



# HOCHSCHULFORUM PFLEGE

5. Jahrgang Ausgabe 1

- **DISKUSSIONSFORUM**  
**PFLEGE UND MEDIZIN**  
Interdisziplinäre Zusammenarbeit  
Verbindendes und Trennendes  
Gesundheitsökonomische Sicht
- **WISSENSBÖRSE**  
Zürich, Leipzig, Berlin  
  
Patientenbeteiligung und  
Patientensouveränität  
  
Kriminalistik, Wissenschaft und  
Pflegerisch-Medizinisches

# WERBUNG

## S2

## Editorial

Elke Müller..... 3

## Aus der Redaktion

In eigener Sache..... 4

## Impressum.....

## Diskussionsforum Pflege und Medizin

Medizin und Pflege – aus gesundheitsökonomischer Sicht,  
Manfred Semrau..... 5

Pflegewissenschaft im Kontext der Medizin – Verbindendes und  
Trennendes in den beiden Disziplinen, Silvia Käppeli..... 7

Interdisziplinäre Zusammenarbeit am Krankenbett?! Häretische  
Thesen und kritische Überlegungen, Andreas Gerlach..... 11

## Wissensbörse

Pressemeldung der Fachhochschule Osnabrück..... 13

WHO-Ministerkonferenz zum Pflege- und Hebammenwesen in  
München, Andreas Büscher..... 14

Buchrezension: Ist pflegerisches Handeln kommunikatives  
Handeln zu Harmut Remmers: "Pflegerisches Handeln.  
Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der  
Pflegewissenschaft", Martin W. Schnell..... 16

Ehemalige Frontschwester für Forschungsprojekt  
gesucht..... 17

Pflegepädagogische Sichtweise empfangenorientierter  
Information im Gesundheitswesen, Elli Christmann, Regina  
Holle, Dörte Schüssler..... 18

Zukunftswerkstatt Robert Bosch Stiftung - Pflegeausbildung in  
der Zukunft..... 22

Patientenbeteiligung und Konsumentensouveränität auf dem  
Gesundheitsmarkt, Christine von Reibnitz..... 23

Kongress zur Basalen Stimulation..... 26

" ... Kombiniere ?! ... " – Über den Zusammenhang von krimina-  
listischer Tätigkeit, wissenschaftlicher Arbeit und pflegerisch-  
medizinischem Vorgehen, Angelika Abt – Zegelin..... 27

3. Workshop des German Center for Evidence-Based Nursing ..  
Neuaufgabe von "Qualitätsmessung in der Pflege"..... 30

Forschungsbericht zur Überprüfung der Zeitkorridore in der  
Begutachtung nach SGB XI verfügbar.....

Kontaktstudiengang Pflege und Management.....

Elke Müller

## Pflege und Medizin im Spannungsfeld zwischen Kooperation und Konkurrenz

Bis zu Anfang des 19. Jahrhunderts waren Pflegen und Heilen eine funktionale Einheit, die oftmals von demselben Personenkreis wahrgenommen wurde. Die auf den cartesianischen Leib-Seele-Dualismus zurückzuführende Aufteilung in männlich-wissenschaftliche Medizin und weiblich-intuitive Pflege ist eine Errungenschaft der so genannten Moderne. Sie gipfelte schließlich in ein Pflegeleitbild, das eine komplementär zur Medizin und unter deren Vormundschaft ausübende Pflege proklamierte. Sie stürzte die Pflegenden aber in das bis heute unaufgelöste Zielgruppendifferenzdilemma, Personenbezug sowohl als ÄrztInnenbezug als auch als PatientInnenbezug aufzufassen.

Diese Entwicklung wurde historisch nicht von den Pflegenden betrieben, sondern vielmehr von medizinischen Interessen entfacht. Um so verwunderlicher ist es, daß aktuelle Verwissenschaftlichungs- und Professionalisierungsbestrebungen der Pflegenden medizinischerseits massiv infrage gestellt werden, indem nachdrücklich auf die Allzuständigkeit der Medizin für Belange der Pflege hingewiesen wird oder aber pflegerische Bemühungen der PatientInnen- resp. KundInnenorientierung als Versuch mißdeutet werden, einen Keil in die Arzt-PatientInnenbeziehung zu treiben. Dahinter verbergen sich unzeitgemäße Dominanzansprüche.

Dem stehen gemeinsame Bemühungen gegenüber, das Verhältnis zwischen Pflege und Medizin zu demokratisieren, indem der alte Ballast vertikalhierarchischer Machtphantasien einerseits und gehorsamsbereiter Unterwürfigkeit andererseits abgeworfen wird. Die Zukunft setzt auf Kooperation und Gegenseitigkeit, Kompetenz und Verantwortung aller im Gesundheitswesen – und dies vor allem im Interesse der zu Pflegenden.

*Dr. phil. Elke Müller  
Krankenschwester, Lehrerin für Krankenpflege (Diplom),  
Pflegewissenschaftlerin  
Heidelberg-Dossenheim*



Elke Müller

# IN EIGENER SACHE

**Peter Tackenberg und Susanne Herzog**

In der letzten HOCHSCHULFORUM PFLEGE vom Frühsommer 2000 haben wir angekündigt, den Schwerpunkt der aktuellen Ausgabe auf das Thema „Pfleger und Medizin“ zu legen. Es war unser Wunsch, die Diskussion über diese unterschiedlichen Berufe im gemeinsamen Feld „Gesundheitswesen“ nicht im Sinne einer Abgrenzungsdebatte zu führen, sondern eher im Sinne der Positionierung in den gemeinsamen und eigenständigen Bereichen der Versorgung, Begleitung und Beratung von PatientInnen.

Das Thema wird aus den unterschiedlichen Perspektiven der Pflegewissenschaft, der Medizin und der Ökonomie beleuchtet. Unsere Bemühungen, AutorInnen aus weiteren Bereichen wie der häuslichen und stationären Versorgung oder dem (Aus-) Bildungsbereich für dieses Thema zu gewinnen, konnten trotz längerer Anstrengungen bis jetzt nicht realisiert werden.

Wir halten es jedoch für außerordentlich wichtig, weitere Beiträge hierzu zu veröffentlichen und damit eine breite und interessante Diskussion anzuregen. Deshalb planen wir einen 2. Teil „Pfleger und Medizin“ für die nächste Ausgabe der HOCHSCHULFORUM PFLEGE. Sicherlich gibt es viele LeserInnen, die sich mit dieser Thematik beschäftigen, also, beteiligen Sie sich durch Ihre Beiträge, Leserbriefe, Stellungnahmen.

Das Schwerpunktthema der nächsten Ausgabe wird sich um Auslandspraktika und Internationales drehen. In den Blickpunkt genommen werden Austauschprogramme, längerfristige Kooperationen und kritische Auseinandersetzungen mit Erfahrungen aus Auslandsaufenthalten im Rahmen des Studiums. In der Kontroverse stehen die curricular verankerten Studienziele mit den Möglichkeiten und Einsichten, die nach einem Auslandsaufenthalt für das weitere Studium und

den Berufsalltag bleiben. Wir laden Sie herzlich zu Beiträgen ein.

In eigener Sache bleibt uns zu erklären, daß diese Ausgabe als 2/2000 geplant war. Strukturelle und inhaltliche Schwierigkeiten haben dies verhindert. Insbesondere war es sehr problematisch, die weitere Finanzierung der HOCHSCHULFORUM PFLEGE sicher zu stellen. Für diese Ausgabe konnte dankenswerterweise ein privater Sponsor gefunden werden, der bereit war, das Defizit zwischen eingehenden Abonnentenzahlungen (an die Abonnenten ein herzliches „Dankeschön“) und nicht gedeckten Kosten zu finanzieren. Die Auflage haben wir dennoch verkleinern müssen. Ob sich die HOCHSCHULFORUM PFLEGE in Zukunft für die Studiengänge noch kostenlos abgeben lassen wird, hängt von den weiteren Finanzierungsmöglichkeiten ab.

Für die kommenden Ausgaben planen wir eine Reihe von Veränderungen. Diese betreffen auch die Konsolidierung eines neuen Redaktionsteams. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist die Konzeption eines neuen Redaktionsbeirates. Hierzu haben in den vergangenen Monaten Gespräche mit interessierten Menschen aus anderen Fachhochschulen und Universitäten stattgefunden. Die Ergebnisse müssen mit den Planungen in eine umsetzbare Form gebracht werden.

Nach wie vor ist uns am Ausbau der Infobörse gelegen, die sich mit Fragen und Problemstellungen aus der Praxis der Pflege forschungsbasiert auseinandersetzt. Kurzdarstellungen über Projekte, Tagungen und Veranstaltungsreihen sind immer willkommen. Wir wünschen Ihnen eine anregende und einsichtreiche Lektüre und verbleiben

In diesem Sinne  
Euer/Ihr Redaktionsteam

## IMPRESSUM:

HOCHSCHULFORUM PFLEGE wird herausgegeben vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke, Stockumer Straße 12, 58453 Witten. HOCHSCHULFORUM PFLEGE ist ein Projekt Studierender und Lehrender der Universität Witten/Herdecke. Projektverantwortlich sind Peter Tackenberg und Christel Bienstein. HOCHSCHULFORUM PFLEGE wird durch Mittel der Robert-Bosch-Stiftung Stuttgart und der Meditel Verlagsgesellschaft m.b.H. Düsseldorf gefördert. Postadresse: Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke, Redaktion Hochschulforum Pflege, Stockumer Straße 12, 58453 Witten, Tel: 02302/669-377, Fax: 02302/669-318, Email: Hochschulforum-Pflege@uni-wh.de. Redaktionsmitglieder: A. Abt-Zegelin, C. Bienstein, S. Bosch, H. Cramer, I. Eberl, L. Essendorfer, S. Herzog, R. Kneip, C. Pinkert, C. Reichmann, S. Renneke, A. Rutenkröger, M. Schmittl, M. Sohn, P. Tackenberg

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: konstituiert sich derzeit neu

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 siebte Ausgabe:  
22.12.2000  
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.

# MEDIZIN UND PFLEGE AUS GESUNDHEITSÖKONOMISCHER SICHT

**Prof. Manfred Semrau**

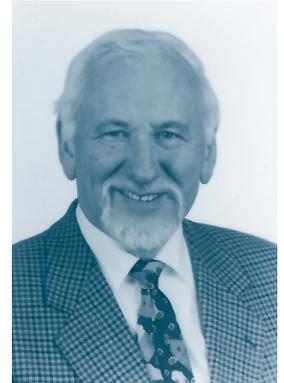
**Beide Professionen erfahren in zunehmendem Maße Knappheit und begegnen diesem Phänomen in der Regel defensiv. Medizin und Pflege sind vielfältig verflochten, bei einer nach wie vor bestehenden Dominanz der Medizin. Die ärztliche Profession gilt als das gelungene Beispiel für einen Professionalisierungsprozeß. Ärzte nehmen auch weiterhin in der gesellschaftlichen Rangskala eine Spitzenstellung ein. Das Interesse der Gesundheitsökonomie ist, wenn es um die Akteure im Gesundheitssystem geht, hauptsächlich auf die Gruppe der Ärzte gerichtet. Diese Ausgangssituation verstellt leicht den Blick auf die Tatsache, dass beiden Professionen die Verpflichtung gemein ist, ihre Leistungen im Sinne des Konzeptes der evidence based practice auszuweisen.**

Im stationären Leistungsgeschehen können die arbeitsteilig erbrachten Leistungen berufsgruppenspezifisch identifiziert werden. Wir können hier z.B. zwischen medizinischen, pflegerischen, kaufmännischen und Hotel-Leistungen unterscheiden. Diese Transparenz kann aber nur bedingt nach außen hin transportiert werden. Patienten, niedergelassene Ärzte, Krankenkassen, d.h. Kunden der Krankenhäuser, erkennen Krankenhausleistungen vorrangig über medizinisch definierte Leistungen. Begrifflichkeiten wie Sonderentgelte, Fallpauschalen oder in Zukunft diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Groups – DRG`s) sind vor allem Ergebnisse medizinischer Definitionsmacht. Einweisungs- und Entlassungsdiagnosen, die Grundlage der Entgelte sind, die die Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen geltend machen können, sind medizinisch definiert. Bis in die jüngste Vergangenheit war Pflege in Deutschland ohne Definitionsmacht. Pflege hat hier zulande erst seit etwa zehn Jahren die Möglichkeit, sich mit Hilfe von Hochschulen des eigenen Erkenntnisobjektes zu vergewissern, adäquate Methoden zu entwickeln. Die damit verbundenen Prozesse und Ergebnisse sind notwendige Voraussetzung für eine Diskursfähigkeit mit anderen Disziplinen, vor allem mit der Medizin. Die Hülle des medizinischen Hilfsberufs muß noch eindeutiger abgestreift werden. Pflege ist als wesentliche Profession in der Leistungskette neben der Medizin zu identifizieren.

Diese Identifikationsaufgabe darf nicht auf Pflegewissenschaftler begrenzt bleiben. Auch Gesundheitsökonomien müssen in die

Pflicht genommen werden, aufgefordert sein, zu pflegerischen Leistungen substantiellere Aussagen zu machen. Sie sollten sich nicht darauf beschränken, das Pflegepersonal als größte berufliche Leistungsgruppe in die Kategorie „Sonstige“ einzuordnen. Dort, wo Pflegeleistungen in die gesundheitsökonomische Modellbildung Eingang finden, sind realistische Annahmen über pflegerisches Handeln vorzunehmen. Wie weit Pflege auch heute noch davon entfernt ist, als wertschöpfend betrachtet zu werden, zeigt ein Blick in eines der führenden Lehrbücher zur Gesundheitsökonomie. In ein ökonomisches Modell des Krankenhauses gehen u.a. die Präferenzen der leitenden und sonstigen Krankenhausärzte mit einer berufsethischen, einer Einkommens- und einer Macht-Komponente ein. Die Pflegenden werden mit dem übrigen Krankenhauspersonal, ausgenommen sind die Verwaltungsleiter, zu einer Gruppe zusammengefasst. Ihre Präferenzen sollen in einem möglichst gemächlichen Arbeitstempo und einer Minimierung des Aufwandes im Umgang mit Geräten, Medikamenten und anderen Produktionsmitteln liegen (Breyer, Zweifel 1997, S.341). Offensichtlich haben die Verfasser Schwierigkeiten, zu erkennen, dass auch bei Pflegenden die Zufriedenheit von der Qualität der pflegerischen Leistung abhängig ist. Ist die Diskursfähigkeit zwischen Pflegewissenschaft und Gesundheitsökonomie noch nicht entwickelt oder werden gar die Ansätze, pflegerische Leistungen als Wertschöpfungsbeiträge auszuweisen, von Gesundheitsökonomien noch nicht wahrgenommen?

Das wissenschaftliche Interesse von Gesund-



*Prof. M. Semrau*

*Kontaktadresse:*

*Fachhochschule Osnabrück  
Institutsleiter m.d.W.d.G.b.  
Institut für Gesundheitsberufe*

*Caprivistr. 1- G12  
D-49009 Osnabrück  
Fax: 0541 969 2971  
semrau@wi.fh.osnabrueck.de*

heitsökonomien sollte in Zukunft nicht mehr so ausschließlich auf Ärzte als Leistungsanbieter im Gesundheitswesen gerichtet sein. Die Tatsache, daß Ärzte als „gate keeper“ des Systems wirken, darf den Blick auf die anderen Leistungserbringer nicht verstellen. So sind auch die Leistungen der Pflege als Wertschöpfungsbeiträge zu definieren, zu quantifizieren und auszuweisen. Pflege selbst muß offensiver auf die Herausforderungen durch die Ökonomie reagieren. Es sollte ihr gelingen, sich die Ökonomie verfügbar zu machen, sie als Instrument zu nutzen. Wie weit dieser Weg noch ist, läßt ein Blick in die Denkschrift der Robert Bosch Stiftung „Pflegerwissenschaft – Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis“ erahnen. „Es ist die Aufgabe der Pflege, den Menschen in seiner ganzen Existenz wahrzunehmen und pflegerisches Handeln an dieser Ganzheit zu orientieren. Allerdings steht dieser Anspruch wie bei jeder personenbezogenen Dienstleistung im Spannungsfeld ökonomisch-bürokratischer Erfordernisse“ (Robert Bosch Stiftung 1996, S. 11). Pflege wird in diesem Zusammenhang noch nicht grundsätzlich als knappes Gut gesehen. Die ökonomische Dynamik wird zudem durch den bürokrati-

schen Verweis verstellt. Für die Pflege wie für die Medizin kann nicht mehr gelten, man habe dem Menschen zu helfen, koste es, was es wolle. Man muß dem Menschen helfen. Die Hilfe ist zu definieren und dann mit dem sparsamsten Einsatz von Mitteln zu erbringen. Pflege und Medizin haben sich dabei auch ökonomischer Kategorien zu bedienen. Pflege steht als ökonomisches Gut nicht nur in einer gewissen Konkurrenz zu medizinischen Leistungen – in den zur Zeit noch geltenden Fallpauschalen sind gemeinsam für ärztliche und pflegerische Personalkosten Punktwerte angesetzt – sondern das Zukunftsgut Gesundheit konkurriert bei insgesamt knappen Ressourcen außerdem mit der Nachfrage nach anderen Konsumgütern, die zudem Gegenwartsgüter sind. Gegenwartsgüter haben aus aktuellen Nutzenerwägungen heraus einen höheren Stellenwert in der Bedürfnishierarchie der Konsumenten. Pflegende sind in Deutschland in der Regel in Institutionen tätig, die zum größten Teil über das Sozialversicherungssystem finanziert werden. Leistungsausweitungen stoßen hier zunehmend auf finanzielle Restriktionen. Anders als Ärzte verfügen Pflegende nur in sehr begrenztem Maße über Leistungserfahrungen in marktnahen Bereichen. Identifizieren wir Pflege als Gut, dann ist Pflege heute vorrangig ein meritorisches Gut. Es handelt sich hierbei um ein Gut, bei dem es nach dem Urteil der politischen Entscheidungsträger zu einer Unterversorgung käme, wenn Angebot und Nachfrage dieses Gutes durch den Markt zu steuern wären. Das bedeutet auch, daß die Patienten die pflegerischen Leistungen in Anspruch nehmen, die die Experten vorgeben. Ökonomisch gesehen konsumiert der Patient, ohne die Leistung zu bestimmen und direkt zu bezahlen. Insofern können Pflegende Patienten auch nicht als Kunden erfahren. Das könnte erst auf der Marktebene geschehen, wenn Pflegeleistungen auch als privates Gut Relevanz hätten. Für den Markt gilt das Selektionsprinzip. Nachfragende, die nicht in der Lage sind, den Marktpreis zu zahlen, werden von der Leistung ausgeschlossen. Marktsteuerung und die Vorstellung, daß jeder nach seinem Bedarf versorgt werden kann, schließen ein-

ander aus. Dennoch ist zu erwarten, daß das deutsche Gesundheitssystem zunehmend durch Marktelemente ergänzt und erweitert wird. Auch darauf hat sich Pflege einzustellen.

Die weiterhin bestehende Abgrenzung von stationärer und ambulanter Versorgung schafft für Medizin und Pflege unterschiedliche Ausgangsbedingungen. Während die Medizin traditionell den ambulanten Bereich als zentrales Leistungsfeld betrachtet, entwickelt sich Pflege erst in den letzten Jahren, nicht zuletzt durch die Pflegeversicherung, in den ambulanten Bereich hinein (vgl. Bartholomeyczik 1998, S. 664). Über Ärzte wird häusliche Krankenpflege verordnet. Den Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung verschafft der Medizinische Dienst der Krankenkassen. Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes sollen in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften wahrgenommen werden. Gerade in der ambulanten Versorgung dürften die Chancen für die Pflege liegen, ein eigenständiges nach außen hin identifizierbares Leistungsprofil zu entwickeln. Die Gestaltungsmöglichkeiten im stationären Bereich, dabei sind vor allem die Akutkrankenhäuser gemeint, nehmen für die Pflege mehr und mehr ab. Die Gründe liegen in der zunehmenden Verkürzung der Verweildauer, teilweise aber auch in den Fortschritten der Medizintechnologie und ihrer Anwendung, sowie in einer wesentlich gezielteren Überleitungspflege, die von den Krankenkassen mit Blick auf die Finanzierungsmöglichkeiten der Pflegeversicherung durchgesetzt wird.

Die Pflege gewinnt erst nach und nach Definitionsmacht über ihre Leistungen. Noch wird sie – im Gegensatz zur Medizin – nur begrenzt als selbständiger Leistungsträger identifiziert. Patienten erfahren vorrangig Ärzte als diejenigen, die diagnostizieren, therapieren, verordnen, einweisen, krankschreiben. Die Eigenständigkeit pflegerischer Leistungen ist häufig für Patienten nicht erkennbar. Sie erfahren Pflege vorrangig in den Akutkrankenhäusern als Teilaspekt

medizinisch determinierter Therapien. Erschwerend tritt hinzu, daß der nachvollziehbare Ausweis pflegerischer Leistungen als äußerst defizitär betrachtet werden muß. So enthält der Datensatz, den die Krankenhäuser für jeden Patienten an die Krankenkassen liefern müssen, keine Pflegedaten (vgl. Rehwinkel, S. 588). Die Diskussion, welches Klassifikationssystem zur Pflegedokumentation herangezogen werden soll, ist noch im Fluß (König, S. 546). Andererseits verliert sich die Dokumentation der ambulanten Pflegeleistungen im Gestrüpp einer Vielzahl von Verrichtungen. Sie folgt hier im Kern den unsinnigen Abrechnungsmodalitäten, die in der ärztlichen ambulanten Versorgung gelten. Das führt zu einem Wettlauf um Punkte, die bei einem vorgegebenen Budget nur zur finanziellen Abwertung der einzelnen Leistungen führt. Ganzheitliche Ansätze bleiben so auf der Strecke. Der unzureichende Ausweis pflegerischer Leistungen muß dringend behoben werden. Darüber hinaus ist darauf zu achten, daß vor allem im stationären Bereich die Pflegedokumentation mit der ärztlichen Dokumentation zu verknüpfen ist. Die Position der Pflege, bedingt auch der Medizin, ist in der Kostendiskussion nicht zuletzt deshalb schwach, weil die Leistungen unzureichend definiert und dokumentiert werden. Hier ist dringend Abhilfe geboten. Die Knappheit der Ressourcen verlangt von den Experten, daß sie ihre Leistungen definieren und erbrachte Leistungen dokumentieren. Erst damit wird die Voraussetzung für wirtschaftliches Handeln geschaffen.

