

Ich bin damit einverstanden, daß die o.g. Angaben (auch die personenbezogenen, wie Name, Anschrift, Tel.-Nr. etc.) in der HOCHSCHULFORUM PFLERGE veröffentlicht werden.

Ort, Datum, Unterschrift:

Patricia M. Stephenson  
Msc Dip Curriculum Dev SRN RNT

#### Abstract

Pflegekräfte, die an Hochschulen studieren, benötigen oft Hilfe, um das rechte Niveau im Schreiben von wissenschaftlichen Arbeiten zu erlangen. Die Ursache hierfür ist oft eine gewisse Unsicherheit über die Art und Weise, wie das Wissen „verpackt“ und dargeboten werden soll. Eine andere beeinflussende Ursache kann sein, daß die Kriterien, nach denen Lektoren wissenschaftliche Arbeiten bewerten, den Studenten nicht mitgeteilt werden. Daher ist es Ziel dieses Artikels, einige Kriterien, mit denen Gehalt und Inhalt von wissenschaftlichen Arbeiten beurteilt werden kann, anzuführen. Er ist nicht als ein literarischer Überblick über intellektuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten an sich gedacht, sondern als Handlungsanleitung, die Studierenden eine Richtlinie zum Gehalt und Inhalt wissenschaftlicher Arbeiten an die Hand geben soll.

Nach einer Einführung, die sich mit der Qualität von wissenschaftlichen Arbeiten befaßt, wird die Lernzieltaxonomie von Bloom und Kollegen als der zu diskutierende, theoretische Rahmen über die Art und Weise, wie Studierende Themen und die Präsentation der Ergebnisse ihrer gedanklichen Beschäftigung mit denselben angehen können, angewandt. Hierdurch wird den Studenten ermöglicht, die Resultate Ihrer Denkweise darzulegen und zu belegen, daß sie sowohl intellektuelle Fähigkeiten höherer, als auch und niedrigerer Ordnung zur Anwendung brachten. Unterabschnitte des Artikels widmen sich der Betrachtung von Möglichkeiten der Wiedergabe von Wissen, Verstehen, Anwendung, Analyse, Synthese und Beurteilung und schlagen vor, wie diese dargestellt werden können. Schließlich werden Strategien zur Selbsthilfe angeboten, um die eigene wissenschaftliche Arbeit, wie auch die der anderen, zu analysieren.

Erstveröffentlichung in: Nurse Education Today (1985) 5, 81-87

**Viele Pflegende begannen dieses Jahr an Hochschulstudiengängen zu studieren. Einige mögen sich nach längerer Zeit deshalb wieder dem Theoretischen zugewandt haben, weil sie überlegten, wie sie ihre Fähigkeiten im Schreiben von wissenschaftlichen Arbeiten zur Beurteilung von Kursen in Krankenpflegeschulen und Untersuchungen verbessern könnten. Dieser Artikel wurde für diese Studierenden geschrieben und legt daher seinen Schwerpunkt nur auf die Art wissenschaftlicher Schriften, welche von internen und externen Prüfern bei einer akademischen Ausbildung erwartet werden. Von Clanchy & Ballard (1983) gaben gute Ratschläge für andere Aspekte wissenschaftlicher Arbeiten.**

#### DIE QUALITÄT WISSENSCHAFTLICHER ARBEITEN

Eine starke wissenschaftliche Arbeit kennzeichnet sich durch den Grad der Erkenntnis oder durch den intellektuellen Level ihres Materials aus. Wird dies den Studierenden verdeutlicht, so sind sie befähigt, ihre wissenschaftlichen Arbeiten zu analysieren und ihre intellektuellen Fähigkeiten und Potentiale, die in vielen Teilbereichen ihrer Arbeit dargeboten werden, zu erkennen. Möglicherweise behütet dies Studierende vor der Überraschung, wenn sie glaubten, eine gute wissenschaftliche Arbeit geschrieben zu haben und dann gerade noch so die Bewertung „ausreichend“ für ihr Werk bekamen. Stellen Sie sich zum Beispiel den Fall eines Studenten vor, der eine wissenschaftliche Arbeit mit dem Titel „Die Auswirkungen von Hunger auf die Gesundheit der Gesellschaft“ schreibt. Er mag die Konzepte Hunger und Gesundheit definieren und beschreiben, wie die Wirkung von Hunger auf die Gesundheit verschiedener Altersgruppen in

