

Pflegestudiengänge und Pflegewissenschaft – Erfahrungen aus den USA

Martin Moers, Doris Schaeffer

Zusammenfassung: *Hinter den Initiativen zur Etablierung von Pflegestudiengängen verbirgt sich auch die Frage, wie Pflege als wissenschaftliches Fach zu etablieren und die Verwissenschaftlichung der Pflege voranzutreiben ist. Dafür, wie die Produktion sowie die Universalisierung und Systematisierung von pflegerischem Wissen zu fördern ist, lassen sich in den USA eine Reihe von Hinweisen finden. Unsere Ausführungen werden sich auf beide Aspekte beziehen: zunächst Ausbildungsfragen berühren und sich dann mit Problemen der Theoriebildung und der Generierung pflegerischen Wissens befassen¹.*

Einführung

In den letzten Jahren ist die Qualifikationsmisere in der Pflege unübersehbar geworden. Nachdem ihr bislang von politischer Seite aus überwiegend in Form von Absichtsbekundungen zu begegnen versucht wurde, denen auch die wenigen verdienstvollen Einzelinitiativen und aufschlußreichen Modellversuche, die es bereits seit Ende der siebziger Jahre gibt, keine größere Schubkraft verleihen konnten, beginnt sich nun ein Wandel abzuzeichnen. An einigen Universitäten und einer Reihe von Fachhochschulen wird damit begonnen, Studiengänge einzurichten und die Akademisierung der Pflege voranzutreiben. Mit der Konkretisierung der Studiengangsvorhaben liegt nahe, die amerikanischen Erfahrungen heranzu-

ziehen, denn in den USA werden bereits seit Anfang des Jahrhunderts universitäre Ausbildungen für Pflegekräfte angeboten. Waren sie zunächst eher erziehungswissenschaftlich orientiert, so sind sie seit den sechziger Jahren pflegewissenschaftlich ausgerichtet (Meleis, 1988, 436). Die seither gesammelten Erfahrungen vermögen für die bundesrepublikanische Diskussion wertvolle Anregungen zu liefern. Dabei ist nicht einzig an Fragen der Konturierung der Studiengänge und curriculare Probleme gedacht. Auch in der Bundesrepublik setzt sich mehr und mehr die Erkenntnis durch, daß es zwar auch um eine Anhebung des Qualifikationsniveaus geht – und das nicht nur in einigen Bereichen der Pflege (Lehr- oder Leitungsfunktionen) – zugleich jedoch die Pflegewissenschaft in Deutschland einzuführen ist (Bischoff/Botschafter, 1992; Botschafter/Moers, 1990; Wittneben, 1991).

Pflegeausbildungen in den USA

Betrachtet man die Pflegeausbildungen in den USA, so ergibt sich ein recht komplexes Bild. Dies ist im wesentlichen dadurch bestimmt, daß zwischen pflegepraktischen und pflegetheoretischen Ausbildungen getrennt wird, oder anders gesagt: Pflege einerseits als Beruf vermittelt wird und es daneben wissenschaftliche Aus- und Weiterbildungen gibt, die entweder auf der vorhergehenden beruflichen Pflegeausbildung aufbauen oder die Vermittlung pflegepraktischer beruflicher Fähigkeiten einschließen. Wie auch immer – die Beibehaltung der dualen Ausbildung – Pflege als Beruf und als Wissenschaft – deutet darauf, daß die Pflege bei allen Verwissenschaftlichungen auch eine praktische Tätigkeit darstellt, die ohne entsprechende Fertigkeiten nicht ausgeübt werden kann. Diese Fertigkeiten gelten

¹ Die nachfolgende Darstellung beruht auf zahlreichen Gesprächen, die die Autoren 1992 im Rahmen einer Forschungsreise in die USA an der School of Nursing der State University of California/San Francisco u. a. mit Afaf Meleis, Anselm Strauss, Juliet Corbin, Scott Ziehm sowie mit Praktikern in den unterschiedlichen Aufgabengebieten der Pflege führten.

sozusagen als Basisqualifikation, auf der die Studienmöglichkeiten aufbauen.

Ähnlich wie hier muß auch in den USA zunächst eine dreijährige pflegerische Grundausbildung absolviert werden, um Pflege eigenständig als Beruf ausüben zu können. Das kann auf zweierlei Art und Weise geschehen. Die Grundausbildung wird zum einen - vergleichbar der hiesigen Praxis - von Krankenpflegeschulen an Krankenhäusern angeboten und mit einem Staatsexamen vor dem «Board of Nursing» - einer Art Pflegekammer, die u. a. die Ausbildungsinhalte kontrolliert und Prüfungen abnimmt - abgeschlossen. Das Staatsexamen berechtigt zur Berufsausübung der Pflege mit dem Titel «Registered Nurse» (RN).

Die Grundausbildung wird außerdem von Hochschulen angeboten und ist dann umfassender: beinhaltet sowohl eine pflegerische Grundausbildung wie auch ein pflegewissenschaftliches Studium. Diese Ausbildung wird sowohl mit dem Staatsexamen zur «Registered Nurse» als auch mit einer universitären Prüfung, die zum Erwerb des «Bachelor of Science» (BS) führt, abgeschlossen.

Unterhalb des Niveaus der Registered Nurse gibt es zahlreiche nicht-universitäre Pflegeausbildungen verschiedener Länge, meist in Krankenhäusern, die zu niedrigeren staatlichen Abschlüssen führen und beispielsweise unserer einjährigen Ausbildung zum Krankenpflegehelfer vergleichbar sind: Graduate Nurse (GN), Licensed Graduate Practical Nurse (LGPN), sowie Licensed Vocational Nurse und Nurse's Aide.