Letztlich ist es weder das Ziel der Medizin noch der Pflege, Kosten zu verursachen. Pflege wie auch ärztliche Diagnose und Therapie stellen unverzichtbare Dienstleistungen dar und sind gleichzeitige beachtliche Beiträge zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung.

Pflege und Medizin werden von diesem Ansatz her auch in die ökonomische Verantwortung genommen. Daraus ergibt sich für beide Professionen aber auch die Chance, Ökonomie offensiv als Instrument zu nutzen.

# PFLEGEWISSENSCHAFT IM KONTEXT DER MEDIZIN

## – VERBINDENDES UND TRENNENDES IN DEN BEIDEN DISZIPLINEN

Silvia Käppeli

**Die formale Etablierung der Pflegewissenschaft an den Universitäten und Fachhochschulen der deutschsprachigen Länder fordert auf zur bewussten Ausdifferenzierung der beiden Disziplinen Pflegewissenschaft und Medizin im Hinblick auf eine erspriessliche Zusammenarbeit und eine synergetische Nutzung ihrer therapeutischen Potentiale. Der Titel „Pflegewissenschaft im Kontext der Medizin“ impliziert, dass die Medizin von der Pflegewissenschaft (in Forschung, Theorie und Praxis) als Hauptdeterminante wahrgenommen wird. Dass dieses Verhältnis nicht ausschliesslich unbelastet ist, zeigt sich besonders im Zusammenhang mit der interdisziplinären Versorgung von Kranken. Manche Ansprüche an die Zusammenarbeit gehen aber auch aus zahlreichen Publikationen in Medizin- und Pflegefachzeitschriften zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen hervor. Der vorliegende Diskussionsbeitrag thematisiert einige diesbezüglich kritische Punkte. Er ist gedacht als Gedankenanstoss einer in Klinik und Forschung tätigen Pflegewissenschaftlerin und nicht als systematische Darlegung der Thematik.**

### Ursprüngliche Motivationen

Ein - wenn auch nur flüchtiger – Blick in die Tradition der Krankenpflege und der Medizin zeigt, dass, obwohl in der Antike wesentliche Teile der heutigen Krankenpflege Teil der Medizin waren, die beiden Tätigkeiten unterschiedlich motiviert waren. Am jüdisch-christlichen Ursprung der Pflege von Kranken, welche bis in die ersten nachchristlichen Jahrhunderte nicht institutionell getrennt war von der Pflege anderer Bedürftiger (Arme, Waisen, Witwen, Gefangene, Obdachlose etc.) stand die biblische Aufforderung zur imitatio Dei (Nachahmung Gottes) bzw. die religionsgesetzliche Verpflichtung zur tätigen Nächstenliebe. Die Religion bildete also in der Spätantike den Rahmen für die Organisation und Praxis der Pflege in den Gemeinden und später in den Institutionen.<sup>1</sup>

Eusebius<sup>2</sup> verweist auf die Weihung von sieben Diakonen: „Unter Gebet und Handauflegung der Apostel wurden als Diakone für den Dienst an der Gemeinde sieben berühmte Männer bestellt ...“ (vgl. Act 1, 23-26). Sie sollten den Schwachen, Fremden und den Witwen dienen, Vater der Waisen sein, in

allen Häusern der Armen umhergehen, um Not, Krankheit oder Bedürftigkeit festzustellen. Sie sollten die Paralytischen und Schwachen waschen; sie sollten die Herbergen besuchen, um festzustellen, ob Arme oder Kranke eingekehrt oder ein Toter vorhanden war; in Seestädten sollten sie am Strande nachsehen, ob das Meer einen Toten an Land gespült habe und falls dem so war, ihn begraben. Nebst der Institution der männlichen Diakonie gab es in den spätantiken christlichen Gemeinden die Institution der Witwen und die weibliche Diakonie.<sup>3</sup> Die erste benannte Vertreterin der weiblichen Diakonie (welche damals noch nicht Diakonissen genannt wurden) ist Phoebe (vgl. Röm 16,1; Act 9, 36-41).

Selbstverständlich pflegte auch die hellenistische (nicht jüdische und nicht christliche) Bevölkerung ihre Bedürftigen und Kranken, wenn auch aus nicht-biblischen Motiven heraus.<sup>4</sup> Eusebius<sup>5</sup> berichtet beispielsweise von ‚Homogerontes‘, d.h. Menschen, welche in Alexandrien auf Stadtkosten Getreide erhielten und in ein Verzeichnis von zu Versorgenden eingetragen waren.

Die antike griechische Medizin, welche ursprünglich wesentliche Teile der heutigen Krankenpflege bein-

1) Basilius der Grosse von Caesarea in Kappadozien (329-379 n.Chr.) gründete ‚Basileia‘, ein Versorgungshaus für alle Arten von Bedürftigen, welche schliesslich zur „Stadt der Caritas“ wurde (vgl. Des heiligen Kirchenlehrers Basilius des Grossen ausgewählte Schriften, Bd 1, Bibliothek der Kirchenväter, Bd 46, Bardenhewer, O.; Schermann, Th.; Weyman, K. (Hrsg.), München 1925

2) Des Eusebius Pamphili Bishofs von Cäsarea, Kirchengeschichte, Bibliothek der Kirchenväter, 2. Reihe, München, 1932, 2. Buch

3) Des heiligen Kirchenvaters Caecilius Cyprianus sämtliche Schriften, Bd 2, Bibliothek der Kirchenväter, Bd 60, Bardenhewer, O.; Schermann, Th.; Weyman, K. (Hrsg.), München, 1928, 4. Brief

4) Der Spätantike Euergetismus etwa verlieh dem Erbringer von Wohltätigkeit nicht transzendente Verdienste, sondern mehr Macht im Alltag.

5) Op.cit. Anm.2, 7.Buch

### Literatur:

Adam, Hans; Henke, Klaus-Dirk: Gesundheitsökonomie, in Handbuch Gesundheitswissenschaften; (Hrsg.): Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich; Neuausgabe, Weinheim und München 1998 (Juventa)

Bartholomeyczik, Sabine; Versorgungsleistungen durch Pflege, in Handbuch Gesundheitswissenschaften; (Hrsg.): Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich; Neuausgabe, Weinheim und München 1998 (Juventa)

Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter: Gesundheitsökonomie, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage Berlin, Heidelberg, New York u.a.1997 (Springer)

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Pflegewissenschaft; Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis-Denkschrift; Materialien und Berichte / Robert Bosch Stiftung Bd. 46: Förderungsgebiet Gesundheitspflege, Gerlingen 1996 (Bleicher)

Hajen, Leonhard; Paetow, Holger; Schumacher, Harald: Gesundheits-ökonomie: Strukturen-, Methoden-, Praxisbeispiele; Stuttgart, Berlin, Köln 2000 (W. Kohlhammer)

König, Peter: Die Internationale Klassifikation pflegerischer Praxis (ICNP), in: Pflege Aktuell 10/2000, S. 546-549

Rehwinkel, Ingrid: Diagnosis Related Groups- (K)ein Thema für die Pflege? (Teil 1); Hintergründe der Einführung von DRGs in der Bundesrepublik, in: Pflege Aktuell 9/2000, S. 484-487

Rehwinkel, Ingrid: Diagnosis Related Groups- (K)ein Thema für die Pflege? (Teil 2), in: Pflege Aktuell 10/2000, S. 555-559

Schrader, Ulrich: DRGs - Der Einfluß auf die Pflegeinformationssysteme in: Pflege Aktuell 10/2000, S. 550-553

haltete, war nie im gleichen Sinne wie die Krankenpflege religiös bzw. karitativ/diakonisch motiviert gewesen, sondern wurzelte primär im Interesse an der Wissenschaft. Allerdings beschreibt auch Hippokrates, dass diese nicht adäquat praktiziert werden kann, ohne dass sie ganzheitlich ist und ohne dass sie mit Philanthropie (Menschenliebe) ausgeübt wird. Philanthropie aber wurzelt – gemäss seiner Auffassung – in der Philotheia, der Liebe zu Gott. Nur „... wo es Menschenliebe gibt, gibt es auch die Liebe der (Heil-)Kunst“. <sup>6</sup> Eine Passage aus Platos' „Charmides“ illustriert ebenfalls Hippokrates' Betrachtungsweise des zu behandelnden Menschen. Diese Passage kann vermutlich als typisch betrachtet werden für die damalige Auffassung der Behandlung von Kranken:

„Ich wage zu sagen, dass bedeutende Ärzte zu einem Patienten, der mit kranken Augen zu ihnen gekommen ist, gesagt haben, dass sie nicht seine Augen allein behandeln können, sondern dass, wenn die Augen geheilt werden müssen, auch sein Kopf behandelt werden muss. Und dann sagen sie auch, dass daran zu denken, den Kopf allein zu heilen und nicht auch den Rest des Körpers, die Höhe der Verrücktheit sei. Und indem sie so argumentieren, wenden sie ihren Behandlungsplan auf den ganzen Körper an und versuchen, das Ganze und den Teil zusammen zu behandeln und zu heilen... Wie du nicht versuchen solltest, die Augen ohne den Kopf zu kurieren, oder den Kopf ohne den Körper, so sollst du auch nicht versuchen, den Körper ohne die Seele zu heilen ... der Teil kann nie gesund sein, ohne dass das Ganze gesund ist.“<sup>7</sup>

Etwas später beschreibt der römische Staatsmann und Philosoph Seneca<sup>8</sup> die Bedeutung der Mitmenschlichkeit bzw. des Mitgefühls in der Medizin:

„... Wenn ein Arzt nichts mehr tut, als meinen Puls zu fühlen und mich auf die Liste derer zu setzen, welche er besucht, um mich zu instruieren über was zu tun und was zu vermeiden ist, ohne jegliches persönliches Gefühl, dann schul-

de ich ihm nichts mehr als das Honorar, weil er mich nicht als Freund betrachtet, sondern als Klienten ... Weshalb fühlen wir uns denn diesen Männern gegenüber so verpflichtet? Nicht, weil was sie uns verkauft haben, mehr Wert wäre, als wir bezahlt haben. Sondern, weil sie einen persönlichen Beitrag an uns geleistet haben. Ein Arzt, der mir mehr Aufmerksamkeit schenkt als nötig war, weil er Angst hätte um mich, nicht wegen seinem beruflichen Ruf; der nicht zufrieden war damit, Medikamente zu verschreiben, sondern diese auch applizierte; der an meinem Bett sass mit meinen sich ängstigenden Freunden und zu mir eilte in Krisenzeiten; für den keine Dienstleistung eine zu grosse Last war; keine zu ekelhaft, auszuführen; der nicht gleichgültig war meinen Klagen gegenüber; für den ich trotz einer Menge anderer, welche seiner bedurften, immer die Hauptsorge war; der sich nur Zeit nahm für die anderen, wenn meine Krankheit ihm dies erlaubte. Solch ein Mann bewirkt, dass ich ihm gegenüber eine Verpflichtung fühle, nicht so sehr als Arzt, aber als Freund.“ Ihrer Tradition nach sind also Krankenpflege und Medizin geprägt von Spiritualität, Mitmenschlichkeit und Ganzheitlichkeit.

Nach zahlreichen Veränderungen beider Berufe durch die Epochen hindurch wurde das 19. Jh. entscheidend für das heutige Verhältnis von Krankenpflege und Medizin und besonders dafür, dass nie von Medizin im Kontext der Pflege gesprochen wird, sondern immer nur umgekehrt.

Im Laufe des 19. Jh. wurde die Etablierung der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft massgebend für die Neustrukturierung der Krankenpflege. Sie erfolgte auf Grund der herrschenden Geschlechterideologie. Diese lancierte den Mann (und dadurch den Arzt) als den starken, rationalen, asketischen und aggressiv-altruistischen, welcher Autorität besass und für den Kampf in der ‚Aussenwelt‘ prädestiniert war. In der Frau – hiess es – dominierten emotionale, soziale, erotische und passiv-duldende bzw. selbstlos-dienende Qualitäten. Sie war deshalb

geeignet für die ‚Binnenwelt‘ der Familie, wo das Schöne und Humane gepflegt wurden. Dieser Mythos der Komplementarität von Mann und Frau wurde von den Frauen weitgehend verinnerlicht und führte in der Betreuung von Kranken zur geschlechterspezifischen Aufteilung in weibliche Pflege und männliche Medizin. Die Unterordnung des „dienenden Teils“ unter den mittlerweile teilweise „wissenschaftlichen“ ging damit einher.<sup>9</sup> Obwohl sowohl die Krankenpflege als auch die Medizin als humanitäre persönliche Dienstleistungsberufe bezeichnet werden, wird die hohe finanzielle Honorierung der Ärzte im Gegensatz zu derjenigen von Pflegepersonen kaum je als störend empfunden. Der von A. Campbell<sup>10</sup> beschriebene potentielle Konflikt zwischen Altruismus im Beruf und Beruf als Quelle von Wohlstand und Macht stellt sich für die Krankenpflege nie wie für die Medizin. Was die Wertsysteme anbetraf, entsprach das Ethos der Pflege an der Wende vom 19. zum 20. Jh. einer Verweltlichung der christlichen Ideale in humanitäre und einer formalen Zuordnung der Mitmenschlichkeit zum Pflegeberuf. Die Medizin leitete ihre Autorität und Autonomie von ihrer Wissenschaftlichkeit ab. Dass diese dominierte, wurde zu jenem Zeitpunkt nicht in Frage gestellt. In verschiedener Hinsicht wurden also um die vorletzte Jahrhundertwende Weichen gestellt, welche eine stetig wachsende Entfernung und gegenseitige Entfremdung der beiden Professionen stärker förderten als deren Zusammenwirken.

### Zum Gegenstand der Pflegewissenschaft

In den 80er Jahren des 20. Jh. erklärte die US-amerikanische Pflegewissenschaft das subjektive Erlebens der Kranken von Gesundheit, Krankheit, Behandlung, Pflege und Hospitalisation zum spezifischen Gegenstand der Pflegewissenschaft.<sup>11</sup> Mit dieser Ergänzung der vormals weitgehend mit dem Gegenstand der Medizin identischen Inhalte der Krankenpflege (körperlich bedingte und im Körper sich manifestierende Erkrankungen) formulierte sie explizit, was bisher implizit auf Grund ihres Ethos' schon immer ihr Anliegen gewesen war. Es manifestierte sich idealerweise in der selbstlosen, aktiven Einmischung in der Leiderfahrung und -bewältigung von Kranken, im physischen, emotionalen und moralischen Gegenwärtigsein, in der Abrufbarkeit, im persönlichen

6) Hippokrates, *Precepts*, VI, 6-7, Loeb Classical Library, 319

7) Platon, ‚Charmides‘, in: *The Collected Dialogues*, pp. 102-103

8) *de Beneficis*, Vol. 1, 16

9) Fritschi A., *Schwesterntum, Zur Sozialgeschichte der weiblichen Berufsrankenpflege in der Schweiz 1850-1930*, Zürich, 1990

10) Campbell A., *Moderated love a theology of professional care*, London, 1984

11) Oiler C.J., *The phenomenological approach to nursing research*, *Nursing Research*, 31(3)178-181

12) Paterson J., Zderad L., *Humanistic Nursing*, New York, 1988

13) Benner P, Wrubel J., *The primacy of caring*, New York, 1989



DDr. Silvia Käppeli

Kontaktadresse:

Universitätsspital Zürich  
Zentrum für Entwicklung und  
Forschung in der Pflege

Rämistr. 100  
CH-8091 Zürich  
Fax: +41 1 255 39 95  
silvia.kaeppli@pfl.usz.ch

Einsatz für die Bedürfnisse, Rechte und die Würde der Kranken und in der Ausführung von Pflegetätigkeiten. Die in der humanistischen Psychologie begründete<sup>12</sup> und die existential philosophisch begründete<sup>13</sup> Pflege fassen diese Desiderata einer Pflegeperson unter dem Begriff 'caring' zusammen (es beinhaltet 'active involvement', 'presence', 'availability', 'advocacy', 'commitment', 'doing for') und ersetzt die traditionelle Verhaltenskomponente Opferbereitschaft mit Wissenschaftlichkeit und Fachkompetenz.

Um den wissenschaftlichen Masstäben der Medizin, in deren Beurteilungskontext die Pflege sich wahrnimmt, standhalten zu können, übernahm die Pflegewissenschaft von der Medizin den diagnostischen Prozess als systematisches Problemlösungsverfahren und die Beschreibung und Systematisierung diagnostischer Kategorien. Im Unterschied zu den medizinischen schliessen Pflegediagnosen nicht nur bio-medizinische Phänomene, sondern zusätzlich erfahrungsbezogene psycho-soziale und spirituelle Befindlichkeiten von Kranken mit ein. Im diagnostischen Prozess unterscheiden sich die beiden Disziplinen vor allem dadurch, dass die Medizin einen differentialdiagnostischen Prozess der Ausschliessung praktiziert, währenddem die Pflege die Tendenz hat, möglichst vieles zu beachten, also ein inklusiveres Vorgehen praktiziert. Währenddem die Medizin eher linear vorgeht, berücksichtigt die Pflege eher die systemische Vernetzung und Komplexität vieler Problemlösungen. Die beiden Disziplinen unterscheiden sich also wesentlich stärker durch ihre Methodik als durch ihre Inhalte, was zum Beispiel an der inhaltlichen Überlappung verschiedener medizinischer und Pflegediagnosen hervor geht. Obwohl sich im Bereich Diagnostik und medizinisch-pflegerischer Problemlösung ein teilweise analoges Vorgehen anbietet, weckte gerade dieser Entwicklungsschritt der Pflegewissenschaft Argwohn auf Seiten der Medizin.

### Bio-medizinische und Pflegeethik

#### Die Ethik der Pflege und die Ethik der Medizin

Ein Merkmal, das die Professionen charakterisiert, ist ein ethischer Code, durch welchen ein Beruf der Gesellschaft mitteilt, auf Grund welcher Werte und Standesregeln er funktioniert.

Obwohl die bio-medizinische Ethik und die Ethik des Pflegeberufes auf Grund ihrer ursprünglichen Bekenntnisse auf einer bestimmten Ebene grundsätzlich leicht als Ethik der persönlichen Dienstleistungsberufe (caring professions)<sup>14</sup> zusammen gefasst werden könnten, bilden gerade ethische Entscheidungen oft Anlass zu interprofessioneller Irritation bei Pflegenden und bei Ärzten.

Sie ergeben sich aus den teilweise unterschiedlichen inhaltlichen Verantwortungsbereichen beider Disziplinen, und den daraus folgenden verschiedenen Ansätzen klinischer und ethischer Problemlösung. Die naturwissenschaftliche Orientierung der traditionellen Schulmedizin impliziert eine Fragmentierung des wissenschaftlichen Gegenstandes, persönliche Distanz und Objektivierung des zu behandelnden Menschen. Sie zieht eine analog strukturierte Haltung gegenüber ethischer Probleme nach sich.<sup>15</sup> Die Pflegewissenschaft hingegen, welche sich zusätzlich zu dieser Sichtweise die Subjektivität des Leidenden und seine Lebenswelt zum Anliegen macht, verpflichtet sich gleichzeitig und gezwungenermassen zur mitmenschlichen Nähe und zu einer Ethik der Sorge (Ethics of compassion/Ethics of care). Wenn das Bemühen um mitmenschliches Verstehen und Mitfühlen Hauptinstrumente der Praxis der Pflege sind, müssen sie auch in ethischen Entscheidungen, welche Patienten betreffen, ihren Platz haben. Sie stehen jedoch insofern der vorwiegend in der bio-medizinischen Ethik vorherrschenden Prinzipienethik entgegen, als diese Unparteilichkeit, die Ethik der Sorge jedoch gerade das persönliche Einstehen für die Anliegen der Kranken (advocacy) verlangt. Auch das Prinzip Autonomie mag beispielsweise angesichts der Befindlichkeit eines Kranken nicht immer das Wichtigste sein. Rationalität steht also auch hier der Emotion gegenüber.<sup>16</sup> Wenn der Verstand (Prinzipien) ohne Gefühl entscheidet – so Loewy<sup>17</sup> – bleiben die vollen Dimensionen eines Problems und die Implikationen für die Betroffenen unbeachtet und sterile, oft unnötig grausame Entscheidungen werden gefällt. Wenn das Gefühl ohne Verstand die ethische Urteilsbildung dominiert, vernebeln die Tränen des Mitleides das Problem. Dies resultiert oft in willkürlichen und ungerechten Entscheidungen. Gefühl modifiziert durch den Verstand eignet sich als Entscheidungsgrundlage in individuellen Problemen das Umgekehrte für die Lösung von kollektiven.<sup>18</sup> Diese Empfehlung Loewys scheint bei der interdisziplinären Lösung ethischer Probleme bedenkenenswert. Doch wie wirken Pflegewissenschaft und Medizin den 'totalitären Zügen' ihrer Prägung durch ihr je spezifisches und historisch gewachsenen Paradigma entgegen?

gen werden gefällt. Wenn das Gefühl ohne Verstand die ethische Urteilsbildung dominiert, vernebeln die Tränen des Mitleides das Problem. Dies resultiert oft in willkürlichen und ungerechten Entscheidungen. Gefühl modifiziert durch den Verstand eignet sich als Entscheidungsgrundlage in individuellen Problemen das Umgekehrte für die Lösung von kollektiven.<sup>18</sup> Diese Empfehlung Loewys scheint bei der interdisziplinären Lösung ethischer Probleme bedenkenenswert. Doch wie wirken Pflegewissenschaft und Medizin den 'totalitären Zügen' ihrer Prägung durch ihr je spezifisches und historisch gewachsenen Paradigma entgegen?