der Gesellschaft ist. Die Kommentare mögen durch Forschungsergebnisse, Literaturangaben und statistische Daten gestützt werden, die darauf hindeuten, daß die Angaben nachvollziehbar und wiederholbar sind. Die wissenschaftliche Arbeit mag schlüssig präsentiert sein und im Vergleich mit anderen gut erscheinen. Wenn, wie auch immer, die wissenschaftliche Arbeit insgesamt deskriptiv erscheint, dann kann diese Arbeit nur mit „ausreichend“ bewertet werden. Wenn der Titel nicht das Wort „deskriptiv“ enthält, dann wird vom Studenten mehr als eine Beschreibung dessen erwartet, was er zu dem Thema gelesen hat. Also, was wird erwartet und gefordert, um eine gute Beurteilung durch eine Studie wirklich hohen Kalibers zu bekommen?

Ein Haupt Gesichtspunkt jeder wissenschaftlichen Arbeit ist es darzulegen, wie der Studierende die aufgenommenen, verarbeiteten und umgesetzten Informationen verwertet und wiedergibt. Der Beurteiler richtet sein Augenmerk auf die Evidenz, mit der Infor-

mationen benutzt wurden, um Phänomene zu erklären, alternative Möglichkeiten für Probleme nahezulegen und Ideen, Handlungsweisen und Vorkommnisse nachzuvollziehen. Zeigt der zu beurteilende Student, was Bloom et al. (1956) an intellektuellen Fähigkeiten und Merkmalen wie Wissen, Verstehen, Anwendung, Analyse, Synthese und Beurteilung erkannten? Aber wofür stehen diese Konzepte und wie können sie erkannt und angewandt werden?

Bevor ich fortfahre, diese Fragen zu beantworten, ist es notwendig festzustellen, daß die Bloom'sche Lernzieltaxonomie der intellektuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten als theoretische Grundlage dieses Artikels gewählt wurde, weil die in ihr enthaltenen Konzepte Teil der gängigen Sprache der Pflegenden in der Lehre sind, die sie täglich in der Beschreibung studentischer wissenschaftlicher Arbeiten anwenden. So finden diese Konzepte auch breiten Niederschlag in den Richtlinien zum Assessment der Unterrichtseinheiten für das Diploma in Nursing Curriculum der London University. Die Konzepte enthalten nicht immer den Verweis auf Bloom und seine Kollegen, aber es herrscht unter den Lehrenden, mit denen ich in Kontakt gekommen bin, darüber Konsens, daß bei studentischen wissenschaftlichen Arbeiten mehr Anwendung, Analyse, Synthese und Beurteilung zu sehen sein sollte.

# WISSENSCHAFTLICHER ARBEITEN

Blooms klassische Lernzieltaxonomie der intellektuellen Fähig- und Fertigkeiten ist heute genauso relevant, wie sie es schon vor 29 Jahren war. Flavell (1979) ergänzte sie um eine weitere intellektuelle Fähigkeit, eine Fähigkeit, welche er 'Metacognition' oder die Fähigkeit „Lernen zu lernen“ nannte. Das Sternbergsche Trainingsprogramm für intellektuelle Fähigkeiten (Sternberg 1983) beinhaltet Konzepte, die denen in Bloom's Kategorisierungen sehr ähnlich waren. Als Sternberg sich beispielsweise der ausführenden und nicht ausführenden Informationsverarbeitung (executive and non-executive information processing) zuwandte, beinhaltete die nicht ausführende Verarbeitung die Konzepte selektive Enkodierung, selektive Kombination, Interferenz, Mapping, Komparation und Justifikation, die bei Untersuchung deutliche Ähnlichkeiten mit Bloom's früherer Arbeit aufwies. Sternberg's Diskussion kognitiver Funktionen soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden, weil dieser Artikel keine Abhandlung über intellektuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten, sondern ein Arbeitspapier mit einer theoretischen Grundlage sein soll. Dies sei gesagt, um Verwirrung zu vermeiden und Bloom's Lernzieltaxonomie der intellektuellen Fähig- und Fertigkeiten genug Raum zu geben, um mögliche Anwendungen jedweder Kategorie anzubieten.

## BLOOM'S LERNZIELTAXONOMIEN

Bloom et al. faßten intellektuelle Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wissen in das Lernzieltaxonomie genannte Schema (siehe Abb. 1). Sie legten fest, daß die Fähigkeiten höherer Ordnung, wie etwa die der Analyse, Synthese und die der Beurteilung, nur dann erreicht werden könnten, wenn die der niedrigeren Stufe, wie etwa die des Wissens überschritten seien. Daher zeichnen sich die Kategorien durch eine mit Wissen beginnende, aufsteigende Ordnung aus.

### Wissen

Die Stufe Wissen in Bloom's Hierarchie beinhaltet eine Anzahl von Eigenschaften,

einschließlich derer des Wissens um spezifische Tatsachen, Terminologien, Klassifikationen, Kategorisierungen, Konventionen, Methoden, aktuellen Richtungen und Teilen dessen, was Alltagswissen ist. Dazu gehört ebenso die Erinnerung an Prinzipien, Strukturen, Gesamtbetrachtungen und Theorien. In Bezug auf die Pflege von Patienten könnten Pflegeprozeß, der Gebrauch einer Terminologie, Methode oder Pflgetheorie Beispiele sein. Bleiben wir auf dieser Stufe stehen, so verharren wir auf der untersten Hierarchie der Lernzieltaxonomie und verwehren uns so den Zugang zu der höheren Denkkordnung der nächsten fünf Kategorien intellektueller Fähigkeiten und Fertigkeiten.

### Verstehen

Verstehen beinhaltet die Umsetzung, Interpretation und Übertragung erlangten und behaltenen Wissens. Dies bedeutet, übertragen auf die Fähigkeit Übersetzen nach Bloom et al. (1956), „wenn ein Individuum in der Lage ist, eine Kommunikation in eine andere Sprache oder andere Begriffe oder eine andere Form von Konversation umzusetzen.“ Daher wird sich der Beurteiler im Kontext der wissenschaftlichen Arbeit fragen, ob Studierende mit eigenen Worten ein komplexes Thema, eine Idee oder eine Theorie in einer Art und Weise erklärt haben, aus der das Verständnis des Untersuchungsgegenstandes hervorgeht. Bei der Interpretation einer wissenschaftlichen Arbeit würde die Gewichtung verschiedener Ideen, die Verdeutlichung ihrer Beziehungen untereinander und die Bedeutung einer einzelnen Idee für eine Generalisierung evident werden.

Sie kann die Neustrukturierung von Ideen als neue Gedankensequenz bewirken und die Ideen in die einzigartige Gedankensequenz der wissenschaftlichen umsetzen. Wir erinnern uns an Ideen nicht in der Form, wie wir sie gelesen

haben, sondern so, wie sie für uns „Sinn machen“.

Bloom et al. (1956, S.90) erklärten diese Umsetzungen als: „Abschätzungen oder Voraussagen durch das Verstehen von Entwicklungen, Tendenzen oder Bedingungen in dem Sinne, wie sie in der Kommunikation beschrieben werden, zu machen.“ Sie können auch Schlußfolgerungen über die Beurteilung von Ereignissen und Voraussagen über erwartete Konsequenzen von Handlungen oder Ereignissen hervorrufen.