### Wissenschaftlichkeit

Die Identifikation weiblicher und mütterlicher Tendenzen mit Pflegetätigkeit hat zu einer nachhaltigen Abwertung und zum Image der Laienhaftigkeit der Krankenpflege geführt. Die Angehörigen des Pflegeberufes haben sich weitgehend kollektiv damit identifiziert und gehen im Alltag häufig nicht davon aus, dass ihre Tätigkeit eine therapeutische Wirkung hat. Diese Fremd- und Selbstwahrnehmung hat sich weitgehend auf die Bewertung der Wissen-

14) Loewy E., *Suffering and the beneficent community*, New York, 1989

15) Gilligan C., *In a different voice*, Cambridge, 1982; Thomasma D., *Kushner Th, A dialogue on compassion and supererogation in Medicine*, *Cambridge Quarterly of Health care Ethics*, 4(1995)415-425; Loewy *Suffering and the beneficent community*, New York, 1989

16) Loewy, 1995

17) Loewy E., *Compassion, reason and moral judgment*, *Cambridge Quarterly of Health Care Ethics*, 4(1995)466-475

18) E. Loewy, *Compassion, reason and moral judgement*, *Cambridge Quarterly of Health Care Ethics*, 4(1955) 466-475

schaftlichkeit der Pflegeforschung übertragen. Gerade im Kontext der naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin ist es schwierig, für die mit dem Gegenstand der Disziplin kongruente interpretative Forschung, wissenschaftliche Anerkennung zu finden. Die oben genannte Anteilnahme der Pflegeperson am Leiden kranker Mitmenschen beruht auf der Annahme emotionaler und verstandesmäßiger Nachvollziehbarkeit dessen, was ein anderer Mensch erlebt, bzw. auf Intersubjektivität. So wie diese die Pflegepraxis prägt, muss sie auch der Methodologie eines Teils der Pflegeforschung zu Grunde gelegt werden. In einer Wissenskultur und Forschungsgesellschaft, welche Zahlen mit Fakten gleichsetzt, führt Forschung ohne Zahlen, (d.h. phänomenologisch-hermeneutische bzw. qualitative Sozialforschung) vorerst weder zu akademischem Respekt noch zu Geld. Forschungsergebnisse, welche leger als gut verständliche Beschreibungen vorliegen, werden von vielen Schulmedizinern weitgehend als zwar interessant, aber lediglich anekdotisch abgetan. Da hilft auch nicht, dass Aristoteles schon erkannt haben soll, dass eine Wissenschaft nicht exakter sein kann, als ihr Gegenstand ihr erlaubt. Gerade zu einem Zeitpunkt, in dem Evidenz gestützte medizinische und Pflegepraxis im Trend sind und da sich die klinische Methodik der Pflege der Schulmedizin auf gewagte Weise annähert (vgl. Pflegediagnostik), ist es entscheidend, die Entwicklung der pflegerischen Evidenz so zu steuern, dass sie mit dem Gegenstand der Wissenschaft kongruent ist. Die Abwertung interpretativer Forschungsmethoden ist aber unter anderem deshalb problematisch, weil ihr bisheriger Ausschluss aus der medizinischen Wissenschaft zu einem grossen Mangel an deskriptiven und explanatorischen Erkenntnissen über die Bedeutung der Befindlichkeit von Patientinnen und Patienten und über die Wirkung von Behandlung und Pflege geführt hat (vgl. Studien zur Lebensqualität und Krankheitsbewältigung bestimmter Populationen).

Das Ausblenden wissenschaftlicher Arbeitsmethoden, welche nicht „schon immer“ praktiziert wurden, führt zudem dazu, dass Medizin und Pflege trotz ihrer Bekenntnisse zur optimalen Praxis weniger gut sind, als sie sein könnten.

### **Sprache**

Die unterschiedlichen Wissenschaftsparadig-

men von Medizin und Pflege drücken sich auch in der Sprache aus. Um Gesundheit und Krankheit – die ärztlichen Grundkategorien – zu beschreiben, mögen Zahlenwerte und die Sprache der Positivisten und Naturwissenschaftler durchaus gegenstandsadäquat sein. Zum treffenden Beschreiben menschlicher Befindlichkeiten und Leidenserfahrungen genügt diese Sprache jedoch nicht. Gesund sein und krank sein erfordern vielfältige Ausdrucksweisen. Diese benötigen im Schriftlichen (z.B. in der Patientendokumentation) mehr Platz und im Mündlichen (z.B. anlässlich von Arztvisiten) mehr Zeit als die oft formelhafte Darstellung medizinischer Sachverhalte, was Konsequenzen für die interdisziplinäre Gestaltung der klinischen Zusammenarbeit, aber auch für die Organisation interdisziplinärer Konferenzen und Publikationen in Fachzeitschriften hat.

### **Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Krankenhaus**

Die positiven und die negativen Berührungspunkte von Pflegewissenschaft und Medizin kommen in der interdisziplinären Zusammenarbeit zum Tragen. Wie beschrieben, führt das rein bio-medizinische Paradigma, welches viele Ärzte leitet, zu einer Kultur der Fragmentierung und Objektivierung klinischer Probleme und zu linearer Problemlösung. Diese Wahrnehmung und Praxis führt zu einer Unterschätzung (und bisweilen zum Ausschluss) klinischer oder ethischer Entscheidungsfindungsprozesse und der therapeutischen Wirksamkeit anderer Berufsgruppen und insbesondere der Pflege. Diese wissenschaftstheoretisch angelegte Tendenz der Medizin wird einerseits verstärkt durch eine teilweise missverständene professionelle Autonomie, die über alle ärztlichen Entscheidungen hinaus grenzenlose Zuständigkeit und Einfluss in allen Belangen des Spitalwesens beansprucht und nicht selten auf die Führung übertragen wird. Patienten und Angehörige anderer Gesundheitsberufe werden in Besitz genommen, bzw. die berufliche Autonomie wird als (Schranken setzende) Regulations- und Definitionsmacht in gesamtbetrieblichen Fragen interpretiert. Solche generalisierten Herrschaftsansprüche sind dann besonders störend, wenn sie mit mangelnder Sachkompetenz (Managementqualitäten, ökonomischen Kenntnissen, soziale Kompetenz) und mit mangelnder Auseinandersetzung mit real anstehenden Problemen einhergehen. Andererseits wird

das generalisierte naturwissenschaftliche Paradigma dadurch verstärkt, dass ein Grossteil der Ärzteschaft das Medizinstudium als Einzelkämpfer in härtester Konkurrenz zu allen anderen bewältigt und dass sich diese Gewohnheit im klinischen Alltag zu verschärften scheint. Schliesslich führt die momentane Karrierestruktur zur Kompromittierung jeglicher Kooperationsbereitschaft, da alles, was nicht der wissenschaftlichen Profilierung dient, als behindernd erlebt wird. Gleichermassen beobachtet man, dass sich Angehörige des Pflegeberufes vor lauter (bisweilen auch unkritischem) Anspruch auf Integration und aufgrund ihrer systemischen Betrachtungsweise der Dinge zeitweise aufzulösen drohen. Manchmal wird auch die Forderung der patientenbezogenen Individualität der Pflege mit selbstbezogenem Individualismus verwechselt und endet in Ineffizienz.

### **Schlussfolgerungen**

‘Pflegewissenschaft im Kontext der Medizin’. Der Titel besagt, dass die Pflegewissenschaft und besonders das Bewusstsein der Angehörigen des Pflegeberufes nachhaltig bestimmt ist von der Medizin. Die gegenwärtige medizinische Dominanz in der Versorgung von Patienten und in der dieser Versorgung dienenden wissenschaftlichen Tätigkeit wird für die Pflegewissenschaft dann problematisch, wenn sie als fachfremde Instanz einschränkend, abwertend oder behindernd auftritt. Wünschenswert wäre dagegen eine echte inhaltliche und methodologische Komplementarität und problemorientierter Pluralismus im Vorgehen. Die beiden Wissenschaften müssten so weit kommen, dass sie sich gegenseitig einen Gegenstands-, bzw. Subjektadäquaten Denk-, Problemlösungs- und Handlungsstil zugestehen oder sogar diesbezüglich voneinander lernen würden. Therapeutisch wirksame Kollaboration ist aber nicht nur im Interesse der Versorgung von Patienten unverzichtbar; insbesondere dort, wo beide Disziplinen dieselben Schwachstellen und Probleme im Gesundheits- oder Versicherungswesen beklagen, täten sie gut daran, sich zu solidarisieren. Wie die oben aufgeführten Aspekte von Medizin und Pflege zeigen, können die beiden Disziplinen durchaus miteinander verglichen, aber sie dürfen nicht gleichgesetzt werden.

# INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT AM KRANKENBETT ?!

## HÄRETISCHE THESEN UND KRITISCHE ÜBERLEGUNGEN

Dr. Andreas Gerlach

**Die Zusammenarbeit von Pflegenden<sup>1</sup> und Ärzten wird in den letzten Jahren schlechter. Zumindest hört man diese Klage vielerorts. Sowohl im tagtäglichen Berufsleben als auch in Gesprächen mit Betroffenen beider Berufsgruppen finden sich immer wieder Indizien dafür, dass, zumindest teilweise durchaus ehrenwerte Sekundärziele, den Blick auf das gemeinsame Hauptziel verstellen oder abschwächen. Es geht nicht immer nur um den Patienten, sondern auch um vermeintliche oder tatsächliche Rechte, Anerkennungen, Selbstverständnisse, Rollenbilder und nicht zuletzt um persönliche Befriedigungen oder Nutzen. Der folgende Text, bewusst kein wissenschaftliches Essay, sondern persönlich gefärbte kritische Anmerkungen und Thesen, soll versuchen, einige Facetten des Problems zu beleuchten.**

Die politischen Vorgaben und Veränderungen der letzten Jahre führen zunehmend dazu, dass die Arbeit für die Patienten kürzer, quantitativ schlechter und unbefriedigender wird. Die Kostenvorgaben bewirken letztlich eine Rationierung von personellen und Sachleistungen, auch wenn dieses Reizwort aus den gleichen politischen Gründen möglichst nicht verwendet werden soll. Dabei gibt es eigentlich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Berufsgruppen; Pflegende, Ärzte und alle anderen Therapeuten sind gleichermaßen betroffen. Von daher spräche vieles für eine enge Zusammenarbeit, einen „Schulterschluss am Krankenbett“ und für die gemeinsamen Patienten. Leider berichten viele konkrete Erfahrungen von gegenteiligen Trends. Obwohl oder vielleicht auch gerade weil der Wind schärfer weht, wird eher gegeneinander gestritten als miteinander für die gemeinsamen Patienten gefochten.

### THESE 1: INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT IST NÖTIG!

Diese These mag banal klingen, ist es aber keineswegs. Viele Kollegen aller Berufe ziehen sich in eine innere Emigration zurück. „Hauptsache, ich mache meinen Kram gut, der Rest interessiert mich nicht!“. Diese

Einstellung mag verständlich sein, sinnvoll ist sie sicher nicht. Wir leben in einer mehrfachen Umbruchphase. Der ambulante Bereich der Pflege nimmt erheblich zu; viele Patienten, die vor Jahren niemals aus dem Krankenhaus entlassen worden wären, werden inzwischen routinemäßig (und gut!) zu Hause betreut. Mancherorts gehört sogar die Heimbeatmung (zum Beispiel bei ALS) zu den Routineaufgaben der ambulanten Pflegedienste. Gleichzeitig werden die Freiräume im Krankenhaus enger. Die derzeitige Umstellung der Finanzierung von den Fallpauschalen und Pfl egetagen auf die in Australien entwickelten DRG's wird ganz erhebliche Veränderungen bewirken und die Arbeit erheblich weiter „verdichten“.

Der Krankenhausreport 2000 berichtet von verschiedenen Beispielen in ausländischen Städten, Landkreisen und Bezirken. Die Einführung verschiedener DRG-Systeme hat dort zu einer Abnahme der Verweildauer im Krankenhaus zwischen 3 und 58 % geführt. Gleichzeitig stiegen die Fallzahlen um 2 bis 10 %. Es scheint keineswegs unrealistisch, auch für viele deutsche Krankenhäuser eine Verkürzung der Liegedauer um 20-30 % und

*1) Sämtliche Berufsbezeichnungen schließen weibliche und männliche Personen gleichwertig ein. Auf Grund der besseren Lesbarkeit wird auf die konsequente Doppelerwähnung von Frauen und Männern allerdings verzichtet.*

einen Anstieg der Fallzahlen um 10-15 % anzunehmen. Auf Grund des Budget-Deckels ist die nachfolgende Mehrarbeit mit praktisch unveränderter Personalstärke zu leisten. Einigermaßen vernünftige Ergebnisse können für die Patienten nur dann resultieren, wenn es gelingt, die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen zu optimieren und Reibungs- sowie Informationsverluste gering zu halten.

### THESE 2: INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT IST MÖGLICH!

Diese These muss eigentlich gar nicht bewiesen werden; sie bestätigt sich -Gott sei Dank- immer noch in der täglichen Arbeit an vielen Orten und Institutionen. Um so schwieriger die äußeren Umstände dieser Zusammenarbeit werden, desto wichtiger werden allerdings der Wille und die Fähigkeit zur Zusammenarbeit.

Die eigene Arbeitsgruppe hat die multiprofessionelle Zusammenarbeit für den Bereich der Geriatrie mit ihren rehabilitativen Anteilen schon 1994 in einem Artikel für die Deutsche Krankenpflegezeitschrift (4/1994) analysiert. Dabei wurde unter anderem die folgende These aufgestellt:

### THESE 3: INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT BEDEUTET TEAMARBEIT!

Nicht jeder der mit anderen am selben Problem, am gleichen Bett arbeitet, bildet

dadurch bereits ein Team. Erst neue Organisationsformen, neue Umgangsformen und neue Formen der Selbstwahrnehmung und -einschätzung können zu einer echten Teamarbeit führen. Das führt zu den folgenden Thesen:

### THESE 4: NUR PROFIS KÖNNEN (INTER-) PROFESSIONELL ARBEITEN!

Profis in diesem Sinne sind durchaus nicht die Regel. Ärzte, die sich ihrer Sache nicht sicher sind, neigen zur Überbetonung ihrer, gegebenenfalls sogar nur geliehenen Autorität; Pflegenden, denen es an Kenntnissen oder an professionellem Abstand zum Patienten fehlt, werden von den theoretisch meist besser ausgebildeten Medizinerinnen leicht „in die Tasche gesteckt“. Mit anderen Worten:

### THESE 5: PROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT BENÖTIGT BETEILIGTE, DIE IHRE AUFGABEN (UND SICH!) BEHERRSCHEN UND ÜBER DEN JEWEILIGEN TELLERRAND SCHAUEN KÖNNEN UND WOLLEN.

Leider sind die jeweiligen Ausbildungen nur wenig geeignet, Kenntnisse und Einsichten im Bereich des jeweils anderen Faches zu schaffen. Das Medizinstudium enthält bis heute keinerlei Pflegeinhalte und das ohnehin (zu) kurze Pflegepraktikum wird von den Pflegenden kaum dazu genutzt, dem späteren Arzt Sinn, Chancen und Inhalte des Pflegeberufes nahe zu bringen. Viele Studenten gelten im Pflegepraktikum allenfalls als Störenfriede, an anderen wird der Frust über die fertigen Ärzte ausgelassen. Beide Verhaltensweisen mögen verständlich sein, prägen den späteren Arzt aber ganz erheblich!

Umgekehrt lernen die Pflegenden in ihrer Ausbildung auch wenig über die tatsächlichen Probleme der Mediziner. Das klingt überraschend, da es ja in der Regel die Ärzte selbst sind, die die medizinischen Fächer an den Krankenpflegeschulen unterrichten. Selbst gute Dozenten schaffen es aber selten, ein Verständnis für die echten Probleme und Entscheidungen der Ärzte zu wecken. Die

hier benötigten Kenntnisse und Inhalte werden in der Krankenpflege im allgemeinen eben nicht gelehrt und nicht benötigt. Beispielhaft sei hier das Problem der Differentialdiagnostik erwähnt. Während sich dem Arzt die Frage nach einer zusätzlichen Untersuchung häufig in Zusammenhang mit der Frage nach einer erhöhten Diagnose-sicherheit stellt, sehen die Pflegenden vielleicht nur „Noch eine Untersuchung an diesem armen Patienten?!“. Ein ähnliches Unverständnis besteht gelegentlich gegenüber dem Abwägen von Nutzen und Risiken, einem Problem das sich für Operationen und manche Pharmakotherapien häufig stellt, in der eigentlichen Pflege dagegen nahezu unbekannt ist.

Die nächste These hängt eng mit diesen Problemen zusammen:

### THESE 6: (INTER-)PROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT BRAUCHT FRAGEN UND DIE MÖGLICHKEIT FRAGEN ZU STELLEN.

Diese Fähigkeit ist keineswegs selbstverständlich und bedarf im Einzelfall erheblicher Zeit und Übung. Viele Ärzte, insbesondere leitende und junge Kollegen, lassen sich ungern fragen und fühlen sich angegriffen, wenn sie ihre Entscheidungen und Handlungen erläutern oder erklären sollen. In-Frage-Steller sind aber wichtig; zum einen verbergen sich hier Informationen, die für alle Berufsgruppen relevant sein können, zum anderen entlarven sich unbegründbare Scheinlösungen schnell selbst. Die echten Profis der jeweiligen Berufsgruppe können ihr Tun begründen, manchmal vielleicht wirklich als „Entscheidung aus dem Bauch heraus“. Nur Halb- und Viertel-Profis müssen sich in Floskeln wie „Mal gelesen“, „Mein Chef will das“ oder „In der Medizin ist das so!“ retten. Spätestens mittelfristig führt dieser transprofessionelle Austausch zu einer erheblich professionelleren Einstellung aller Beteiligten. Wer seine Meinung und seine Handlungen notfalls begründen muss, wird zunehmend besser überlegen und absichern, was er tut und warum er es tut.

Nur am Rande sei an dieser Stelle angemerkt, dass die zunehmende Bedeutung und Ent-

wicklung der Pflegeforschung zu ganz neuen und schwierigen Problemen führen kann. Während sich die anerkannten Erkenntnis-methoden der wissenschaftlichen Medizin aus der Mathematik und der Philosophie Platos und Poppers herleiten, bringt die Pflegeforschung zunehmend „weichere“ und nicht immer kompatible Erkenntnis-methoden aus den Sozialwissenschaften in die Diskussion; beispielhaft genannt sei die Grounded Theory nach Strauß/Corbin. Wer sich über derartige (grundlegende) Unterschiede in der Erkenntnisfindung nicht klar ist oder klar wird, wird auch bei gutem Willen irgendwann scheitern.

A propos „guter Wille“:

### THESE 7: PROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT SOLLTE DIE SCHEINBAR UNVERMEIDBAREN BERUFSROLLEN KENNEN, ERKENNEN UND BERÜCKSICHTIGEN.

Die letzten beiden Jahrzehnte der Entwicklung zwischen Medizin und Pflege erinnern stark an die Psychodynamik innerhalb einer Familie. Die große Schwester Medizin hat sich einen Platz im Leben und eine Weltsicht erarbeitet und schaut – durchaus nicht ohne Arroganz – auf die arme kleine und „dumme“ Schwester Pflege herab. Diese kleine Schwester ist aber nun ins Pflege(l)alter gekommen und beginnt sich zu emanzipieren. Das geht am einfachsten, wenn man sich an der großen Schwester misst, reibt und mit dieser kräftig streitet. Dieser Prozess funktioniert in den meisten Familien und sichtlich auch im beruflichen Zusammenleben.

Irgendwann sollte allerdings auch wieder Schluss sein. Die große Schwester Medizin wird lernen müssen, mit der kleineren Schwester Pflege erwachsen umzugehen – ein Lernvorgang der vielen (geistig) älteren Ärzten noch lange Zeit Kopfschmerzen bereiten wird. Die kleine Schwester Pflege wird aufhören müssen, vorzugsweise der Medizin vor's Knie zu treten und sich den tatsächlichen, oft genug gemeinsamen Feinden und Gegnern zuwenden müssen.