### Anwendung

Diese Fähigkeit beinhaltet die Anwendung von Prinzipien, Methoden und Theorien in Situationen oder Problemen des „richtigen Lebens.“ Anders gesagt, beinhaltet sie den Wissensgebrauch in Bezug auf eine konkrete

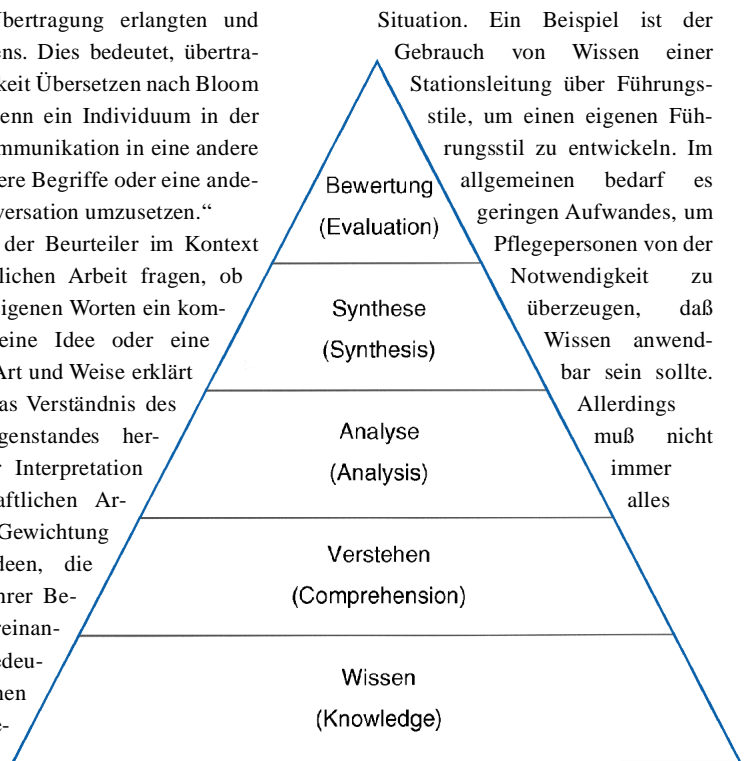


Abb1:Lernzieltaxonomien nach Bloom (1956)

Situation. Ein Beispiel ist der Gebrauch von Wissen einer Stationsleitung über Führungsstile, um einen eigenen Führungsstil zu entwickeln. Im allgemeinen bedarf es geringen Aufwandes, um Pflegepersonen von der Notwendigkeit zu überzeugen, daß Wissen anwendbar sein sollte. Allerdings muß nicht immer alles Wissen auch anwendbar sein. Abstraktes Denken, welches keine Probleme löst, kann dennoch innerhalb der Profession und der Gesellschaft als nützlich angesehen werden.

## Analyse

Die Analyse beinhaltet die Aufschlüsselung des Untersuchungsmaterials oder der aufgelisteten Ereignisse in seine Einzelkomponenten. Es beinhaltet die Entdeckung und Erklärung der bestehenden Beziehungen zwischen Teilen des zu betrachtenden Ganzen. Ein Beispiel hierzu ist die Erklärung der Beziehung zwischen Assessment und Evaluation, warum frühere Wirkungen spätere beeinflussen und in welcher Weise ein zu diskutierender analytischer Ansatz den Pflegeprozeß erörtern würde. Analyse schließt auch die Suche und Identifikation von Beweisen und die Interpretation, daß Beweise Ursachen oder Motive für das Vorkommen oder die Beeinflussung von X nahelegen, mit ein.