Beispiele gefällig? Via Arbeitsplatzbeschreibung werden intramuskuläre Injektionen zur

alleinigen Arztsache erklärt. Ärztlicherseits sollte dokumentiert werden, ob ein sturzgefährdeter, konservativ behandelter Patient „frei“ laufen darf. Von manchen Pflegenden wird jede assistierende Tätigkeit mit und für Ärzte abgelehnt, mit der unerwünschten Folge, dass Arzthelferinnen auf Kosten des Pflegestellenplanes eingestellt wurden. Diese können dann nicht einmal am Nachtdienst teilnehmen.

Sicherlich sind das Einzelfälle, Beispiele eben. Genauso treffsicher schießen Ärzte schmerzhaft Eigentore. Derzeit ist es aber vor allem die Pflege, die wieder ein reales Maß für ihren eigenen Wert, aber auch ihre Grenzen finden muss. Solange dieser Prozess noch nicht abgeschlossen ist, sollte er von allen Beteiligten erkannt und vorsichtig angemahnt werden.

### THESE 8: INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT BENÖTIGT STRUKTURIERTE INFORMATIONEN UND EINEN GEREGLTEN INFORMATIONSAUSTAUSCH.

Damit wird eine ganz wichtige und gelegentlich missachtete Voraussetzung der Zusammenarbeit angesprochen. Es hat wenig Nutzen, wenn jede Berufsgruppe ihre eigenen Assessment-Instrumente verwendet, die der jeweils anderen Gruppe nicht bekannt sind und nicht nachgesehen werden können. Auch die Vorstellung, über die Reiterleisten von Kardex-Systemen sei eine effektive und hinreichende Kommunikation möglich, ist naiv oder reduziert den Informationsaustausch unnötig auf minimale Wissenshäppchen. Um so wichtiger die Zusammenarbeit wird, um so wichtiger werden auch feste Besprechungstermine. Viele geriatrische Abteilungen haben eine wöchentliche Teambesprechung mit Vertretern aller therapeutischen Gruppen eingeführt. Hier können Zwischenergebnisse zusammengetragen und abgeglichen werden, die weitere Therapie geplant und die nachstationäre Versorgung organisiert werden. Auch den meisten anderen stationären Abteilungen nützt eine solche Besprechung, die bei vielen „Kurzliegern“ ohne spezielle Probleme natürlich weniger

Zeit beansprucht.

Für den ambulanten Bereich bietet sich eine analoge Regelung an. Einmal im Monat sollte die vorwiegend zuständige Pflegekraft einen festen Termin mit dem Hausarzt haben und wichtige Aspekte besprechen, Rezepte ergänzen, usw.. Viele ärztliche Kollegen und Pflegenden werden an dieser Stelle maulen oder aufschreien, aber das System wurde ausprobiert und funktioniert ganz hervorragend zum Nutzen des Patienten, aber nach einigen Anlaufproblemen auch zur Arbeitersparnis der Profis. Wer geschickt ist, findet sogar legale Wege, diese Arbeit abzurechnen.

### THESE 9: INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT MUSS GEPFLEGT WERDEN.

Das hat sie mit einer Liebesbeziehung gemeinsam. Für beide gilt: Wer sich nicht regelmäßig bemüht, steht mittelfristig vor den Trümmern der Beziehung. Das mag für den beruflichen Bereich weniger schlimm klingen als die Scheidung im Privatleben; andererseits arbeiten viele Menschen mehr als sie lieben.....

CREDO: MULTIPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT AM KRANKENBETT IST NOTWENDIG UND MÖGLICH. SIE SETZT ABER VIEL GUTEN WILLEN, BREITES WISSEN UND INTERESSE ÜBER DIE BERUFGRENZE HINAUS, EINSICHTSFÄHIGKEIT UND ERNSTHAFTHEIT BEZIEHUNGSARBEIT VORAUS. DIE FÄHIGKEIT ZUR SELBSTKRITIK UND DIE KUNST ÜBER DEN EINEN ODER ANDEREN SCHATTEN ZU SPRINGEN, VERBESSERN SICHERLICH DIE CHANCEN EINER LÄNGERFRISTIG ERFOLGREICHEN ZUSAMMENARBEIT.

Adresse:

*Dr. med. Andreas Gerlach  
Oberarzt der Abteilung  
Geriatrie und Physikalische Medizin  
St.-Marien-Hospital Lünen  
Altstadtstr. 23  
44534 Lünen*



## FACHHOCHSCHULE OSNABRÜCK

Pressemitteilung

### Informationsveranstaltung der Studiengänge Pflegewissenschaft und Krankenpflegemanagement an der Fachhochschule Osnabrück

Möchten Sie sich über Inhalte und Strukturen der Studiengänge Pflegewissenschaft und Krankenpflegemanagement informieren?

Möchten Sie sich mit Studentinnen und Absolventinnen der Studiengänge Pflegewissenschaft und Krankenpflegemanagement über Studienbedingungen und berufliche Möglichkeiten nach Beendigung des Studiums unterhalten?

Dann kommen Sie am Mittwoch, dem 13. Juni 2001 in die Fachhochschule Osnabrück!

In ungezwungener Atmosphäre können Sie dort mit ProfessorInnen, DozentInnen, Studentinnen und Absolventinnen über Möglichkeiten der Qualifizierung in der Pflege diskutieren.

Veranstaltungsdatum:  
Mittwoch, 13. Juni 2001; 14.00 - 17.30 Uhr

Veranstaltungsort:  
Aula der Fachhochschule Osnabrück

Bitte richten Sie weitere Fragen an:

Fachhochschule Osnabrück  
Fachbereich Wirtschaft  
Studiengänge Pflegewissenschaft  
und Krankenpflegemanagement  
Postfach 19 40  
49009 Osnabrück

Margret Knäuper/Elisabeth Blömer

Tel.: 0541 969-30001-3001  
Fax: 05 41 9 69-29 89  
e-mail: pfw@wi.fh-osnabrueck.de  
kpm@wi.fh-osnabrueck.de  
URL: <http://www.wi.fh-osnabrueck.de>

# WHO MINISTERKONFERENZ ZUM PFLEGE-

Andreas Büscher

**Organisiert vom Europäischen Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation und dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe, fand vom 15.-17. Juni 2000 in München die zweite WHO-Ministerkonferenz zum Pflege- und Hebammenwesen statt. Ca. 180 Delegierte aus den 51 Mitgliedsstaaten und 50 internationale Beobachter diskutierten zwei Tage lang wesentliche Fragen des Pflege- und Hebammenwesens in der europäischen Region.**

Pflegende und Hebammen bilden die Mehrheit der Beschäftigten im Gesundheitswesen in fast allen Mitgliedsstaaten der WHO Europa und leisten einen bedeutsamen Beitrag zur Gesundheitsversorgung im ambulanten und stationären Bereich. Obwohl es zunehmende Nachweise dafür gibt, dass Pflegende und Hebammen bedeutsam zur Gesundheitsförderung, Krankheitsvermeidung, Pflege und einem würdigen Tod beitragen, ist der Beitrag nach wie vor geringer als er tatsächlich sein könnte. Trotz kontinuierlicher Bemühungen haben es die Berufsgruppen der Pflegenden und Hebammen bislang nicht vermocht, einen signifikanten Einfluss auf die nationale Gesundheitspolitik zu nehmen oder als gleichwertiger Partner im interprofessionellen Team anerkannt zu werden. Die Konferenz hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Hindernisse, die Pflegende und Hebammen bislang davon abgehalten haben, deutlicher zur Gesundheitsversorgung beizutragen, zu analysieren und an ihrer Beseitigung zu arbeiten.

Eröffnet wurde die Konferenz durch die damalige Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer, die auch die Präsidentschaft der Konferenz übernommen hatte. Frau Fischer betonte in Ihrer Begrüßung die Wichtigkeit des Pflege- und Hebammenwesens für die europäische Region. Zur weiteren Einstimmung auf die Konferenz wurde den Delegierten ein Film über Pflegende bei der Arbeit gezeigt. Professor Jankauskiene aus Litauen betonte in seiner Begrüßungsansprache die Herausforderungen und Chancen für die Pflegenden, die der derzeitige europäische Transformationsprozeß mit sich bringt.

Den Bogen von der ersten WHO-Konferenz zur Pflege 1988 in Wien bis hin zur Münchener Konferenz schlug Kirsten Stallknecht,

die Präsidentin des International Council of Nurses.

Dr. Marc Danzon, Regionaldirektor der WHO Europa, und Ainna Fawcett-Henesy, Regionalbeauftragte für das Pflege- und Hebammenwesen, gaben den Delegierten anschließend eine Einführung in die Münchener Erklärung, die zum Ende der Konferenz verabschiedet werden sollte.

Am zweiten Tag standen Arbeitsgruppen auf dem Programm. Aufgabe der Arbeitsgruppen war die Diskussion von Prioritäten der Gesundheitsversorgung und die Frage, wie es angesichts der in den europäischen Gesundheitssystemen andauernden Reformbestrebungen gelingen kann, eine gerechte, zugängliche und qualitativ hochwertige Form einer patientenorientierten Versorgung zu gewährleisten.

Diese Themen wurden in den Arbeitsgruppen diskutiert:

- Krankheitsbewältigung
- Förderung psychischer Gesundheit
- Unterstützung von Eltern und Kindern
- Berücksichtigung der sich verändernden Bedürfnisse alter Menschen und
- Förderung gesunder Lebensweisen
- Partnerschaftliche Zusammenarbeit
- Bereitstellung erreichbarer Gesundheitsdienste für alle Menschen
- Bereitstellung qualitativ hochwertiger Versorgung
- Optimierung des Potenzials von Pflegenden und Hebammen
- Stärkung nachhaltiger Gesundheitssysteme
- Entwicklung menschlicher Ressourcen

Jede Arbeitsgruppe wurde durch ein oder zwei kurze Impulsreferate eingeleitet, in denen Delegierte aus den einzelnen Mit-

gliedsstaaten gelungene Praxisprojekte vorstellten. Die Ergebnisse der einzelnen Gruppe wurden an die Declaration Drafting Group weitergegeben, die daran arbeitete, die verschiedenen Aspekte im Abschlusstext der Münchener Erklärung unterzubringen.

Die Declaration Drafting Group tagte im Anschluß an die Arbeitsgruppen fast die ganze Nacht, um den abschließenden Resolutionstext zu verfassen, der am nächsten Tag den Delegierten zur Abstimmung vorgelegt wurde. Der Wortlaut der Münchener Erklärung findet sich in nebenstehendem Kasten.

Diese Erklärung wurde stellvertretend für die Gesundheitsminister der europäischen Region durch Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer und von Dr. Marc Danzon, dem Regionaldirektor der WHO Europa unterzeichnet.

Bereits im Vorfeld der Konferenz hat es seitens des Referats Pflege- und Hebammenwesen der WHO Europa umfangreiche Arbeiten gegeben, die eine Umsetzung der Münchner Erklärung unterstützen können. So wurde bereits 1997 eine Expertengruppe gegründet, die eine Strategie zur Ausbildung von Pflegenden und Hebammen in der europäischen Region entwickelt haben.

Dazu wurde eine Reihe von Dokumenten erarbeitet, die den Delegierten im Vorfeld der Konferenz zugesandt wurden. Dazu gehörten eine Analyse der Arbeitsmarktsituation in den Pflegeberufen in Europa; Ausführungen zu evidenz-basierter Praxis und zur Befähigung der Patienten zum selbstbestimmten Handeln und zur Reform der Gesundheitsversorgung.

Die Delegierten konnten sich im Vorfeld anhand einer Zusammenstellung innovativer Praxisbeispiele aus dem Pflege- und Hebammenwesen innerhalb der primären Gesundheitsversorgung ein Bild über den pflegerischen Beitrag zur Gesundheitsversorgung machen und anhand des Konzeptes der Family Health Nurse über die neue Rolle

# UND HEBAMMENWESEN IN MÜNCHEN

von Pflegenden im außerstationären Sektor diskutieren.

Die Materialien wurden durch zwei Dokumente zum Aspekt der Verantwortung in der Pflege und zur Forschungsanwendung abgerundet.

Als Gesamtfazit lässt sich festhalten, dass es in der Zukunft zu beobachten sein wird, ob und wie in den einzelnen Mitgliedsstaaten an der Umsetzung der Resolution gearbeitet wird. Dass die Konferenz in dieser Form so durchgeführt werden konnte, ist für sich genommen schon als Erfolg zu betrachten. Die Resolution selbst ist an sich erst mal ein Stück Papier. Sie ist aber andererseits ein Stück Papier, das als politische Willenserklärung zu verstehen ist und einige Perspektiven bietet. So ist beispielsweise die Aufforderung an alle relevanten Autoritäten, die Beteiligung von Pflegenden auf allen Ebenen der politischen Entscheidungsfindung anzustreben durchaus keine Selbstverständlichkeit.

Für den Bereich der Pflegewissenschaft ist die in der Erklärung formulierte Unterstützung für Forschung ein deutliches Signal zur weiteren Etablierung, die auch eingefordert werden kann.

Dadurch, dass die WHO verpflichtet wird, die Umsetzung der Erklärung im Jahre 2002 zu evaluieren ist sichergestellt, dass die Anliegen der Erklärung im größeren WHO-Zusammenhang verfolgt werden und nicht alleinige Aufgabe des Referats Pflege- und Hebammenwesen sind.

## Erklärung von München: Pflegende und Hebammen – Ein Plus für Gesundheit

### Als Gesundheitsminister der Mitgliedsstaaten der Europäischen Region der WHO und Teilnehmer der Konferenz von München:

SIND WIR DER ÜBERZEUGUNG, dass den Pflegenden und Hebammen im Rahmen der gesellschaftlichen Bemühungen um eine Bewältigung der Public-Health-Herausforderungen unserer Zeit sowie bei der Sicherstellung von hochwertigen, zugänglichen, chancengleichen, effizienten und gegenüber den Rechten und sich wandelnden Bedürfnissen der Menschen aufgeschlossenen Gesundheitsdiensten, die die Kontinuität der Versorgung sichern, eine Schlüsselrolle zufällt, die zudem immer wichtiger wird.

WIR BITTEN alle einschlägigen Behörden in der europäischen Region der WHO EINDRINGLICH, ihre Maßnahmen zur Stärkung von Pflege- und Hebammenwesen zu beschleunigen, indem sie:

- Sicherstellen, dass Pflegende und Hebammen auf allen Ebenen der Grundsatzarbeit und der Umsetzung von Konzepten zur Entscheidungsfindung beitragen;
- Sich mit den Hindernissen, insbesondere mit der Nachwuchspolitik, mit geschlechtsspezifischen und das berufliche Prestige von Pflegenden und Hebammen betreffenden Problemen und mit der ärztlichen Dominanz auseinandersetzen;
- Finanzielle Anreize bieten sowie bessere Laufbahnmöglichkeiten eröffnen;
- Die Aus- und Fortbildung sowie den Zugang zu einer akademischen Pflege- und Hebammenausbildung verbessern;
- Pflegenden, Hebammen und Ärzten Möglichkeiten bieten, in der Aus- und Weiterbildung gemeinsam zu lernen, um im Interesse einer besseren Patientenversorgung ein stärker auf Zusammengehen und Interdisziplinarität ausgerichtetes Arbeiten sicherzustellen;
- Die Forschung und die Verbreitung von Informationen zu unterstützen, um die Wissens- und Faktengrundlage für die Pflege- und Hebammenpraxis zu erweitern;
- Nach Möglichkeiten suchen, um in der Gemeinde familienorientierte Pflege- und Hebammenprogramme und -dienste, darunter gegebenenfalls auch für die Familiengesundheitspflege, zu schaffen und zu unterstützen;
- Die Rolle von Pflegenden und Hebammen in Public Health, Gesundheitsförderung und gemeindenaher Entwicklungsarbeit auszuweiten.

WIR AKZEPTIEREN, dass verpflichtendes Engagement und ernsthafte Bemühungen um eine Stärkung von Pflege- und Hebammenwesen in unseren Ländern unterstützt werden sollten, indem:

- Umfassende Planungsstrategien für die Nutzung des Arbeitskräftepotenzials entwickelt werden, um sicherzustellen, dass eine ausreichende Zahl von gut ausgebildeten Pflegenden und Hebammen zur Verfügung steht;
- Sichergestellt wird, dass auf allen Ebenen des Gesundheitssystems die notwendigen gesetzlichen und regulatorischen Rahmenbedingungen gegeben sind;
- Es den Pflegenden und Hebammen ermöglicht wird, effizient, effektiv und unter Ausnutzung ihres vollen Potenzials sowohl als unabhängige wie als auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen angewiesene Fachkräfte zu arbeiten;

WIR VERSPRECHEN, auf nationaler, teilnationaler und internationaler Ebene partnerschaftlich mit allen zuständigen Ministerien und mit gesetzlich verankerten sowie nichtstaatlichen Organen zusammenzuarbeiten, um die mit dieser Erklärung angestrebten Vorstellungen Wirklichkeit werden zu lassen, und

WIR ERHOFFEN uns vom Regionalbüro für Europa der WHO, dass es strategische Orientierungshilfe leistet und den Mitgliedsstaaten hilft, Koordinationsmechanismen zu entwickeln, so dass sie mit nationalen und internationalen Organisationen partnerschaftlich an einer Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens arbeiten zu können, und

WIR ERSUCHEN den Regionaldirektor, dem Regionalkomitee für Europa regelmäßig zu berichten und im Jahr 2002 eine erste Tagung zum Sachstand und zur Evaluation der Umsetzung dieser Erklärung abzuhalten.

# IST PFLEGERISCHES HANDELN KOMMUNIKATIVES HANDELN ?

Zu: Hartmut Remmers: *Pflegerisches Handeln. Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft*, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, Verlag Hans Huber 2000. 416 Seiten, ISBN 3-456-83290-7

## Martin W. Schnell

**Viele Arbeiten aus dem Bereich der wissenschaftlichen Betrachtung der Pflege(-Ethik) leiden darunter, daß sie zu eng angelegt sind und deshalb auf Zusatzannahmen zurückgreifen müssen, die sie selbst gar nicht ausweisen können. Lobenswerte Alternativen stellen in der Regel Arbeiten dar, die dem Ansatz der Grounded Theory verpflichtet sind. Selbes gilt, obwohl methodisch anders ausgerichtet, für die vorliegende Monographie Hartmut Remmers'.**

**Da Remmers die Eigenart pflegerischen Handelns als solche, also nicht nur im Hinblick auf ein spezifisches Feld der (beruflichen) Pflegepraxis beschreiben und definieren will, bemüht er sich von vornherein um einen Anschluß der Pflegewissenschaft an den Stand der zeitgenössischen Sozialphilosophie und Sozialwissenschaft. Auch die Explikation epistemischer und ethischer Grundlagen pflegerischen Handelns muß der Tatsache gerecht werden, dass in modernen Gesellschaften eine Alltags- und Berufsmoral nur noch auf posttraditionaler Stufe gerechtfertigt werden kann. Strittig ist allerdings, wie formal bzw. kontextsensibel die aufzuweisende Moral sein darf bzw. sein muß. Der alte Streit zwischen Aristoteles und Kant wird von Remmers neu aufgerollt, diesmal als Debatte zwischen Habermas und Foucault.**

Die ausführliche Rekonstruktion der Debatte wiederholt, was in der Philosophie schon vor über zehn Jahren diskutiert worden ist. Wie heutzutage üblich, läßt auch Remmers den Streit in der Sache unentschieden enden. Demnach ergänzen formale und materiale Komponenten einander in der Ethik. Während Habermas' Diskursethik eine „prozedurale Rationalität“ (S. 55) und ein „Primat des Gerechten vor den Guten“ (S. 59) befürwortet und daher auf allgemeine Geltungsfragen zugeschnitten sei, verfolge Foucault eine „Ethik und Ästhetik der Existenz“ (S. 76), welche hingegen eine „Einbeziehung des Anderen“ (S. 86) ermögliche. Vor dem Hintergrund dieser Koalition rekonstruiert Remmers nun die Medizin als soziales Handlungssystem. Er wählt diesen Ansatz, weil das Handlungsfeld der Pflege traditionell sehr stark durch die Medizin mitdefiniert worden ist.

Die Darstellung reicht von der antiken Medizin bis zur modernen Naturwissenschaft und deren Krise. An diesem Punkt beginnt sich die Pflege zunächst in Amerika aus dem Schatten der Medizin und auch der Kirche zu lösen. Remmers blickt auf die Anfänge der Wissenschaft von der Pflege als einer Handlungslehre zurück. Er zeigt, daß die

Pflegewissenschaft zunächst den Modellen des „Pragmatismus“ gefolgt ist und deshalb bis in die 60er und 70er Jahre das von ihr erzeugte Wissen als „nomothetisches Steuerungswissen“, welches in „technische Handlungsanweisungen“ (S. 137) übersetzbar ist, verstanden hat. Das heißt: Pflege ist eine Sozialtechnik, die schwache und bedürftige Menschen im Sinne gesellschaftlicher Erfordernisse manipuliert. Vor allem vor dem Hintergrund der Überlegungen zu Habermas und Foucault, wird dieses Selbstverständnis der Pflege von Remmers als zu eng kritisiert. In der Sache dürfte der Verf. Recht haben, doch es bleibt anzumerken, daß ihm eine gründlichere Lektüre des philosophischen Pragmatismus gezeigt hätte, daß von einem „Dogmatismus der positiven Wissenschaft“ (S. 129) nicht so einfach gesprochen werden kann<sup>2</sup>.

In den 80er Jahren setzt in den USA eine Trendwende ein, die Pflege öffnet sich allmählich kritischen Intentionen. Die Theorien von Orem, Roy und King werden ihnen noch nicht gerecht, dafür aber die Ansätze von Parse, Benner und Holter. Mit diesen Einschätzungen beschließt Remmers die wissenschaftstheoretische Grundlagendebatte und wendet sich, gemäß des Untertitels seiner

Arbeit, (verantwortungs-)ethischen Dimensionen zu. Ausgangspunkt dafür ist zunächst eine Definition pflegerischen Handelns, die, laut seines Titels, das vorliegende Buch schließlich zu geben verspricht.

*Pflegerisches Handeln* wird als „sprachlicher Interaktionszusammenhang“, „psychosozialer Interventionszusammenhang“ und als „körperzentriertes Handeln“ (S. 172f) definiert. Die dem zugeordnete Kategorie der *Verantwortung* hat verschiedene Facetten. Ihr Status ist zwischen dem Guten und dem Gerechten situiert, Verantwortung als Tätigkeit ist entweder „retrospektive Rechenschaftsverantwortung“ oder an zukünftigen „Zielen orientierte Aufgabenverantwortung“ (S. 182). Nicht zuletzt zeigen historische, berufs- und geschlechterspezifische Momente, daß eine Verantwortungsethik die Spannung zwischen Care und Justice auszuhalten hat. Es folgt ein differenzierter Abschnitt, der viel über die Anwendung der Verantwortungsethik auf praktische Kontexte wie berufliche Bedingungen sagt, aber dennoch manches vermissen läßt. Man hätte gerne gewußt, welche relevanten Unterschiede zwischen einem Patienten und einem pflegebedürftigen Menschen bestehen, oder in welchem Sinne das lebensweltliche Verständnis von Pflege konstitutiv für berufliche Expertenpflege ist. Beschlossen wird die Arbeit durch einen Ausblick auf die Möglichkeiten der Pflege als advokatorischer Ethik. Eigentlich hätte Remmers mit dieser Problematik auch beginnen können, da klar sein dürfte, daß die Pflege mit Menschen zu tun hat, deren Lebensprozeß einer Unterstützung bedarf, die man grundsätzlich als pflegerisches Handeln definieren könnte.

Die Leistung der vorliegenden Arbeit besteht in ihrem Beitrag, der Pflegewissenschaft im Konzert der führenden Wissenschaften einen Platz zu verschaffen. In Remmers' Schriften der letzten Jahre zeichnete sich bereits ab, daß dieser Weg in die Richtung einer „handlungstheoretischen Rekonstruktion der Pflegewissenschaft im Anschluß an die von

1) Für ihre Unterstützung danke ich Sabine Bosch

2) Vgl.: M.W. Schnell: *Die Suche nach Gewißheit. John Deweys Untersuchung des Verhältnisses von Erkenntnis und Handeln*, in: *Journal Phänomenologie* (13/2000).

Jürgen Habermas“ (S. 157) vertretene Theorie des kommunikativen Handelns gehen würde. Abschließend bleibt allerdings zu fragen, ob Remmers' allgemeines Konzept für die Pflege überhaupt spezifisch genug ist.

Remmers geht unter anderem von der Prämisse aus, daß das „Einzigartige und Unverwechselbare von Pflege-Arbeit in den elementaren Strukturen eines durch *face-to-face*, *body-to-body* und *side-by-side*-Beziehungen charakterisierten Interaktionsprozesses“ (S. 13) liege. Mit anderen Worten: im Mittelpunkt steht das von-Angesicht-zu-Angesicht und die leibliche Begegnung mit ...? – doch wohl: dem *Anderen!* Fraglich ist, ob der Andere und damit die Fremderfahrung von Remmers überhaupt genügend großes Eigengewicht erhalten. Im Zentrum des pflegerischen Handelns als sprachlicher Interaktion stehen „universalistische Ansprüche einer prinzipiengeleiteten Ethik“, der psychosozialen Komponente der Pflege geht es um das „Gute“ und in leiblicher Hinsicht dreht sich alles um „körperliche Austausch- und Anerkennungsverhältnisse“ (S. 173). Und der Andere? Die spezifisch ethische Verantwortung wird als Bezug zur Vergangenheit oder Zukunft eingeführt, unterbestimmt bleibt dabei das gegenwärtige Eingehen auf den Anderen, eben das *face-to-face* (Arend/Gastmans). Fraglich ist weiterhin, ob die Beziehung zum anderen reziprok oder eher asymmetrisch wäre- Remmers diskutiert diese Punkte unter dem Stichwort „Versuch, dem (...) Ausgeschlossenen oder Abgespaltenen gerecht zu werden“ (S.245). Prompt sucht der Gedankengang Zuflucht bei einer „universalen Norm wechselseitiger Pflichten zur Gleichbehandlung“ (S. 247). Die „existentielle Anteilnahme am einmaligen Los des Anderen, seinen Belastungen und Leiden“ (S. 248) ist nicht mehr als eine Zugabe. Das mag der Absicht des Verf. widersprechen, seine Konzeption gibt allerdings kaum viel mehr her. In einem kritischen Bezug auf Kant wird gegen ein Verständnis von „Würde“ protestiert, das in der kognitiv verstandenen „Autonomie des Menschen fundiert“ (S. 316) ist. Es ergibt

sich nämlich gerade in der Pflege das Problem, wie etwa der „personalen Würde“ eines Menschen im Wachkoma “handlungspraktisch Ausdruck verliehen“ (S. 325f) werden könne. Remmers schlägt vor, Würde an „Strukturen der Wechselseitigkeit“ (S. 318) zu binden. Die verbale Sprache ist als eine der Strukturen gleichwohl das Vorbild für alle anderen (vgl.: S. 319ff). Die leibliche Berührung mit dem Anderen ist eine weitere Struktur, sie wird aber nicht von sich selbst her beschrieben, sondern durch einen Vergleich mit der sprachlichen Kommunikation und bleibt daher defizitär, weil „präverbal“ (S. 325) oder gar „vollends eingeschränkt“ in der Möglichkeit „einer sprachlichen Rückkopplung“ (S. 326).

Die vorliegende Studie integriert alle wichtigen Theorien der Pflege. Hinsichtlich einer Einbeziehung der Nachbarwissenschaften schießt sie allerdings übers Ziel hinaus. Dem Verf. kann daher der Vorwurf nicht erspart werden, daß er an einigen Stellen zu viele Autoren zu knapp und zu einseitig und teilweise auch zu sehr aus zweiter Hand besprochen hat. Daraus sind Schwächen in der Sache der Pflege entstanden. So bleibt schließlich als ungelöstes Grundproblem die Frage bestehen, ob eine Theorie pflegerischen Handelns aus der Anwendung allgemeiner Grundlagen der Handlungslehre auf die Pflege zu gewinnen ist oder eher dadurch, daß die Pflege selbst auch einen eigenen Beitrag formuliert, der nicht anderswo schon geschrieben steht.

### **Kontakt:**

PD Dr. phil. Martin W. Schnell  
Institut für Pflegewissenschaft  
Universität Witten-Herdecke

Fax: 02302 669 318

Email: Schnell@uni-wh.de



### **Ehemalige Frontschwester aus dem Zweiten Weltkrieg für Forschungsprojekt gesucht**

Für das am Fachbereich Sozialwissenschaften der Universität Osnabrück laufende Forschungsprojekt Frontschwester und Friedensengel zur Kriegskrankenpflege in Deutschland im Ersten und Zweiten Weltkrieg suchen wir

- ehemalige Frontschwester aus dem Zweiten Weltkrieg, die bereit sind, sich mit uns über ihre Erlebnisse im Krieg zu unterhalten.
- Menschen, die uns Tagebucheinzeichnungen, Romane, Autobiographien und Briefe von ehemaligen Frontschwestern aus dem Ersten und Zweiten Weltkrieg zur Verfügung stellen mögen.
- Menschen die bereit sind, uns über ihre Erfahrungen mit ehemaligen Frontschwestern zu berichten.

Frau Birgit Panke-Kochinke leitet seit Juni 2000 ein Projekt, das am FB Sozialwissenschaften (Projektverbund Friedens- und Konfliktforschung) angesiedelt und auf zwei Jahre befristet ist.

Kontakt über:

Projekt FFF  
Frontschwester und Friedensengel  
Fachbereich Sozialwissenschaften  
Universität Osnabrück

Neuer Graben/Schloß  
Postfach 4469  
49069 Osnabrück  
Tel.: 0541/969 4244

# PFLEGEPÄDAGOGISCHE SICHTWEISE EMPFÄNGER-

Elli Christmann, Regina Holle, Dörte Schüssler

## 1. Einleitung

Der vorliegende Artikel beschäftigt sich mit dem Thema der mündlichen, empfängerorientierten Vermittlung von Informationen im Gesundheitswesen. Er stellt das Ergebnis einer fachdidaktischen Projektarbeit dar, die von uns als Studentinnen der Medizin- und Pflegepädagogik an der Humboldt-Universität zu Berlin erstellt wurde. Die im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform 2000 auf politischer Ebene geführte Diskussion um die Stärkung der Rolle des Patienten, z.B. über die Schaffung von „Patientenstellen“, unterstreicht die praktische Relevanz des Themas. Zur Bearbeitung der Thematik wurde die Methode der Literaturrecherche gewählt.

## 2. Problemanalyse

Auf einer von SEKIS (Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle), dem Berliner Forum für Patienteninteressen, der Ärztekammer und dem Gesundheitslotsendienst der Kassenärztlichen Vereinigung veranstalteten Tagung zu Bedarf und Qualität von Patienteninformation aus Nutzersicht wurde deutlich, daß

- die meisten Patienten, die sich bei der Beschwerdestelle der Ärztekammer melden, Kommunikationsmängel beklagen;
- Betroffene auf der Suche nach zuverlässigen Informationen zu „Patienten im Vollzeit-Job“ werden müßten;
- vor allem mehr Auskunft über die Qualität gesundheitlicher Anbieter sowie mehr Informationen über die Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten gewünscht wird;
- die gegenwärtigen Möglichkeiten, sich zu informieren, als absolut unzureichend anzusehen sind (vgl. Stein 2000, S. 32).

Diese Aussagen verdeutlichen Defizite in der derzeitigen Informationspraxis im Gesundheitsbereich.

Ein weiteres Problem ist, daß Gesundheitsinformationen nicht allen Bevölkerungsanteilen gleichermaßen zugänglich sind (Wissensklutforschung), so daß der Wissenserwerb als Voraussetzung für selbstbestimmtes mündiges Agieren sozial- und bildungsmäßig weniger Privilegierten nur eingeschränkt möglich ist. Durch diese ungleichen Voraussetzungen bestehen auch ungleiche Partizipationschancen bezüglich der Nutzung der neuen Medien (Internet).

Als negative Effekte der neuen Informations- und Kommunikationstechnologien werden zum einen die tendenzielle Auflösung der per-

sönlichen Kommunikation verbunden mit der Gefahr sozialer Isolierung und zum anderen die Einschränkung der face-to-face Kommunikation, die mit ihren Feedback-Prozessen identitätsstiftenden Charakter besitzt, vermutet (vgl. Höflich 1996, S. 127). Auch sind die Wirkungen der durch das Internet vermittelten Informationen bislang nur unzureichend erforscht.

## 3. Zielstellung

Wesentliches Ziel unserer Arbeit war es, die Prozesse der menschlichen Informationsverarbeitung aus der Sicht verschiedener Wissenschaftsrichtungen zu analysieren. Das daraus gewonnene umfassende Verständnis der Informationsverarbeitung sollte uns als Grundlage für eine zu konzipierende Strategie zur mündlichen, empfängerorientierten Informationsvermittlung dienen. Diese ist jedoch von Aufklärung, Beratung und Schulung abzugrenzen.

Unsere Ergebnisse sollten Empfehlungen für die praktische Gestaltung der Informationsvermittlung im Gesundheits- und Sozialwesen sein.

## 4. Wissenschaftliche Fragestellungen

1. Wie wird Information in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen definiert? Welche Bedeutung mißt die jeweilige Wissenschaftsdisziplin der Information bei?
2. Welche grundlegenden Strukturen kennzeichnen Informationsprozesse im allgemeinen?
3. Wie verlaufen institutionell strukturierte Informationsprozesse?
4. Welche Elemente charakterisieren den indi-

viduellen Informationsprozess und wie werden diese aus Sicht verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen beschrieben?

5. Welche prinzipiellen Empfehlungen lassen sich aus der Analyse des individuellen Informationsprozesses für eine empfängerorientierte Informationsvermittlung im Gesundheits- und Sozialwesen ableiten?

## 5. Ergebnisse

### 5.1 Bedeutung des Informationsbegriffs für die Informationsvermittlung

Nach Capurro ist Information „kommunizierbares Wissen“ (vgl. Capurro 1978, S. 289). In dieser Bedeutung integriert der Informationsbegriff die Aspekte Kommunikation und Wissensaneignung, die unserer Ansicht nach für Informationsvermittlungsprozesse im Gesundheitswesen Grundlagen darstellen.

Unserem Anspruch nach beinhaltet der Informationsbegriff zugleich einen Nutzen für den Empfänger im Sinne von „Verringerung der Ungewissheit“.

### 5.2 Grundlegende Strukturen des Informationsprozesses

Der Informationsprozeß beinhaltet den Kommunikationsprozeß und den Prozeß der Wissensaneignung. Informationsvermittlung sollte von daher einerseits den Regeln der Kommunikation und andererseits pädagogischen Gesichtspunkten genügen, denn Wissensaneignung stellt für den Empfänger einen Lernprozeß dar. Im Kommunikationsprozeß, der einen zielgerichteten und reziproken Verständigungsprozeß darstellt, steht die interpersonale Kommunikation im Mittelpunkt. Feedback-Prozesse ermöglichen es dabei zu überprüfen, ob und in welcher Form eine Information „angekommen“ ist. Feedback sollte von daher fester Bestandteil von Informationsvermittlung sein.

Die face-to-face Kommunikation ermöglicht eine nach lerntheoretischen Erkenntnissen geplante und zugleich individuelle Informati-

# ORIENTIERTER INFORMATION IM GESUNDHEITSWESEN

onsvermittlung. Über eine pädagogisch begleitete Wissensvermittlung erhöht sich die Chance, daß die gegebene Information bei dem Empfänger ankommt und von ihm genutzt werden kann.

Im Bereich von Gesundheitsinformationen kann gerade die medizin- und pflegepädagogische Sichtweise mit ihrem integrativen Ansatz wesentliche Erkenntnisse für die Informationsprozesse liefern.

## 5.3 Institutionalisierte Informationsprozesse

Durch institutionalisierte Informationsprozesse wird Informationsvermittlung zur Dienstleistung. Informationsvermittlungsstellen sollten eine Agenturfunktion zwischen demjenigen wahrnehmen, der Information benötigt (Endnutzer) und denjenigen die Information anbieten (Fachinformationszentren, Experten u.a.).

Eine weitere wichtige Aufgabe der Informationsvermittlungsstelle besteht in der Beseitigung objektiver und subjektiver Informationsbarrieren. Diese ergeben sich aus der wachsenden Informationsflut, der Intransparenz des Informationsmarktes, dem schwierigen Zugang zu Informationen und der Ungewißheit des Informationssuchenden über Aufwand und Nutzen. Ein persönliches Gespräch vermindert solche Informationsbarrieren (vgl. Jonas/Ockenfeld 1978, In: Beyer 1982, S. 10; vgl. Nink 1991, S. 99ff.).

Der geplante institutionalisierte Informationsprozeß bedarf einer Zielgruppenanalyse, Überlegungen zur Trägerschaft und örtlichen Anbindung sowie der Zielformulierung.

## 5.4 Elemente des individuellen Informationsprozesses

Die lernpsychologische Sichtweise des Informationsprozesses bietet eine geeignete Grundlage für die Betrachtung der beim Empfänger ablaufenden Verarbeitungsprozesse. Hierbei wird die individuelle Informations-

verarbeitung als Lernvorgang des Individuums verstanden. Dieses Informationsverarbeitungskonzept stellt einen Integrationsversuch folgender theoretischer Positionen dar:

- Die kybernetisch-informationstheoretische Position (Frank, v. Cube),
- die neueren gedächtnistheoretischen Positionen (Mc. Geoch, Bredenkamp),
- die neurophysiologisch-biologischen Positionen (Morgan, Vester),
- die denkpsychologischen Positionen (Piaget, Ausubel, Bruner),
- die handlungstheoretischen Positionen (Galperin, Leontjew). (vgl. Döring 1990, S. 105ff.)

Aus diesem Ansatz lassen sich folgende zentrale Elemente des Informations-Verarbeitungs-Paradigmas bestimmen: Informationsinteresse (Motivation), Informationsaufnahme, Informationsverarbeitung, Informationsspeicherung und Informationsreaktivierung (vgl. Döring 1990, S.105 ff). Bei der Gestaltung von Informationsvermittlungsprozessen sind diese einzelnen Elemente zu berücksichtigen.

## 6. Empfehlungen zur empfängerorientierten Informationsvermittlung im Gesundheits- und Sozialwesen

Auf Grundlage der Analyse der einzelnen Elemente des individuellen Informationsverarbeitungsprozesses haben wir Empfehlungen zur empfängerorientierten Informationsvermittlung im Gesundheitswesen in Bezug auf den Informationsempfänger, die Vermittlungssituation, den Informationsvermittler und das Informationsgespräch erarbeitet. Eine praktische Umsetzung dieser Erkenntnisse wäre im Rahmen einer Gesundheitsinformations- und Koordinationsstelle für chronisch Kranke denkbar.

### 6.1 Der Informationsempfänger

Wir gehen grundsätzlich davon aus, daß eine Person, die eine Informationsvermittlungsstelle aufsucht, damit Interesse und Motivation signalisiert. Im Hinblick auf ihre Informationsverarbeitung sind damit gute Voraussetzungen

vorhanden. Für den Erfolg der Informationsvermittlung ist es wichtig, Bedürfnisse des Informationssuchenden, wie

- Bedürfnis nach Kontrolle über seine Situation,
- Bedürfnis nach strukturiertem und gültigem Wissen,
- Bedürfnis nach Angstreduktion und Zuwendung,
- Bedürfnis nach einem Gespräch von Angesicht zu Angesicht mit verständlicher Information und dafür ausreichend Zeit,
- Bedürfnis nach Spannungsreduktion und Wissen,
- Bedürfnis nach konkreten, handlungsleitenden Informationen bei vorhandenen klaren Zielvorstellungen zu berücksichtigen.

### 6.2 Die Vermittlungssituation

Die Art der formalen Präsentation eines Kommunikationsinhaltes nimmt Einfluß darauf, ob die Informationen mehr oder weniger gut behalten werden und nutzbar sind.

Die Vermittlungssituation sollte als face-to-face Kommunikation gestaltet sein, die durch die Merkmale nicht-öffentlich, zeitlich und örtlich direkt gekennzeichnet ist. In solchen Situationen werden Informationen besser aufgenommen und behalten (vgl. Grosser 1988, S. 142ff.).

Eine freundlich positive Atmosphäre und eine entspannte Situation verhindern Anspannung und möglicherweise auch Streß beim Informationssuchenden, so daß Denkblockaden vermieden werden (vgl. Vester 1996, S. 154ff.)

Die Berücksichtigung der momentanen physiologischen Bedürfnisse wie z.B. Durst, Hunger oder Frischluft ist die Voraussetzung dafür, daß ein Mensch neue Informationen aufnehmen und verarbeiten kann (vgl. Maslow 1970, In: Zimbardo 1992, S. 352 ff.). Insgesamt ist ein Setting für Konzentration und Aufmerksamkeit zu schaffen. Äußere störende Reize verhindern diese, wenn sie

nicht auszuschließen sind, sollten sie thematisiert werden.

### 6.3 Der Informationsvermittler

Neben grundlegenden Kompetenzen des Informationsvermittlers, wie Fach- und Medien-, Kommunikations- und Sozialkompetenz, bedarf es unserer Meinung nach eines besonderen Menschenbildes, welches durch die von Carl Rogers formulierten Beratervariablen Akzeptanz, Kongruenz, Empathie und Wertschätzung gekennzeichnet sein sollte. Dieses Menschenbild beinhaltet das Vertrauen in den Empfänger, daß dieser selbst das Potential zur Lösung seines Problems in sich trägt. Es impliziert das Aufzeigen dieser Ressourcen, wodurch die Kompetenzerwartungen des Informationssuchenden gestärkt werden. Diese Haltung berücksichtigt auch die emotionale Lage des Empfängers. Emotionen bestimmen das Ergebnis der Informationsverarbeitung wesentlich mit. Ein weiteres für den Informationsvermittler hilfreiches Konzept aus dem Bereich des Managements ist die Mentalstrategie des kundenorientierten Gesprächsverhaltens (vgl. Koch&Kühn 1999, S. 25ff.).

Eine wichtige Aufgabe des Informationsvermittlers ist die Planung und Strukturierung der Gesamtsituation. In Absprache mit dem Empfänger versucht er, einen gemeinsamen Bezugsrahmen und Transparenz herzustellen (z.B. zeitliche Vereinbarungen, Absprachen über Gesprächsverlauf).

### 6.4 Das Informationsgespräch

#### Inhalte

Forschungen zu Patientenbedürfnissen ergaben, daß Informationen zu folgenden Themen gewünscht werden: Krankheitsbilder, Krankheitsbewältigung, schulmedizinische oder alternative Therapieformen, Arzneimittel, Patientenrechte, Reha- und Beratungseinrichtungen (vgl. Möbius 1994, S. 45ff.; vgl. Riemer 1993, S. 8ff.; vgl. SEKIS 2000, o.S.). Dabei sollte beachtet werden, daß die zugrunde liegenden Quellen der Informationen genannt werden, und sie neueste wissenschaftliche Erkenntnisse darstellen.