Analyse beinhaltet auch, aus der Summe der Beweise Induktionen und Deduktionen abzuleiten. Induktionen sind die Generalisierungen, die der Student aus bestimmten Situationen heraus macht, deshalb bewegt sich das Denken von einem spezifischen Phänomen zu einer Generalisierung über diesen Typ von Phänomenen hin. Deduktives Denken bewegt sich aus der Generalisierung eines Phänomens zu einem speziellen Beispiel, hin in die entgegengesetzte Richtung. Die Analyse einer Kommunikation durch das Herunterbrechen in ihre Hauptteile, wie z. B. eine Richtung vorgeben, eine Frage stellen, Information oder Unterstützung suchen oder Übereinkunft erreichen, kann einfach sein. Bevor aber die unausgesprochenen Annahmen des Schreibers erkannt werden (seine Vorstellung von Pflege oder sein politischer Standpunkt) und die Fakten nicht von den Hypothesen getrennt wurden, mag es der Leser schwierig finden, die Botschaft beurteilen zu können.

Bloom et al. (1956, S 147) faßten zusammen, wozu Studenten fähig sein sollten, wenn sie die Beziehungszusammenhänge von Ideen oder Inhalten analysieren. Diese Zusammenfassung beinhaltet die Fähigkeit zu verstehen und verstehbar darzulegen, wie in einer Textpassage die Ideen in einem Bezug zueinander stehen und wie eben diese Ideen, seien es nun Fakten oder Ansichten, verwandt wer-

den, um eine Beurteilung oder Argumentation zu untermauern.

Ebenso sollten sie in der Lage sein, die Unterscheidung von Ursache und Wirkungszusammenhängen, wie auch die zwischen anderen Teilzusammenhängen vorzunehmen und so Trugschlüsse in der Argumentationsführung aufzudecken. Hierbei wäre für die Studenten ein Einführungskurs in Logik eine große Hilfe. Ist dieses nicht möglich, könnten die Studenten in einer Art Selbsthilfegruppe Artikel aus den Pflegezeitschriften oder andere Literatur analysieren, indem sie sich selbst die folgenden Fragen über die ausgesuchte Prosa stellen:

1. Wie sind die Aussagen der Argumentation miteinander verkettet?
2. Stehen sie in einem logischen Zusammenhang, sind sie intellektuell ehrlich?
3. Ist die Balance zwischen dem „Für und Wider“ ausgeglichen oder werden die Fakten einseitig gewichtet?
4. Wird die Diskussion wertend geführt und werden die persönlichen Anschauungen des Autors deutlich gemacht?
5. Welche Schlußfolgerungen werden aus der Diskussion gezogen und wie evident sind die Aussagen, die zu den Schlußfolgerungen führten?
6. Waren die gezogenen Schlüsse anhand der Aussagen überhaupt gerechtfertigt?

## Synthese

Die Synthese beinhaltet die Anwendung erworbenen Wissens zur Problemlösung auf eine neue und einzigartige Weise und die Voraussage der wahrscheinlichen Konsequenzen von Handlungen. Sie schließt interessante Spekulationen schöpferischer Natur, wie etwa das Bedenken aller möglicher Folgen einer bestimmten Handlungsweise mit ein.

Einzigartigkeit, Originalität und Kreativität sind die Charakteristika der Fähigkeit Synthese. Beweisend für das Vorhandensein dieser Fähigkeit kann sein, wenn Studenten Forschungsergebnisse in einen Pflegeplan umsetzen, um damit ein Problem eines Patienten zu lösen oder Forschungsergebnisse in ein Beratungskonzept einbinden, um die Selbstpflegefähigkeiten der Patienten zu stär-

ken. Diese genannten Beispiele sind, um die Synthese als eine Fähigkeit des Intellektes zu zeigen, praktisch und konkret, aber auch Ableitungen aus abstrakten Beziehungen von Datensammlungen, beobachteten Phänomenen und Ideensammlungen gehören dazu. Beispiele dieser Fähigkeit gaben Bloom et al. (1956, S 172), indem sie sagten, daß die Synthesefähigkeit als gegeben zu sehen ist, wenn der Student in der Lage ist:

- (a) „Entsprechend der Analyse beteiligter Faktoren Hypothesen zu formulieren und solche Hypothesen im Lichte neuer Faktoren und Überlegungen wieder zu verändern.“
- (b) „Eine für den Unterricht in Klassen anwendbare Lerntheorie zu entwickeln.“