Die Information sollte grundsätzlich verständlich, eindeutig, strukturiert und für den Empfänger bedeutungsvoll sein sowie mit Erläuterungen versehen werden.

#### Methodische Gestaltung des Informationsprozesses

- Methoden zur Reaktivierung des Vorwissens verbessern die Informationsverarbeitung. Hierzu gehören beispielsweise das Nutzen von Stichworten, Bildern, Rekonstruktion, Brainstorming, zustands- und kontextabhängiger Wiedergabe. Es sollte dafür genügend Zeit zur Verfügung gestellt werden.
- Methoden zur besseren Verankerung neuer Informationen im Gehirn ermöglichen die Übertragung ins Langzeitgedächtnis und damit die Möglichkeit der späteren Nutzbarkeit. Zu diesen methodischen Prinzipien zählen: Unbekannte Informationen in Bekanntes verpacken, bekannte Muster (z.B. Bilder, Erfahrungsberichte) anbieten, verschiedene Sinneskanäle zur Informationsaufnahme ansprechen, Assoziationen hervorrufen z.B. durch Vermittlung des Inhalts vom Ganzen zum Detail, Vorwissen reaktivieren, an Erfahrung anknüpfen, Wiederholen, klare Strukturierung, typische Beispiele verwenden, Informationsmenge wegen der begrenzten Aufnahmekapazität des Kurzzeitgedächtnisses beachten, Zusammenfassungen geben, Mnemotechniken einsetzen, zur Wiederholung Einsatz von Printmedien.
- Methoden zur Erhöhung der Aufmerksamkeit bzw. der Motivation sind beispielsweise: Neue intensive Reize und Auffälliges oder Besonderes darbieten, Assoziationsmöglichkeiten bieten, z.B. durch Anknüpfen an Erfahrungen, Vorwissen und Gefühle, Einsatz von Bildern und Filmen.

#### Vorgehensweise beim Informationsgespräch

##### Vorbereitungsphase:

Ziel dieser Phase ist die Festlegung des gemeinsamen Bezugsrahmens. Folgende Inhalte sollten dabei geklärt werden: Biologische und kognitive Bedürfnisse, Intentionen,

Vorwissen, Erfahrungen und Erwartungen.

Aufgrund der thematisierten Inhalte und eingesetzten Methoden wird die Aufmerksamkeit des Informationsempfängers vergrößert sein.

##### Informationsvermittlungsphase:

- Gesamtzusammenhang der Fragestellung als Orientierungshilfe aufzeigen,
- Unterstützung bei der Informationsauswahl anbieten,
- während der gesamten Phase Feedback darüber einholen, ob die Art und Weise der Informationsvermittlung angemessen ist,
- emotionale und physische Wirkung der Information auf den Empfänger beobachten,
- schrittweises Vorgehen mit Hilfe einer Checkliste, eines Leitfadens oder strukturierter Protokolls (Strukturierungshilfen müssen für beide Seiten gleichermaßen einsehbar sein),
- Wiederholungen (innerhalb von 20 Min.) und Zusammenfassungen einplanen,
- bei Widerständen durch selbstbildbedrohende oder selbst- und schemainkonsistente Informationen und kognitive Dissonanzen empathisches, schrittweises Vorgehen,
- Abschluß des Gesprächs immer mit mündlicher und schriftlicher Zusammenfassung.

##### Evaluationsphase:

- Nach Abschluß des Gesprächs Rückversicherung beim Empfänger, ob dieser die vermittelten Informationen als verständlich und nützlich empfindet und ob noch weiterer Informationsbedarf besteht, ggf. neuen Termin vereinbaren.
- Telefonische Rücksprache nach einigen Tagen, um zu erfahren, ob die erhaltene Information tatsächlich für das Problem hilfreich war bzw. ist.

### 7. Diskussion

Informationsvermittlung für Patienten/-Klienten im Gesundheits- und Sozialwesen ist unserem Verständnis nach ein zielgerichteter, reziprok verlaufender Kommunikationsprozeß. Er soll keinen bloßen Überreichungsvorgang darstellen, sondern ist erst dann erfolgreich abgeschlossen, wenn der Informations-

empfänger die Information auch tatsächlich nutzen kann. Der Informationsnutzer ist in diesem Kommunikationsprozeß ein aktiver und autonom entscheidender Partner.

In Anbetracht dieser Anforderungen erscheinen Berufsgruppen, die fachliche und pädagogische Kompetenz verbinden, z.B. Medizin- und Pflegepädagogen, zur Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen besonders geeignet.

Neben diesen personenspezifischen Faktoren ist Informationsvermittlung auch von bestimmten Rahmenbedingungen abhängig. Hierzu gehören u.a. Unterstützung von politischer Seite, die finanzielle Absicherung, die Trägerschaft, Qualitätskriterien, der Zeitfaktor und die Verortung. Darüber findet zur Zeit eine intensive und breitgefächerte Diskussion statt.

Wir haben in unserer Arbeit die face-to-face Kommunikation in den Mittelpunkt gerückt, da die Analyse anderer Forschungsstudien ergab, daß diese Form der Informationsvermittlung von Patienten/Klienten gewünscht wird und der Behaltens- und Nutzeffekt besonders hoch ist. Wobei sich die Frage ergibt, ob und wie dieser Effekt tatsächlich gemessen werden kann. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung von Informationsvermittlung könnte die Entwicklung und der Einsatz eines Instrumentes zur Evaluation von mündlicher Patienteninformation sein.

Zur Optimierung der Informationsvermittlung sollten über die face-to-face Kommunikation hinaus auch die neuen Medien genutzt werden. Durch die Möglichkeiten, die das Internet bietet, sehen sich Informationsvermittler und Empfänger gleichermaßen einer stetig wachsenden Informationsfülle ausgesetzt. Zur Bewältigung dieses Problems bedarf es unserer Meinung nach der Vernetzung vorhandener Datenbanken und der empfängerorientierten Aufbereitung der Informationen durch den Informationsvermittler.

## 8. Zusammenfassung

Informationsvermittlung im Gesundheits- und

Sozialwesen stellt ein komplexes Geschehen dar, in dem Kommunikations- und Lernprozesse miteinander verflochten sind. Sie sollte von daher einerseits den Regeln der Kommunikation und andererseits pädagogischen Gesichtspunkten genügen. Über eine medizin- und pflegepädagogisch begleitete Wissensvermittlung erhöht sich die Chance, daß die gegebene Information bei dem Empfänger ankommt und von ihm genutzt werden kann.

Die Qualität und der Erfolg der Informationsvermittlung wird dadurch bestimmt, inwiefern auf die Elemente des individuellen Informationsverarbeitungsprozesses, d.h. Informationsinteresse, Informationsaufnahme, Informationsverarbeitung, Informationsspeicherung und Informationsreaktivierung eingegangen wird. Angesichts der zuvor benannten Bedingungsfaktoren für eine bestmögliche Informationsverarbeitung und damit einen bestmöglichen Nutzen und Behaltenseffekt müssen auch von politischer Seite die entsprechenden Voraussetzungen gewährleistet werden.

Unsere Empfehlungen stellen das Ergebnis einer ersten Auseinandersetzung mit der Thematik dar. Sie könnten als Ausgangspunkt für die Erarbeitung eines Informationskonzeptes oder für die Entwicklung von Qualitätskriterien zur Vermittlung von Gesundheitsinformationen dienen. Ein geeigneter Rahmen für eine unseren Vorstellungen und Erkenntnissen entsprechende Informationsvermittlung könnte eine Gesundheitsinformations- und Koordinationsstelle sein.

*Kontakt über die Redaktion:*

*Institut für Pflegewissenschaft  
Universität Witten/Herdecke  
Hochschulforum Pflege  
Stockumer Str. 12  
58453 Witten*

*Fax: 02302 669 318*

*Email: Hochschulforum-Pflege@uni-wh.de*

## Literatur:

*Beier, Jutta, Thesen zu Gegenstandsbereichen und Forschungsfeldern der Medizin- und Pflegepädagogik. In: www.PRINTERNET.com 4/99; PRINTERNET PÄDAGOGIK S. 102-111*

*Beyer, W., Informationsvermittlung in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Überblick. IDD Verlag für Internationale Dokumentation Werner Flach KG, Frankfurt am Main, 1982*

*Capurro, R., Ein Beitrag zur etymologischen und ideengeschichtlichen Begründung des Informationsbegriffs. München, New York, London, Paris: Saur, 1978*

*Döring, K.W., Lehren in der Weiterbildung, Weinheim, Deutscher Studien-Verlag, 1990, S. 100-127*

*Höflich, J. R., Technisch vermittelte interpersonale Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1996*

*Grosser, C., Kommunikationsform und Informationsvermittlung. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag GmbH, 1988*

*Koch, A. & Kühn, S., Richtig mit Patienten reden. Melsungen: Bibliomed, Medizinische Verlagsgesellschaft, 1999*

*Möbius, K., Untersuchungen zu Informationsbedürfnissen der Patienten im Rahmen krankenschweflerischer Tätigkeiten - Ableitung von Schlussfolgerungen für die Befähigung der Auszubildenden. Diplomarbeit am Institut für Medizin- und Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, 1994*

*Nink, H., Informationsvermittlung: Aufgaben, Möglichkeiten und Probleme. Deutscher Universitäts-Verlag GmbH, Wiesbaden, 1991*

*Riemer, U., Untersuchungen zu Informationsbedürfnissen der Patienten im Rahmen der krankenschweflerischen Tätigkeit und Ableitung von Schlussfolgerungen für die Befähigung von Auszubildenden zur Informationsvermittlung. HUB Institut für Medizin-, Diplomarbeit, 1993*

*SEKIS, Expertendialog: Bedarf und Qualität von Patienteninformationssystemen aus Nutzersicht. Berlin, 2000*

*Stein, R., Kaum 'Guten Tag' gesagt, schon die Spritze drin. In: Tagesspiegel, 12.3.2000, S. 32*

*Vester, F., Denken, Lernen, Vergessen. Was geht in unserem Kopf vor, wie lernt das Gehirn und wann läßt es uns im Stich? 23. neu überarbeitete Auflage, dtv 30003, 1996*

*Wersig, G., Informationssoziologie. Hinweise zu einem informationswissenschaftlichen Teilbereich. Frankfurt a.M.: Athenäum Fischer Taschenbuch Verlag GmbH & Co, 1973*

*Zimbarido, P.G., Psychologie, 5. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer, 1992*

# ZUKUNFTSWERKSTATT ROBERT BOSCH STIFTUNG – PFLEGEAUSBILDUNG IN DER ZUKUNFT

Christel Bienstein

**Fast 8 Jahre nach der Präsentation der Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ der Robert Bosch Stiftung stellte die „Zukunftswerkstatt“ der Stiftung ihre Vorstellungen zur Ausbildung der Pflegenden in den nächsten Jahrzehnten vor. Nach der u.a. durch die Initiative der RBS angeschobenen akademischen Entwicklung der Pflege zeichnete sich ein deutlicher Bedarf für die Neuorganisation der beruflichen Erstausbildung in der Pflege ab. Die jetzige Ausbildung ist durch ihre Fokussierung des Handlungsortes Krankenhaus gekennzeichnet und durch eine nicht mehr haltbare Gliederung der pflegerischen Ausbildungen anhand des Alters der zu betreuenden Menschen. Die Zukunft der pflegerischen Handlungsbedarfe wird jedoch nicht in den Institutionen sondern im häuslichen Feld zu finden sein. Weiterhin beeinträchtigt die nicht vorhandene Einbindung in das allgemeine Bildungssystem, die mangelnde Durchlässigkeit der beruflichen Professionalisierung sowie trägerspezifische und praxisabhängige Beeinträchtigungen immer deutlicher die Gestaltung der Ausbildung. Das theoretische Angebot orientiert sich ebenfalls noch zu sehr an den medizinischen Fächern und nimmt die Pflegebedürfnisse der Betroffenen und ihrer Angehörigen nur unzureichend in den Blick.**

Nicht nur die Berufsverbände und die Gewerkschaft, die Organisation der Lehrenden wie die der Leitenden Pflegepersonen äußerten seit vielen Jahren ihre Kritik an dem bestehenden Ausbildungsmodell. Es zeigt sich bedarfs- und europainkompatibel, separatistisch und sackgassenförderlich und entspricht damit schon seit einigen Jahren nicht mehr den Bedürfnissen an pflegerischer Unterstützung der Bevölkerung.

Die Robert Bosch Stiftung ergriff 1997 die Initiative und beschloß, Experten zur Erarbeitung einer neuen Ausbildungskonzeption für die Pflegeberufe zu berufen, die unter Sichtung der bereits vorliegenden Empfehlungen verschiedenster Organisationen und Initiativen ein zukunftsweisendes Profil für die berufliche Ausbildung der Pflegenden erarbeiten sollten. In 16 mehrtägigen Sitzungen entstand unter der Mitarbeit von 10 Expert/innen die Denkschrift „Pflege neu denken“, die am 28. November 2000 der Öffentlichkeit im Abgeordnetenhaus in Berlin präsentiert wurde.

10 Empfehlungen bilden die Basis, die zur Neugestaltung der pflegerischen Ausbildung für die Zukunft Berücksichtigung finden sollen. Besonderes Gewicht legten die Experten auf die Möglichkeit der Veränderung der Ausbildung schon unter den heutigen Bedingungen, um den zukünftigen Anforderungen Rechnung zu tragen. Ein umfangreiches Kapitel beschäftigt sich hierzu mit Anregungen, die u.a. die Modularisierung der Ausbildungsinhalte ebenso in Betracht ziehen, wie der Zusammenschluß von Schulen zu

Schulverbänden.

Kernstück der Empfehlungen sind die veränderten Ausbildungsstrukturen. Das vierstufige Modell geht von unterschiedlichen Qualifikationsprofilen der zukünftigen Pflegefachpersonen aus. Die Grundlage aller Ausbildungen ist eine generalistische, die sowohl für die Pflege von Kindern, alten und akut erkrankten Menschen unterschiedlichen Alters qualifiziert. Schwerpunktsetzungen innerhalb der Ausbildung bieten die Möglichkeit der Vertiefung schon während der beruflichen Erstausbildung und führen zu einer Verkürzung der Weiterbildungen.

Pflegefachperson I	2jährige berufsbildende Pflegeschule oder gleichwertige Schulbildung
Pflegefachperson II (Sek II)	4jährige berufsbildende Pflegeschule oder gleichwertige Schulausbildung
Pflegefachperson II (Hochschule/Berufsakademie)	mit Diplom oder Bachelor-Abschluß
Pflegefachperson III	mit Universitätsdiplom, Magister- oder Masterabschluß

**Qualifikationsstufen** (siehe Kasten)

An die Stelle der bestehenden Dreigliederung der pflegerischen Berufe (im engeren Sinne)

tritt eine Pflegeausbildung, gegliedert durch drei bzw. vier Qualifikationsstufen. Die Durchlässigkeit zwischen den Qualifikationsstufen ist garantiert.

Dabei geht die Zukunftswerkstatt davon aus, daß die Unterstützung der Selbstpflegekompetenz der Betroffenen und die Begleitung pflegender Angehöriger an Bedeutung gewinnen. Diesem Anspruch muß auch ein neues Ausbildungssystem Rechnung tragen. Nicht die Felder, in denen Pflege stattfindet, entscheiden über die Inhalte der Ausbildung sondern die Ausprägung und die Art der unterschiedlichen Bedürfnisse der Bevölkerung müssen sich in den Curricula widerspiegeln.

Die Experimentierklausel, sowohl im Kranken- wie im Altenpflegegesetz, läßt jetzt schon Modelle zur Erprobung zu. Diese Möglichkeit sollte von den Schulen gezielt genutzt werden, um u.a. Kenntnisse darüber zu gewinnen, ob veränderte Ausbildungsstrukturen und -inhalte dem pflegerischen Bedarf der Bevölkerung gezielter Rechnung tragen.

Besonders in einer Zeit, in der sich immer weniger junge Menschen um immer mehr ältere Menschen kümmern müssen, ist eine verantwortungsvolle Gestaltung der Ausbildung, die nicht als Sackgasse erlebt wird und die die unterschiedlichen Möglichkeiten der Auszubildenden berücksichtigt, von hoher gesellschaftlicher Bedeutung.

*Die Denkschrift „Pflege neu denken“ kann bei der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart, Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart, oder über den Buchhandel (Schattauer Verlag, Stuttgart) bezogen werden.*

# PATIENTENBETEILIGUNG UND KONSUMENTEN-SOUVERÄNITÄT AUF DEM GESUNDHEITSMARKT

Christine von Reibnitz

## Einleitung

Das deutsche Gesundheitswesen ist bislang hauptsächlich auf Leistungserbringer und Kostenträger ausgerichtet. Patientinnen und Patienten tauchen meist als Objekte der Fürsorge auf. Maßnahmen zur Konsumenten- und Patientenbeteiligung sind daher im bundesdeutschen Gesundheitssystem relativ neu. Die aktuellen gesundheitspolitischen Reformansätze zeigen erste konkrete Ansätze, Patientenpositionen in der medizinischen Versorgung vermehrt zu berücksichtigen. Diese Entwicklung begründet sich nicht nur ethisch sondern zunehmend auch ökonomisch. Förderung der Konsumenten- und Patientensouveränität kann zu einer Nachfragereduzierung nach Gesundheitsleistungen beitragen. Voraussetzung hierfür ist eine stärkere Umorientierung auf die Versicherten und Patienten, damit diese mehr Selbstverantwortung für Gesundheit und Krankheit übernehmen. Nur informierte und aufgeklärte Versicherte und Patienten können ihre Gesundheit fördern und sind in der Lage, die Einrichtungen des Gesundheitssystems sinnvoll zu nutzen und zum Erfolg einer Behandlung beizutragen. Informierte Konsumenten sind durchaus mitentscheidungsfähig und stellen wahrscheinlich eine der wichtigsten Ressourcen im Kampf gegen Unwissenheit, Qualitätsmängel und Verschwendung im Gesundheitswesen dar.

## Gibt es Konsumentensouveränität auf dem Gesundheitsmarkt?

Die Idee der Konsumentensouveränität, ein Grundgedanke der Marktwirtschaft, besagt in ihrer einfachsten Form, dass die Konsumenten durch ihre Nachfrage in Abhängigkeit ihrer Präferenzen und im Rahmen ihres verfügbaren Einkommens die Produktion steuern. Die Präferenzen des Konsumenten sind gegeben und werden von ihren Bedürfnissen und ihren Ansichten über eine angemessene Lebensführung bestimmt. Jeder Konsument ist jedoch frei in seinen Entscheidungen über Art und Menge der zu erwerbenden Güter. In der Markttheorie bedeutet Konsumentensouveränität aber nicht nur freie Wahlmöglichkeiten für den Verbraucher sondern auch, dass sich die Anbieter nach den Wünschen der Nachfrager richten, wie sie in deren monetären Nachfrage zum Ausdruck kommen, und dass es keinen Einfluss der Produzenten auf die Präferenzen der Konsumenten gibt (Stobbe, 1983). Damit ist das Individuum letzte Instanz für die Bewertung von alternativen Maßnahmen und für die Frage, ob ihm eine Maßnahme nützt oder schadet.

Im Gesundheitswesen jedoch lässt sich fest-

stellen, dass - folgt man den marktwirtschaftlichen Grundsätzen – die Konsumentensouveränität stärker als in anderen Sektoren eingeschränkt ist. Patientenrechte und Eigenverantwortung finden sich zwar in der Gesetzgebung (§1 Absatz 2 SGB V), aber eine Umsetzung erfolgt nur unzureichend. Informationsasymmetrie gilt als ein wesentlicher Grund dafür, dass Konsumentenpartizipation und -souveränität wenig ausgebildet sind. Wird einerseits von der Gesundheitspolitik Eigenverantwortung der Bürger verlangt, so müssen auch geeignete Voraussetzungen zur Informationsvermittlung geschaffen werden. Konsumentenstärkung beinhaltet daher als wesentliches und notwendiges Merkmal, das Informationsdefizit der Konsumenten gegenüber den Health Professionals zu verringern.

## Voraussetzungen für Konsumentensouveränität auf dem Gesundheitsmarkt

In einem marktwirtschaftlichen System hat die Konsumentensouveränität einen wesentlichen Einfluss auf die Angebotsgestaltung und die Preissetzung. Eine Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen hängt maßgeblich vom Ausmaß und der Gestaltung der

Patienten- und Konsumentenpartizipation ab. Entscheidet doch letztlich der Nachfrager auf einem Markt über Art und Zusammensetzung des Angebots. Sachlicher und objektbezogener Informationsbedarf in einem wettbewerblich orientierten Gesundheitswesen ist eine Grundvoraussetzung für Konsumentensouveränität.

## Besonderheiten der Informationsvermarktung im Gesundheitswesen

Die subjektive Aufnahmefähigkeit von Informationen durch individuelle Konsumenten unterliegt im Regelfall psychischen Beschränkungen (Simon, 1982). Hierbei ist die Gewichtung der persönlichen Erfahrungen bei der Aufnahme und Bewertung von Informationen und die Rolle der eigenen Präferenzen bei der Schätzung und Bewertung von Risiken von maßgeblicher Bedeutung. Hohe Kosten für die Suche und Selektion von Informationen verursachen tendenziell eine Über- oder Unterschätzung der eigenen Risiken durch die Konsumenten. Hier entsteht ein Bedarf an öffentlichen Regulationsmaßnahmen, die den Schutz der Konsumenten bezwecken, sowie an markt-immanenten Instrumenten, die darauf abzielen, die Informationsdefizite und die Bedürfnisse der Konsumenten zur Verminderung des Risikos zumindest teilweise zu befriedigen (durch direkte Qualitätsinformationen der Leistungsanbieter). Im Gesundheitswesen finden sich häufig die Situation fehlgeleiteter Nachfrageallokation, in denen Informationen über die in Frage kommenden medizinischen Leistungen, z.B. im ambulanten Bereich nicht den Konsumenten selbst, sondern einer Berufsgruppe von Spezialisten überlassen ist. Der Kaufpreis belastet nicht den Konsumenten direkt, sondern wird durch verschiedene Kostenträger externalisiert (z.B. Markt für

rezeptpflichtige Medikamente). Folglich wird die Informationsqualität nicht über den Preis abgebildet.

Schwächen der Konsumentenposition zeigen sich unter anderem in einem Kompetenzdefizit bezüglich der Beurteilung von medizinischen Leistungen und Produkten, die in einer hochtechnisierten, spezialisierten und komplexen Welt immer schwerer für den Einzelnen im Hinblick auf die Förderung oder Behinderung seiner Eigeninteressen zu bewerten sind. Die in einer funktionsfähigen, marktwirtschaftlich strukturierten Gesellschaft vorausgesetzte Rationalität der Konsumententscheidung hängt jedoch gerade von einer informierten Nutzen-Risiko-Abwägung ab, die den Konsumenten erst in die Lage versetzt, seine Interessen optimal zu verfolgen. Die Garantie der Möglichkeit einer solchen informierten und bewerteten Konsumentenentscheidung ist deshalb auch mit Hilfe von Patientenrechten zu sichern.

Die Stellung des Konsumenten am Gesundheitsmarkt wird ansatzweise durch wettbewerbspolitische Maßnahmen gestärkt. Notwendig hierfür sind allerdings geeignete Maßnahmen zur Beseitigung und Ausgleich der marktbezogenen Asymmetrien. Informationen werden teilweise durch öffentliche (z.B. Verbraucherberatung durch Verbraucherzentralen, öffentliche Rechtsberatung, Gesundheitsberatung) und quasiöffentliche, anbieterunabhängige Informationssysteme (z.B. Dienstleistungstests der Stiftung Warentest) zur Verfügung gestellt. Private Anbieter werden gesetzlich (Packungsinformation bei Arzneimitteln gemäß § 11 AMG), vertragsrechtlich (Gebrauchsanleitung als Neben (leistungs)pfllicht) und deliktsrechtlich (Produzentenhaftung) in die Pflicht genommen, den Verbrauchern Gebrauchs- und Verhaltensanweisungen zur Verfügung zu stellen. Wird eine solche Informations-, Beratungs- oder Auskunftspflicht nicht erfüllt (oder schlecht erfüllt), dann drohen dem Verpflichteten Sanktionen durch die Auferlegung von Schadensersatzpflichten, die etwa im Rahmen der Produzentenhaftung bis zur Verpflichtung des Rückrufs von Waren gehen und etwa im Bereich der öffentlich-rechtlichen Arzneimittelkontrolle zur Rücknahme der Zulassung und damit zur Herausnahme eines Präparates aus dem

Marktführen können.

### **Verbraucherinformation als wesentliche Bedingung**

Verbraucherinformation ist heute in ein System privater und öffentlicher Informationsvermittlung zu integrieren, das darauf abzielt, eine informierte und rationale Konsumententscheidung zu ermöglichen. Verbraucherinformation ist eine Voraussetzung für die Förderung und Erhaltung der Steuerungskraft der Konsumentenentscheidung unter marktwirtschaftlichen Bedingungen. Die Informationsverschaffung ist daher sowohl eine öffentliche Pflicht sowie auch zivilrechtliche Anbieterpflicht. Der Konsument kann sich dieser Information bedienen und sollte das Angebot nutzen. Verbraucherinformation ist insbesondere auf dem Dienstleistungsmarkt eine rechtliche Aufgabe. Aufgrund der Professionalisierung und Spezialisierung bilden sich spezifische Expert-Klient-Beziehungen heraus, die regelmäßig durch hohe professionelle, spezialisierte Kompetenz des Experten bei Angewiesenheit des Klienten auf die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Experten gekennzeichnet sind. Dies trifft insbesondere auf die Arzt-Patient-Beziehung zu. Sie wird von den medizinischen Professionen als wichtige Voraussetzung der Erfolgchance ärztlicher Heilbehandlung angesehen. Die Qualität der ärztlichen Leistung hängt insbesondere von der Kooperation zwischen Arzt und Klienten ab. Die Arzt-Patient-Beziehung ist auf gegenwärtiges Vertrauen und Kooperation angewiesen. Aufgrund der besonderen Eigenschaften des Gutes Gesundheit und der allgemeinen Persönlichkeits- bzw. Selbstbestimmungsrechte kann diese Beziehung auch als Behandlungs- und Entscheidungspartnerschaft bezeichnet werden. Der Arzt sollte dem Patienten eine verständige Abwägung und eine freiwillige und d.h. eine selbstbestimmte Entscheidung über das ob und wie der Behandlung ermöglichen. Daraus folgt, dass der Experte gegenüber dem Klienten informationspflichtig ist. Professionalisierung und Patientenzentrierung sind deshalb zwei aufeinander zu beziehende Elemente der Arzt-Patienten-Beziehung. Patientenzentrierung bedeutet, die Kompetenz des Arztes in eine hilfreiche Interaktion zu über-

setzen und die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung (Mündigkeit und Autonomie) des Patienten zu unterstützen bzw. erst zu ermöglichen (Siegrist, 1981).

Sozialwissenschaftliche Analysen zur Arzt-Patienten-Beziehung stellen überwiegend den Zusammenhang zwischen Information des Patienten über Diagnose und Therapie, Entstehung und Vertiefung der Vertrauensbeziehung zum Arzt und der positiven Beeinflussung von Heilungsverlauf und -erfolg heraus. Information wird als Voraussetzung für die Vertrauensbeziehung, die positive Identifikation und die aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit analysiert (Schmidt, 1981). Dies wird gleichermaßen von der medizinischen Literatur bestätigt. (Siegrist, 1981). Es findet ein Wandel der lange Zeit vorherrschenden paternalistischen zu einer partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung statt. Das Bild des entscheidungssicheren Arztes erfährt gegenwärtig eine Ablösung durch eine neue Arztrolle, die infolge des Wandels des Krankheitspanoramas, der eingestandenen Begrenztheit des medizinischen Wissens und der Abhängigkeit von der Compliance des Patienten künftig eher kommunikativ sein sollte. Der Prozess der therapeutischen Entscheidungsfindung stellt dann im Sinne der Konsumentensouveränität eine gemeinsame Interaktion zwischen Arzt und mündigen Patienten dar.

Das starke Medieninteresse an Gesundheit führt einerseits zu einem großen, häufig unsachlichen Informationsangebot, andererseits aber auch zu einer Überflutung mit teilweise widersprechenden Informationen. Diese Entwicklung wird verstärkt durch zunehmende Tendenzen einer wettbewerblichen Orientierung des Gesundheitswesens, so dass auf Seiten der Konsumenten und Patienten insgesamt ein wachsender Bedarf an angemessenen und sachlichen Informationen sowie an Transparenz entsteht.

### **Patientenpartizipation und Handlungskompetenz im Gesundheitswesen**

Patientenpartizipation sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich der Gesundheitsversorgung zielt auf eine institutionelle Unterstützung des kooperativen Zusammen-

wirkens von Patient und Health Professionals. Dies setzt eine Entwicklung gleichberechtigter Kommunikationsprozesse im Setting der medizinischen Versorgung voraus. Der Grundgedanke einer aktiven Beteiligung der Bürger in Entscheidungen über gesundheitliche Versorgung wurde schon 1978 in der Alma Ata Deklaration fixiert. Dort heißt es zum Punkt „Partizipation“:

„Die Bevölkerung sowohl an der Formulierung der Aufgaben als auch an den Bemühungen um die Problemlösung im Gesundheitsbereich aktiv beteiligt werden, so dass Gesundheitsversorgung den jeweiligen örtlichen Bedürfnissen und Prioritäten gerecht werden kann“. (Diesfeld, 1998, S.887)

Auch der Sachverständigenrat der Konzierten Aktion im Gesundheitswesens stellt in seinem Gutachten von 1992 die elementaren Rechte des Patienten heraus und betont das Recht der Selbstbestimmung im Rahmen der medizinischen Versorgung:

„Zur Wahrnehmung der eingeräumten Rechte bedarf es eines aufgeklärten und mündigen Patienten, der bereit ist, die vermeintliche Geborgenheit der vertrauensvoll geschehenlassenden Patientenrolle zu verlassen und das Recht der freien Selbstbestimmung in oft folgenschwerer Entscheidungen in eigener Verantwortung auszuüben und damit Mitverantwortung zu übernehmen“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1992, S.363).

Die aktive Auseinandersetzung mit dem eigenen Gesundheitsverhalten und auch die selbständige Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit haben in jüngster Zeit in der Bevölkerung zugenommen. Dies trifft insbesondere für Menschen mit gesundheitlichen Störungen, chronischen Erkrankungen und Behinderungen zu. Sie zeigen deutliche Tendenzen weg von der klassischen Patientenrolle hin zu einer partizipativen Rolle. So führt beispielsweise die Schulung chronisch Kranker über den selbständigen Umgang mit ihrer körperlichen Einschränkung nachweislich zu einer Reduzierung der Nachfrage von Gesundheitsleistungen und zu Kosteneinsparungen, (Drummond et al., 1994; Bernhard-Bonin, 1995). So konnte in einer Kosten-Nutzenanalyse bei Schulungs-

maßnahmen für asthmakranke Kinder belegt werden, dass schon im Verlauf eines Jahres sowohl die Behandlungskosten gesenkt als auch die Lebensqualität gesteigert werden konnte (Scholti et al., 1996). Die Wirksamkeit von Patientenschulung in der ambulanten Betreuung von postoperativen, geriatrischen und Aids-Patienten zeigt sich in reduzierten stationären Aufenthalten, einer geringeren Zahl von Wiederaufnahmen, einer kürzeren mittleren Verweildauer bei stationären Aufenthalten und somit auch in niedrigeren Kosten pro Jahr und Patient (Schroeder, 1993; Leenerts et al., 1996; Steward et al., 1998; Smeenk et al., 1998; Sheppard et al., 1998).

Die Erhöhung der Handlungskompetenz im Bereich Gesundheit und die aktive Beteiligung am Gesundheitsgeschehen lassen sich auch durch die vermehrte Zunahme von Selbsthilfegruppen, Patientenberatungsstellen und auch selbstorganisierte Patienteninitiativen ersehen. In ihrer Struktur und ihrem Inhalt sehr unterschiedlich, verfolgen sie doch ein gemeinsames Ziel, Patienten durch Informationen, Beratung und Erfahrungsaustausch in ihrer neuen Rolle zu stärken. Im Vergleich zu vielen anderen europäischen Ländern ist Deutschland bezüglich Patientenrechte ein Entwicklungsland: Eine Patientencharta und Einrichtungen wie Patientenanwaltschaften gibt es Deutschland (noch) nicht, bestehende Rechte sind kaum bekannt. Informations- und Unterstützungsaufgaben übernehmen zur Zeit vor allem die (wenigen) Verbraucherzentralen und Patientenstellen. Patienteninitiativen versuchen unter Nutzung neuer Medien den Zugang zu Informationen zu erleichtern. Auch professionelle Einrichtungen erproben verschiedene Zugangswege, um Patienten gezielt zu informieren. Konsumenten medizinischer Dienstleistungen werden aber auch mit medialen Informationen überflutet und benötigen daher Orientierungshilfen auf dem für sie doch tendenziell unüberschaubaren Gesundheitsmarkt. Um bewusste persönliche Entscheidungen treffen zu können, müssen sie sich aus den vielfältigen Angeboten die effektivsten und effizientesten Alternativen herausuchen. Das Überangebot von Daten und Informationen über Gesundheit, das auch häufig in die Irre führt, wird es den Konsumenten immer schwerer machen, zu

einer für sie ausreichenden Urteilsgenauigkeit zu kommen (Eysenbach & Diepgen, 1998). Oft sind die vorhandenen Informationen auch zu mittelstandsorientiert und setzen ein hohes Bildungsniveau der Konsumenten voraus und bieten wenig Hilfestellung zum Zurechtfinden im Angebot des Gesundheitsmarktes (Smith et al., 1998). Sie benötigen verständliche Informationen, die das Selbstmanagement und die Eigenverantwortung fördern, das Für und Wider wissenschaftlicher Erkenntnisse darstellen, eine reale Wahlmöglichkeit eröffnen und eine anschließende Qualitätsbeurteilung ermöglichen (Coulter, 1998).

Eine wesentliche Voraussetzung für eine wirkliche Befähigung des Patienten ist daher eine hohe Qualität der Informationen und die Transparenz über die Qualität.

### Resumee

Eine weiterführende Entwicklung von Konsumentenpartizipation und -stärkung im Gesundheitswesen stellt eine wichtige Aufgabe für Gesundheitspolitik und Health Professionals dar. Wird ein Patient als Konsument medizinischer Leistungen definiert, so impliziert dies, dass er als autonomer Konsument frei seine Auswahl aus dem Gesundheitsangebot trifft. Die Marktstellung des Konsumenten im Gesundheitswesen ist aber im Vergleich zu anderen Dienstleistungssektoren wenig ausgeprägt. Dies zeigt sich insbesondere in einem Informations- und Kompetenzdefizit. Jedoch kann insbesondere praktische Konsumentenstärkung vor allem durch Maßnahmen der Patientenaufklärung, Patientenschulung, insbesondere von chronisch Erkrankten sowie Beratung über verschiedene Therapieangebote stattfinden. Durch eine zielgerichtete Kooperation aller wichtigen Akteure im Gesundheitswesen und die Vernetzung ihrer Informationssysteme, sollte es möglich werden, ein effektives und seriöses Informationsangebot für Fachleute, Bürger und Patienten zu schaffen und zugänglich zu machen. Verbesserte Konsumenteninformation und Entwicklung von Richtlinien für die Informationsvermarktung können zur einer Nachfragereduktion und Kostensenkung im Gesundheitswesen beitragen. Konsumentensouveränität ist eine

wesentliche Voraussetzung für rationalere Krankheitsbehandlung, unterstützt die Prävention und trägt zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens bei. Entwicklungsbedarf besteht aber vor allem noch bei folgenden Punkten:

- Schaffung von mehr Transparenz über Behandlungsmethoden und über die medizinischen Versorgungseinrichtungen durch die Selbstverwaltung,
- Kammern müssen eine größere Rolle bei der Informationserteilung einnehmen,
- Etablierung unabhängiger Patientenberatungsstellen
- Es müssen neutrale, wissenschaftlich kontrollierte und supervisierte Informationsagenturen eingerichtet werden, die die Patienten bei der Entscheidungsfindung über Informationen und Dienstleistungsangebote unterstützen und
- die Beteiligung von Patienten an Gutachterkommissionen, Schlichtungsstellen, Ethikkommissionen, der Festlegung von Behandlungsstandards und an der Selbstverwaltung der Krankenkassen.

Der Patient sollte Mitgestalter im Prozess des eigenen Gesundheitsgeschehens werden. Dies erfordert aber ein verändertes Rollenverständnis aller Beteiligten. Patienten und Konsumenten sind Experten der eigenen Lebenswelt.

Kontakt:

Dr. Ch. von Reibnitz  
Sylldorfer Kirchenweg 102  
D-22589 Hamburg

Email: Reibnitz@comundo.de

### Literatur:

Bernhard-Benin, A. C. (1995). *Selfmanagement teaching programs and morbidity of paediatric asthma. Journal of Allergy* 95, 34-41.

Coulter, A. (1998). *Evidence based information is important, so there needs to be national strategy to ensure it. British Medical Journal* 317, 225-226.

Diesfeld, H. J. (1998). *Internationale Gesundheitsprobleme. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften. Neuauflage (875-905). Weinheim: Juventa.*

Drummond, N., Abdalla, M., Friend, J. et al. (1994). *Effectiveness of routine self monitoring of peak flow in patients with asthma. Grampian asthma study of integrated care. British Medical Journal* 308, 564-567.

Eysenbach, G. & Diepgen, T. (1998). *Towards quality management of medical information on the internet: evaluation, labelling and filtering of information. British Medical Journal* 317, 1496-1500.

Leenerts, M. H., Koehler, J. A. & Neil, R. M. (1996). *Nursing care models increase care quality while reducing Costs. Journal of the Association of Nurses* 7, 37-49.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1992). *Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa, Jahresgutachten 1992, Baden-Baden: Nomos.*

Schmidt, A. (1981). *Psychologische Aspekte der Information und Vorbereitung des Patienten. In B. Jung & S. Schreiber (Hrsg.), Arzt und Patient zwischen Therapie und Recht (103). München: List.*

Sheppard, S., Harwood, D., Jenkinson, C. et al. (1998). *Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. A three month follow up of health outcomes. British Medical Journal* 316, 1786-1790.

Siegrist, J. (1981). *Der Wandel der Medizin und der Wandel der Arzt-Patient-Beziehung. In V. Jung; A. Schreiber (Hrsg.), Arzt und Patient zwischen Therapie und Recht (128-139). Stuttgart: Klett-Cotta.*

Simon, H. A. (1982). *Bounded Rationality. Behavioral Economics and Business Organization. London: Cambridge University Press.*

Smeenk, F., van Haastregt J. C. M., de Witte, L. P., et al. (1998). *Effectiveness of home care programmes for patients with incurable cancer on their quality of life and time spent in hospital: systematic review. British Medical Journal* 316, 1939-1943

Smith, H., Gooding, S., Brown, R. et al. (1998). *Evaluation of readability and accuracy of information leaflets in general practice for patients with asthma. British Medical Journal*, 317, 264-265.

Stobbe, W. (1983). *Volkswirtschaftslehre II. Berlin: Springer.*

## Berührung bewegt – Bewegung berührt

Die Basale Stimulation in der Pflege  
– Organisationskomitee Schweiz  
veranstaltet:

Arbeitstagung – nur für  
MultiplikatorInnen / KursleiterInnen /  
PraxisbegleiterInnen,  
18. Mai 2001

Internationaler Kongress,  
19.-20. Mai 2001

- Prof. A. Fröhlich, Einstiegsreferat
- B. Werner, „Basale Stimulation in der Pflege nach Andreas Fröhlich. Analyse und Evaluation des Konzeptes aus pflegewissenschaftlicher Perspektive“
- A. Wieler-Hausamann, „Berühren geht durch die Haut“
- PD Dr. A. Curt, «Querschnittlähmung: Wenn Körper und Gehirn sich nicht mehr verstehen.»
- D. Rothenbach, „Stimulation und ihre Bewegungsantworten: Grundmuster und Differenzierung in der menschlichen Bewegungskentwicklung“
- Frau Ch. Bienstein, „Neuere Erkenntnisse aus der Wissenschaft zu Bewegung und Berührung“
- Vielfältige, praxisnahe Workshops

Veranstaltungsort ist das Gwatt-Zentrum  
am Thunersee, Schweiz

Anmeldung und Programme erhältlich bei:

Frau A.M. Sigerist  
Dattelberggrain 4  
CH-6010 Kriens

# „... KOMBINIERE ?! ...“

## ÜBER DEN ZUSAMMENHANG VON KRIMINALISTISCHER TÄTIGKEIT, WISSENSCHAFTLICHER ARBEIT UND PFLEGERISCH-MEDIZINISCHEM VORGEHEN

Angelika Abt – Zegelin

**Zahlreiche Beiträge aus unterschiedlichen Wissensgebieten zeigen ähnliche Erkenntniswege des wissenschaftlichen Arbeitens, der kriminalistischen Tätigkeit und des ärztlich-pflegerischen Vorgehens auf. Eigene Erfahrungen bestätigen diese Zusammenhänge: während meiner Doktorarbeit über Bettlägerigkeit kam ich mir oft genug wie ein Detektiv vor, immer ging es darum, Verborgenes an die Oberfläche zu heben. Die Fragen zur Erhöhung der theoretischen Sensibilität im Forschungsansatz der Grounded Theory (Strauß/Corbin 1996): wer? wann? wo? was? warum? wieviel? wie? könnten aus dem Arbeitsarsenal eines Polizeibeamten stammen.**

In der Tat gibt es viele Gemeinsamkeiten zwischen Feldforschung, Kriminalarbeit und dem diagnostischen Gang bei Patienten. Hier wie dort wird gesucht, gesichert, gemessen und nach Ursachen gefahndet. Es wird interviewt, vertextet, beschriftet, dokumentiert, typisiert, kategorisiert, kurzum: es werden Spuren gesichert, Daten erhoben und erschlossen und immer wieder die Gültigkeit des Wissens in Frage gestellt.

Was dort Verdacht heißt, wird in anderen Prozessen Hypothese oder Vermutungen genannt und auch Archäologen, Paläontologen und viele andere Wissenschaftler, die auf Rekonstruktion angewiesen sind, kennen Arbeitsschritte mit „Lupe und Logik“.

Aber es gibt natürlich auch Unterschiede, nicht nur in der Theoriebildung.