Im Kontext der Pflege könnten die im folgenden aufgeführten Punkte für das Vorhandensein der Fähigkeit Synthese als Beweis gelten:

1. Die Schaffung einer neuen Methode oder eines neuen Systems für das Assessment von Patienten mit Schmerzen.
2. Die Formulierung eines Konzeptionsmodells der Pflege, welches alle erdenklichen Phänomene, die der Pflege zugewiesen werden können, umfaßt und vollständig erklärt. (Außer, es bestünde aus einer kleinen Modifikation eines bereits existierenden Modells der Pflege, dem nur ein neuer Name gegeben worden wäre.)
3. Der Vorschlag eines Rahmens zur Evaluation von Weiterbildungskursen in Lehrkatalogen für die Pflege, in der Art, wie er von Smillie et al. (1984) entworfen wurde.

## Bewertung

Bloom et al. (1956, S 185) definierten Bewertung als die geistige Fähigkeit um: „Beurteilungen über den Wert (...) von Ideen, Arbeiten, Lösungen, Methoden, Materialien usw. anzustellen. Sie schließt ebenso die Anwendung von Kriterien mit ein, wie auch die Entwicklung der Standards, welche Aussagen über das Maß ermöglichen, wie weit Details genau, effektiv, ökonomisch oder befriedigend sind.“ Sie führen weiter fort, daß die Beurteilungen von der Art her

qualitativ oder quantitativ sein können und Beurteilungskriterien von den Studenten selbst oder anderen festgesetzt werden können. Kriterien sind die Punkte, anhand derer am besten beurteilt werden kann, im Gegensatz zu Standards, bei denen nur anhand des Ergebnisses auf den Stand ihrer Qualität oder Quantität geschlossen werden kann. Wenn zum Beispiel die Stationsleitung sagt, „Schwester Smith kam heute Morgen zu spät zur Arbeit; sie ist keine gute Schwester“, so kann aus dieser Äußerung darauf geschlossen werden, daß Pünktlichkeit eines der Kriterien für die Bewertung, ob es sich um eine „gute Schwester“ handelt, ist, und der Standard somit nahelegt, daß Pünktlichkeit eine für diese Beurteilung zwingend notwendige Eigenschaft darstellt.

Die Kriterien, nach denen die Bewertung durchgeführt wird, bedürfen sorgfältiger Überprüfung, und zwar deshalb, weil sie möglicherweise in einer Art und Weise werten, die die egozentrischen Werte der Person, die sie entwickelt hat, widerspiegeln.

Die Beurteilung der Qualität von Ideen, Argumenten, Problemlösungen oder Forschungsstudien in wissenschaftlichen Arbeiten setzt höchstes Niveau voraus, rational begründete Beurteilungen von Gegenständen und Kontroversen, die durch Beweise aus Forschung, Literatur usw. gestützt werden, sind Teil der Anwendung von Bewertung. Es ist jedoch zwingend nötig, daß die Begründung für ein getroffenes Urteil so gegeben wird, daß die Kriterien, die gebraucht wurden, um die Bewertung durchzuführen, klar gestellt werden. Dies wird das Bewertungsergebnis als das einer rationalen Argumentation zugänglich machen.

### SELBSTHILFESTRATEGIEN FÜR DIE STUDIERENDE

Nachdem intellektuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten diskutiert wurden, mag die Überlegung sinnvoll erscheinen, wie Studenten die Darlegung und Analyse dieser Fähigkeiten in wissenschaftlichen Arbeiten lernen können. Es soll hier nicht das Ziel verfolgt werden, zu ergründen, wie man das Lernen lernen kann, vielmehr liegt das

Hauptaugenmerk auf der Präsentation, deren Gehalt und Inhalt in einer Art und Weise, die dem Leser zeigen wird, welche Fertigkeiten bei der Zusammenstellung der wissenschaftlichen Arbeit angewandt wurden.