Kripobeamte raten nicht, sie schlußfolgern methodisch und die meisten berühmten Detektivromane oder Figuren folgen einem speziellen Aufklärungsansatz.

Während die älteren Texte z.B. bei E.T.A. Hoffmann oder E.A. Poe noch eher dem „Geheimnis“ verpflichtet sind, lassen sich bei den späteren Detektiven oder Polizisten stets bestimmte Ansätze des Nachforschens erkennen.

Columbo folgt Dostojewski, Nick Knatterton „kombiniert“. Erik Ode als Kommissar plagt sich mit Selbstzweifeln und glaubt längst nicht mehr an die „absolute Wahrheit“. Philip Marlowe und Maigret psychologisieren, Hitchcock und Wallace lassen die Umstände sprechen, Fleming teilt die Welt in Gut und Böse und schuldet höhere Mächte an.

Recht gut „untersucht“ ist die Methode des Sherlock Holmes.

Bloch (1965) schreibt: „Sherlock Holmes geht naturwissenschaftlich-induktiv vor, aus dem Straßenschmutz an den Schuhsohlen seiner Besucher erkennt er, von welchen Stadtteilen Londons sie kommen, er unterscheidet alle Arten von Tabakasche, Chemie ist seine bevorzugte Wissenschaft“.

Conan Doyle war Arzt, dem kritischen Rationalismus verpflichtet, läßt er Holmes und Watson logische Folgerungen entwickeln, Ausschlußdiagnosen betreiben und Indizes finden.

Die Erzählfiguren spiegeln Doyles Erfahrungen im Edinburger Krankenhaus wider. Sein ärztliches Vorbild, Professor Dr. J. Bell war bekannt für scharfsinnige Beobachtungen und überraschende Deutungen und Doyle hatte zweifellos die Absicht, eine streng wissenschaftliche Methode in die Kriminalarbeit einzuführen.

Tatsächlich finden sich bei einer Medline-Recherche zahlreiche Titel zum „Sherlock-Holmes-Paradigma“ in der ärztlichen Ausbildung.

Ein guter Arzt ist immer auch ein guter Detektiv, heißt es, Beobachtung und Deduktion sollen in der medizinischen Diagnostik im Mittelpunkt stehen.

Gerade heute, im Zeitalter der Apparatemedizin und des Sammelns einer Vielzahl von Daten wird immer wieder angemahnt, dem ersten Eindruck vom Patienten

Aufmerksamkeit zu widmen und sich dann systematisch den Details zuzuwenden.

Carlo Ginzburg (1983), Geschichtsprofessor aus Bologna, hat in seinem aufsehenerregenden Aufsatz „Spurensicherungen“ gleich mehrere Professionen in einem epistemologischen Modell zusammengeklammert. Die weit zurückreichenden Wurzeln des Vorgehens sieht er in der menschlichen Vergangenheit als Jäger und Spurensucher. Auch ihm geht es zunächst um Holmes, er stützt sich dann vor allem auf Morelli, einem Arzt und scharfsinnigen Kunsthistoriker, der Mitte der 70er Jahre des 19. Jahrhunderts mehrere Aufsätze über italienische Malerei veröffentlicht hat. Morelli stellte eine Methode der kleinen Beweise vor, um Bilder einem bestimmten Künstler zuzuweisen oder Fälschungen zu identifizieren. Gemälde waren oft nicht signiert oder datiert, übermalt oder schlecht erhalten. Morelli sah vom Gesamteindruck und den großen Zügen der Bilder ab und meinte, daß Künstler sich durch Details, durch „Fingerabdrücke“ ebenso verraten wie Verbrecher, er achtete auf „Kleinigkeiten“ in den Gemälden, z.B. Form der Hände, Ohrläppchen u.ä..

Morellis Schriften hatten offenbar Einfluß auf Sigmund Freud. Er beruft sich mehrfach auf Morelli und konstatiert eine Verwandtschaft zwischen der Methode auf Details, auf unendlich feine Spuren zu achten und der Technik der ärztlichen Psychoanalyse. Ginzburg vermutet sogar, daß Morellis Methode „einen besonderen Platz in der Entwicklung der Psychoanalyse“ zukommt und referiert die Zeitpunkte, zu denen Freud sich mit Morelli beschäftigte.

Am Vorgehen Morellis macht Ginzburg das Aufkommen des „Indizienparadigmas“ in den Humanwissenschaften zwischen 1870 und 1880 deutlich. Auch in der gerichtlichen Beweisführung ging es nun um Spurensuche und dies fällt zeitlich zusammen mit dem



Ein befreiendes Hacken-Zusammenschlagen aus: Manfred Schmidt, Nick Knatterton – Weitere Abenteuer des berühmten Meisterdetektivs, Rowohlt Taschenbuch Verlag G.m.b.H., Reinbek, 1977

Beginn der Sherlock-Holmes-Ära deduktiver Beweisführung und mit dem Entstehen von Detektivromanen überhaupt. Die frühere Epoche, lediglich Schuldzuweisungen oder (z.T. erprobte) Geständnisse als ausreichend zu betrachten, ging damit zu Ende.

Die Analogien zwischen Holmes, Morellis und Freuds Arbeitsweise werden von Ginzburg herausgestellt und er führt sie zurück auf ein Modell der medizinischen Semiotik, „einer Wissenschaft, die es erlaubt, die durch direkte Beobachtung nicht erreichbaren Krankheiten anhand von Oberflächensymptomen zu diagnostizieren ...“.

Diese Semiotik ist in der Medizin durchaus vor langer Zeit von Hippokrates begründet worden, „in einer Medizin, die ihre Methoden definierte, indem sie den entscheidenden Begriff des Symptoms (semeion) durchdachte“. Bis heute wurde damit die Medizin als Indizienwissenschaft begründet - im Spagat zwischen streng mathematisch-naturwissenschaftlichem Vorgehen und der Anerkennung des individuellen Elementes, stets dem Verdacht der Unsicherheit oder auch Unwissenschaftlichkeit ausgesetzt.

Kriminalarbeit und auch Kriminalliteratur bedienen sich eines ähnlichen Erkenntnismodells. Auch hier spielen Indizien und

Vermutungen eine Rolle – ein rein deduktives Vorgehen, in denen der Fall durch rationales Denken und auf der Grundlage einer Hypothese gelöst wird, ist wohl die Ausnahme. Selbst Holmes geht induktiv vor, obwohl er dies stets verneint. „Die erste Wahrnehmung von Ähnlichkeiten, auf der die Induktion beruht, ist spekulativ“ schreiben Klein und Keller (1998) und meinen, daß vieles, was als logisches Denken bezeichnet wird, wohl eher auf Intuition oder Spekulation beruhen. Sie erteilen der reinen Deduktion eine Absage, zitieren gar Popper (1934) „wir wissen nicht, sondern wir raten“. Weiter berufen sie sich auf Kuhn (1967) und dessen Gedanken, daß die Grundlagen, auf der wir unsere Konzepte formen, unsere Erfahrungen sind (und daß deswegen der größte Teil wissenschaftlichen Denkens in engen Bahnen verläuft).

Zwischen der Wahrnehmung der ersten feinen Hinweise und der folgenden Hypothesengenerierung gibt es eine nicht-lineare Verbindung, eine irrationale Einsicht, deren Zustandekommen nicht erklärt werden kann.

Ein ganzes Genre qualitativer Sozialforschung beschäftigt sich auch empirisch mit Kriminal- bzw. Polizeiarbeit. Neben Milieubeschreibungen geht es immer wieder auch um den zugrundeliegenden Ermittlungspro-

zeß. Reichertz (1991) hat sich aus Sicht der verstehenden Sozialforschung mit Ermittlung und Deutung in der Polizeiarbeit beschäftigt, er stützt sich auf die Annahmen von Peirce zum „abduktiven Schließen“. Zahlreiche andere Autoren sehen hier ebenfalls Analogien.

C.S. Peirce, ein amerikanischer Philosoph, begründete im ausgehenden 19. Jahrhundert den „Pragmatismus“. Seine Schriften haben erst viele Jahrzehnte später, auch durch Übersetzungen, Bedeutung erlangt. Peirce betätigte sich gelegentlich als „Hobbydetektiv“, er entwickelte eine Theorie darüber, „warum man oft so zutreffend rät“. Neben Deduktion und Induktion stellte er die Hypothese, später Abduktion genannt; eine kreative Schlußfolgerung, die neue Ideen produziert und Raum für plötzliche Einsichten läßt. Den Weg des Erkenntnisgewinns teilt er in deduktiv/analytisch auf der einen und synthetisch auf der anderen Seite, zu den synthetischen Verfahren zählt er Induktion und Abduktion (Hypothese).

Im „Bohnenbeispiel“ (siehe Kasten) demonstriert Peirce die Ableitungen und das hypothetische Schlußfolgern.

Bekannterweise ist die Deduktion die Anwendung von Regeln auf den Fall und die Induktion der Schluß von Fall und Resultat auf die Regel. Die Hypothese ist der Schluß von Regel und Resultat auf den Fall.

Peirce geht es darum, das abduktive Schließen auch einer logischen Kritik zugänglich zu machen, Intuition etwa lehnt er ab. In seinen frühen Aussagen gelingt ihm allerdings die Unterscheidung zwischen Induktion und Abduktion nicht so überzeugend. Induktion wäre eher das Erproben einer Hypothese, während die Abduktion nach Fakten sucht, offener sei. Die Induktion bewege sich eher in den Grenzen unserer Erfahrung. Die Abduktion ist kühner und riskanter, läßt eine gewagte Deutung zu – sie ist in der Regel von einer Emotion, einer „eigentümlichen Empfindung“ begleitet. Möglicherweise meint Peirce hier Gefühle der Gewißheit, des Triumphes durch plötzliche Einsicht. Alltags-sprachlich könnte hier die Redewendung „einen richtigen Riecher haben“ zutreffen.

Die verschiedenen Elemente einer Hypothese sind nach Peirce dabei durchaus „vorher im Kopf“, dies führe dazu, daß die Annahmen wesentlich häufiger zutreffen, als es durch reinen Zufall sein könnte. Peirce räumt dem menschlichen Abduktionsvermögen einen breiten Raum ein: „... Ich vollziehe eine Abduktion, sobald ich das von mir Gesehene in einem Satz ausdrücke. In Wahrheit stellt das gesamte Gefüge unseres Wissens nicht mehr als eine dichtverwobene Schicht von reinen Hypothesen dar, die mittels Induktion bestätigt und weiterentwickelt worden sind“ (zit. nach Sebeok, Umiker-Sebeok 1979). Dabei geht Peirce davon aus, daß sich menschliches Denken evolutiv, in naturgesetzlichen Bahnen entwickelt hat und dadurch zutreffende Mutmaßungen über die Welt anstellen kann.

Dieser geistige Akt ist allerdings nicht immer kognitiv darzustellen, nicht immer rational nachvollziehbar – er beschreibt die Bildung einer Hypothese als plötzliche Einsicht, als Vermutung, die uns „wie ein Blitz trifft“.

Mehrmals sind die Vorgehensweisen von Holmes mit dem Ansatz von Peirce verglichen worden. Sebeok und Sebeok /Umiker(1979) stellen eine Menge Gemeinsamkeiten zwischen beiden Erkenntniswegen fest. Sie leiten ihren Beitrag mit Zitaten von Sherlock Holmes in denen er sagt, nie zu raten und von Peirce ein, in denen gesagt wird, daß die Welt durch Raten erobert wird oder gar nicht. Dann kommen sie zu dem Schluß, das Sherlock Holmes deswegen so erfolgreich sei, weil „er das Raten so vortrefflich beherrscht“. Holmes wird häufiger mit einem Spürhund verglichen, der intuitiv

Deduktion	
Regel:	-Alle Bohnen in diesem Sack sind weiß.
Fall:	-Diese Bohnen sind aus diesem Sack
Resultat:	-Diese Bohnen sind weiß
Induktion	
Fall:	-Diese Bohnen sind aus diesem Sack
Resultat:	-Diese Bohnen sind weiß
Regel:	-Alle Bohnen aus diesem Sack sind weiß
Hypothese	
Regel:	- Alle Bohnen aus diesem Sack sind weiß
Resultat:	- Diese Bohnen sind weiß
Fall:	- Diese Bohnen sind aus diesem Sack
*Quelle: Kelle, V. (1997), S.145-146	

Spuren sammelt, um (viel) später eine Hypothese zu formulieren.

Holmes äußert immer wieder, daß sich seine Methode auf die Beobachtung von Belanglosigkeiten gründet.

Im Gegensatz zu seiner Arbeitsweise verliert die Polizei im Anfangsstadium der Ermittlungen sehr oft die Spur, weil sie „Belanglosigkeiten“ ignoriert und rasch die Hypothese annimmt, die die wahrscheinlichste Erklärung für ein paar Hauptfaktoren anbietet.

Holmes warnt, daß nichts trügerischer als eine offensichtliche Tatsache sei und sieht als entscheidenden Fehler der Polizei, daß sie theoretisiert, bevor alle Beweise zusammengetragen sind. Ein Ergebnis sei, daß unmerklich die Tatsachen so verdreht würden, daß sie sich den Theorien anpassen, anstatt die Theorien an den Fakten auszurichten.

Ein Umstand, der auch in vielen wissenschaftlichen Forschungen droht.

Zahlreiche weitere Autoren weisen nicht nur auf die Bedeutung des Ratens bei Sherlock Holmes hin, sie unterstellen auch - auf der Grundlage hervorragender Beobachtungsgabe – Intuition, Spekulation und Phantasie, wie auch oben Klein und Keller (1998). Es handele sich eben nicht nur um „reine Deduktion“. Bei Peirce und auch Holmes finden sich Phasen der Kreativität, der Versenkung, des beschaulichen “Gedanken-Nachhängens” oder des Spiels.

Immer wieder wird auch auf die Erfahrung und Vorstellungskraft des „Ermittlers“ abgehoben, nur so sei es möglich, die Indizien entsprechend einzuordnen.

Es wäre sicher interessant, die Arbeiten Benners (1994) zur Kompetenzentwicklung in der Pflege auf dem Hintergrund dieser Thematik noch einmal anzusehen.

Auch für Pflegearbeit ist es nützlich, sich mit Kriminallogik auseinanderzusetzen. Wie gute Ärzte stellen auch gute Pflegenden ihre Hypothesen, neben dem Nachdenken über erhobene Fakten, mit Imagination, Vermutung und der Entdeckung plausibler Erklärungen auf. Ohne Neugier, Phantasie und Scharfsinn ist weder eine Wissenserweiterung, noch eine Lösung kniffliger Fälle möglich.

Die Pflegediagnostik kommt ohne apparative Untersuchungen aus, sie bezieht, mehr als die Medizin, alltagsweltliche und biographische Aspekte ein. Auch hier gilt (mindestens) ein erweitertes „Sherlock-Holmes-Paradigma“. Möglicherweise könnten Pflegenden bei den Detektivfiguren der Agatha Christie bessere Anleihen machen – Hercule Poirot und Miß Marple gehen nicht nur deduktiv vor, sie sehen „vorsätzlich“ die Ganzheit des Falls, finden Analogien und bekennen sich zur Intuition.

Die Eindrücke der Pflegenden wurden lange Zeit nicht offen kommuniziert, nicht dokumentiert – obwohl sie sicher wertvolle Hinweise geben könnten.

Pikanterweise waren Pflegenden Jahrzehnte darauf trainiert, quasi als „verlängerter Arm“ des Arztes, beliebige medizinische Daten zu

sammeln und in „Fieberkurven“ einzutragen. Generationen von Krankenschwestern lernen deshalb in der Ausbildung eine Menge über die Erkennung eher seltener Phänomene wie „undulierendes“ oder „kontinuierliches“ Fieber, über spezielle Hautblutungen, Gerüche oder Atemtypen. Ein „pflegeeigener“ Ermittlungsgang ist deshalb bis heute unterentwickelt und nur mühsam auf den Weg zu bringen.

Vielleicht sind die verbindenden Elemente allen rekonstruktiven Ermitteln, wenn es um menschliches Dasein geht, gar nicht so unterschiedlich.

Eco hat sich als Semiotiker und ebenfalls auch Kriminalautor immer wieder mit Schlußfolgern im Sinne „kreativer Spekulation“ beschäftigt. In der Nachschrift zum „Namen der Rose“ (1996) schreibt er: „Der Kriminalroman ist eine Geschichte, in der es

um das Vermuten geht, um das Abenteurer der Mutmaßung, um das Wagnis der Aufstellung von Hypothesen angesichts eines scheinbar unerklärlichen Tatbestandes, eines dunklen Sachverhaltes oder mysteriösen Befundes – wie in einer ärztlichen Diagnose, einer wissenschaftlichen Forschung oder auch einer metaphysischen Fragestellung. Denn wie der ermittelnde Detektiv gehen auch der Arzt, der Forscher, der Physiker und der Metaphysiker durch Vermutungen vor (...) letzten Endes ist die Grundfrage aller Philosophie und jeder Psychoanalyse die gleiche wie die Grundfrage des Kriminalromans: wer ist der Schuldige?“

Kontakt:

Angelika Abt-Zegelin, M.A.,  
Pflegewissenschaftlerin,  
Zegelin@uni-wh.de  
Fax: 02302 669 318

**Literatur (Auszüge):**

Bloch, E. (1965): *Philosophische Ansichten des Detektivromans*, Suhrkamp-Verlag

Benner, P. (1994): *Stufen zur Pflegekompetenz*, Huber, Bern

Eco, U. (1996): *Im Namen der Rose (Nachschrift)*, dtv, München

Ginzburg, C. (1983): *Spurensicherungen*, Wagenbach-Verlag, Berlin

Kelle, V. (1997): *Empirisch begründete Theoriebildung*, Deutscher Studien Verlag, Weinheim.

Klein, K.G.; Keller, J. (1986): *Der deduktive Detektivroman*, In: Vogt, J., Hrsg. (1998): *Der Kriminalroman*, W. Fink Verlag, München

Kuhn, T.S. (1967): *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*, Frankfurt

Peirce, C. (1976): *Schriften zum Pragmatismus und Pragmatizismus*, Hrsg. v. Apel, K.O., Frankfurt

Popper, K.R. (1973): *Die Logik der Forschung*, 5.Aufl. Tübingen

Reichert, J. (1991): *Aufklärungsarbeit*, Enke - Verlag, Stuttgart

Sebeok, T.A.; Umiker-Sebeok, J. (1979): *„Sie kennen ja meine Methode“* In: Vogt, J., Hrsg. (1998): *Der Kriminalroman*, W. Fink Verlag, München

Strauß, A.; Corbin, J. (1996): *Grounded Theory*, Beltz-PVU, Weinheim

Wilbush, J.: *The Sherlock Holmes paradigm- detectives and diagnosis: discussion paper*, In: *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol.85, 6/92, S. 342 - 345



3. Workshop des German Center for Evidence-Based Nursing in Wittenberg am 13-17.5.2001 in der Lutherstadt Wittenberg

Vermittlung der EBN-Methode in Kleingruppen für Pflegenden aller Interessengebiete

Weitere Informationen zum Thema und dem Workshop 2001 finden Sie unter:  
[www.ebn-workshop.de](http://www.ebn-workshop.de)

Information und Anmeldung:

Stephanie Hanns, Scheffelstr. 45,  
04277 Leipzig  
Telefon: 0341 391 7119, Fax: 089  
244 378 824  
E-Mail: [Info@EBN-Zentrum.de](mailto:Info@EBN-Zentrum.de)

**Broschüre „Qualitätsmessung in der Pflege“**

Studierende erarbeiteten innerhalb eines Projektseminars im Studiengang Pflege/Pflegemanagement an der Alice-Salomon-Fachhochschule (ASFH) in Berlin unter Leitung von Frau Prof. Dr. Garms-Homolová die Broschüre „Qualitätsmessung in der Pflege“.

Die erste Auflage der Broschüre war binnen weniger Monate vergriffen. Seit November 2000 ist die aktualisierte Neuauflage erhältlich, in der eine Auswahl von Methoden zur Qualitätsmessung erläutert wird.

Die Veröffentlichung soll dazu beigetragen, an der Fachhochschule erarbeitetes Wissen für die Pflegepraxis zugänglich zu machen und diese von den Ergebnissen profitieren zu lassen.

Die Broschüre kann gegen Rechnung zu 5,- DM pro Exemplar unter folgender Adresse bestellt werden:

Alice-Salomon-FH  
- Broschüre Qualitätsmessung -  
Alice-Salomon-Platz 5  
12627 Berlin  
Fax: 030 / 99 245 245

**Forschungsbericht zur Überprüfung der Zeitkorridore in der Begutachtung nach SGB XI verfügbar**

Zwei Wissenschaftlergruppen, die REFA in Zusammenarbeit mit dem Institut für Arbeitswissenschaft der TU Darmstadt und der Gesellschaft für Wirtschaftsberatung zur Arbeits- und Betriebsorganisation und ein „Pflegewissenschaftliches Konsortium“ unter der Federführung der FH Frankfurt am Main in Zusammenarbeit mit der KFH Osnabrück, der Uni Witten/Herdecke und der FH Neubrandenburg haben den Anhang der Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI überprüft.

Bartholomeyczik, S., Hunstein, D., Koch, V., Zegelin, A. (2000): *Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung*. Forschungsbericht.

Der Forschungsbericht kann angefordert werden beim:

Bundesministerium für Gesundheit  
Literaturdienst / Ref. 123  
D-53108 Bonn  
Tel.: 0228 / 9411234

ENDSEITE  
S32