#### Analyse einer wissenschaftlichen Arbeit

1. Nehmen Sie eine selbstverfasste wissenschaftliche Arbeit.
2. Klassifizieren Sie die Absätze oder Kapitel entsprechend der Bloom'schen Lernziel-taxonomie (Bloom et al. 1956).
3. Zählen sie nun die Anzahl höherer kognitiver Fähigkeiten in der wissenschaftlichen Arbeit.
4. Bestimmen Sie, in welchem Verhältnis sie zueinander stehen. Beispiel: 95% der Absätze sind deskriptiv, Wiedergabe von Wissen, beispielsweise aus der Kategorie „Wissen“; 5% der Absätze entsprechen den Kategorien Analyse, Synthese und Evaluationsfähigkeit?
5. Stellen Sie in Frage, ob die Zuweisung der intellektuellen Fähigkeiten nach den oben aufgeführten Proportionen folgendem entspricht:
  - a) dem Fach, für das die wissenschaftliche Arbeit geschrieben wurde;
  - b) dem Niveau des angestrebten akademischen Grades.
  - c) dem Bezug auf die spezielle Bezeichnung im Titel der wissenschaftlichen Arbeit (stünde dort das Wort „Analyse“, so erforderte dies zwingend eine stärker analysierende Betrachtungsweise, als dies bei dem Wort „deskriptiv“ der Fall wäre ...);
  - d) genügt die Arbeit den Anforderungen, nach denen die wissenschaftlichen Arbeiten bewertet wurden, mit denen Ihre Arbeit gemessen werden wird? (So unterscheiden sich die Lehrproben der pflegerischen Diplomstudiengänge an der London University hinsichtlich ihrer Beurteilungskriterien kaum.)
6. Stellen sie fest, ob die Balance zwischen den verschiedenen intellektuellen Fähigkeiten, die in der wissenschaftlichen Arbeit zum Ausdruck kommen, schon gegeben ist, oder ob diese noch hergestellt werden muß.

Tritt nun die Notwendigkeit zutage, die wissenschaftlichen Arbeiten anders als bisher zu schreiben, so können Studierende erfinde-

risch neue Strategien entwerfen, die geeignet sind, das Repertoire ihrer Fähigkeiten effektiver zu entfalten. Als mögliche Strategie bietet sich der Entwurf eines Fragenkataloges an, mit dem sich die Studenten selbst über das eigentliche Thema der Arbeit oder dem Inhalt eines Absatzes klar werden können.

#### Eine Strategie zur Darstellung intellektueller Fertigkeiten

Wenn Studenten mehrere geistige Schlüsse höherer Ordnung in ihre wissenschaftliche Arbeit einbinden wollen, so können sie sich, um die Denk- und Diskussionsbereitschaft anzuregen, die folgend aufgeführten Fragen stellen:

##### Verstehen

- Habe ich X in meinen eigenen Worten beschrieben?
- Habe ich die wichtigsten Ideen in einer Weise beschrieben, wie sie für mich auch „sinnig“ ist?
- Habe ich jeweils ein Beispiel und ein Gegenbeispiel für X angeführt, um darzulegen, daß ich verstanden habe, was X ist und was nicht?

##### Anwenden

- Habe ich die Prinzipien, Theorien, Modelle oder Methoden an, die auch einer hypothetischen oder realen Situation entsprechen angewandt?

##### Analyse

- Warum passierte, der Literatur zufolge, überhaupt X?
- Was waren die Faktoren des Ereignisses oder Teile des Ganzen und wie beeinflusste jeder Faktor oder jedes Teil den anderen?
- Was sind die Schlußfolgerungen?
- Welche Beweise habe ich angeführt, um die getroffenen Schlußfolgerungen zu stützen?
- Kann ich anhand der von mir gebrachten Beweise einen allgemeingültigen Schluß ziehen?

##### Synthese

- Welche Voraussagen kann ich anhand der Literatur oder Forschungsarbeit treffen?

- Was würde passieren, wenn X einträte?
- Habe ich meine Ideen zu dem Thema in Ergänzung zu den aus der Literaturarbeit gewonnenen Informationen ausgedrückt?
- Wie würde ich reagieren, wenn...?
- Habe ich ausgehend von der aus der Literaturarbeit gewonnenen Beweiskraft, etwas Neues, wie z.B. einen individualisierten, einzigartigen Pflegeplan geschaffen?
- Habe ich Verbesserungsvorschläge oder Lösungsvorschläge für ein Problem vorgeschlagen?

### *Bewertung*

- Habe ich die Unterscheidung zwischen Ideen, Lösungen, Wertungen, Methoden usw. gewahrt?
- Habe ich ein Werturteil über die Qualität von irgend etwas getroffen?
- Welche Kriterien brachte ich gegen das, was diese Beurteilung bewirkte, vor?

### *Literatur*

*Bloom, B.S. et al. (1956) Taxonomie of the educative objectives, Handbook 1: Cognitive domain. Longman. London*

*Clanchy J., Ballard B. (1983) How to write essays: a practical guide for students. Longman. London*

*Flavell J.H. (1979) Metacognition and cognitive monitoring a new era of cognitive-developmental inquiry. Americ. Psychologist 34: 906-911*

*Smillie C., Wong J., Arklie M. (1984) A proposed framework for evaluation of support courses in nursing curricula. Journal of Advanced Nursing 9: 487-492*

*Sternberg R.J. (1983) Criteria for intellectual skills training. Educational Researcher 12: 6-12*

*Der Nachdruck wurde dankenswerterweise durch die W.B. Saunders Company, Orlando genehmigt.*

*Angelika Zegelin, MA und Karin C. Krämer, BScN danke ich für die kritischen Anmerkungen zum ersten Manuskript dieser Übersetzung.*

**Übersetzung: Michael Schmittel**

*eMail: Michael@Schmittel.de*

- Stimme ich mit X überein?
- Was glaube oder denke ich über X - und warum?
- Was ist besser, (a) oder (b) und warum denke ich das?

Diese Fragen sollen als Ausgangspunkt für die Separierung von Gehalt und Inhalt in den Bestandteilen einer Arbeit dienen.

### **SCHLUSSFOLGERUNGEN**

Zusammenfassend ist zu sagen, daß anhand der Bloom'schen Lernzieltaxonomie die Kunst der angemessenen Auswahl und Präsentation vom Gehalt und Inhalt wissenschaftlicher Arbeiten durch die Erklärung und der Demonstration von Anwendungsbeispielen untersucht wurde. Hauptaugenmerk wurde der Notwendigkeit, den Inhalt zusammenzustellen zgedacht, welcher den Gebrauch geistiger Fähigkeiten und Fertigkeiten höherer Ordnung durch Studenten klar

reflektiert. Diese wurden als grundsätzlich wichtige Attribute für die Weiterentwicklung der Studenten angesehen, um dem Prozeß des wachsenden Anspruches der Ausbildung in der Pflege gerecht zu werden.

Wenn geglaubt wird, der Prozeß der Weiterentwicklung sei so wichtig wie sein Produkt (das Bestehen einer Prüfung/das Erlangen eines „Scheines“), dann werden die während eines Kurses entwickelten Fähigkeiten für den Studenten von vorrangiger Wichtigkeit sein. Nicht zuletzt durch diese Fähigkeiten entsteht erst die Fähigkeit theoretisches Material auszuwählen, es systematisch und logisch zu überdenken und die Resultate in angemessen gehaltvollem Niveau in wissenschaftlichen Arbeiten und anderen Schriftstücken zu präsentieren. Es bleibt zu hoffen, daß die Betrachtung der Punkte in diesem Artikel Studenten dabei helfen wird, diese Fähigkeit zu entwickeln und daß sie ihnen in ihrer zukünftigen beruflichen Tätigkeit von Nutzen sein wird.

# WERBUNG S.31

ENDSEITE  
S32