Oberhalb des Niveaus der Registered Nurse gibt es nur noch Hochschulausbildungen. Voraussetzung dafür, weitere Pflegestudienprogramme zu absolvieren, ist das Vorhandensein eines «Bachelor of Science», dem ersten Hochschulabschluß und die Eintragung als Registered Nurse². Aufbauend auf dem BS ermöglicht das amerikanische System den Abschluß «Master of Science» und anschließend «Promotion». Die wichtigste Hochschulausbildung ist zur Zeit die zum Nurse Practitioner (NP). Sie wird im Rahmen eines Master-Programms erworben und folglich mit einem MS, dem zweiten Universitätsabschluß, abgeschlossen. Daran schließen sich

Doctoral Studies an, die mit einem Doctor of Nursing Science (DNS) oder neuerdings auch Doctor of Philosophy (PhD) abschließen. Schematisch sieht dieses duale System folgendermaßen aus:

Universitätsabschluß

Professor of Nursing
Doctor of Nursing Science (oder Doctor of Philosophy)
Master of Science (Nurse Practitioner oder Clinical Nurse Specialist)
Bachelor of Science (zugleich Registered Nurse)

Staatlicher Abschluß

Registered Nurse
Graduate Nurse
Licensed Graduate Practical Nurse
Licensed Vocational Nurse
Nurse's Aide

Das Schema verdeutlicht, daß der Erwerb des MS und der Promotion sowohl den BS als auch das RN-Examen voraussetzen.

Alle Pflegestudiengänge sind an Universitäten angegliedert, wobei zu betonen ist, daß es eine solche Differenzierung des Hochschulwesens wie hier nicht gibt. Will man einen Vergleich wagen, so kann aber die Ausdifferenzierung der Studienmöglichkeiten als Korrelat gelten. So gesehen ist der BS tendenziell mit einem Fachhochschulabschluß zu vergleichen, der MS mit dem Magister bzw. Diplom. Im folgenden werden wir exemplarisch die Situation an der «School of Nursing» der UCSF beleuchten und einen Einblick in deren Studienprogramme und die Probleme nach der «pflegewissenschaftlichen Wende» geben.

Die School of Nursing der UCSF

In den USA ist die Institutionalisierung der Pflege an den Universitäten und auch die Autonomisierung relativ weit fortgeschritten. Zwar gibt es auch Pflegestudiengänge, die eng an medizinische Fachbereiche angegliedert sind. An vielen Universitäten aber hat die Pflege eigene Fachbereiche mit entsprechenden Lehrstuhl-ausstattungen und auch eigene Promotionspro-

² Wichtig zu wissen ist, daß der BS auch in einem anderen Fach erworben werden kann.

gramme. An der staatlichen «University of California», die insgesamt über neun verschiedene Standorte verfügt, gibt es beispielsweise an der UCSF (San Francisco) oder UCLA (Los Angeles) eigene «Schools of Nursing». Die UCSF ist als einzige von ihnen ein reiner «Health Sciences-Campus», d. h. sie besteht ausschließlich aus gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten. Dazu gehört neben Medizin, Zahnmedizin und Pharmazie auch die Pflege. Allein diese Zusammensetzung zeigt die Bedeutung, die der Pflege und den Pflegewissenschaften in den USA beigemessen wird. Die einzelnen Fakultäten bestehen unabhängig voneinander, sie kooperieren jedoch. Public Health – eine wichtige gesundheitswissenschaftliche Fakultät – fehlt an der UCSF, existiert aber an der benachbarten Universität in Berkeley. Auch zu ihr besteht seitens der School of Nursing ein Kooperationsverhältnis, das sich vor allem auf die Promotionsprogramme bezieht, aber ansonsten nicht sehr eng ist.

Im allgemeinen werden getrennte Fachbereiche von Pflege und Public Health, zumindest aus der Sicht der Pflegewissenschaftler für erstrebenswert gehalten, damit beide Disziplinen ihre eigene Identität entwickeln können und Unterschiede nicht verwischt werden. Das ist nicht zuletzt deshalb erwähnenswert, weil Public Health und Pflege hierzulande einigenorts ein Bündnis eingehen und sich gemeinsam zu etablieren versuchen, womit sie in Gefahr stehen, über wesentliche Divergenzen beider Disziplinen hinwegzugehen. Gleichwohl werden die Gemeinsamkeiten von Pflege und Public Health trotz aller Differenzen für sehr groß und auf jeden Fall für größer gehalten als die der Pflege mit der Medizin. Wir werden das kurz erläutern, weil es für die hiesige Diskussion wichtig ist.

Sowohl Public Health als auch Pflege definieren «Gesundheit, Gesundheitserhaltung und -förderung» als eine der Leitmaximen ihres Handelns. Beiden geht es außerdem nicht in erster Linie um die Beseitigung von Krankheit (wie der kurativen Medizin), sondern um Verhinderung des Eintritts von Gesundheitsstörungen bzw. Befähigung zu und Stärkung von autonomer Lebenspraxis: auch trotz und mit Gesundheitsbeeinträchtigungen und den damit verbundenen Autonomieeinbußen. Das Interesse gilt folglich «Gesunden» wie auch «Kranken», ist aber – geht es um Kranke – ebenfalls nicht an Krankheitsbe-

seitigung (wie es für die Medizin zutrifft), sondern an Optimierung von Gesundheit orientiert, wobei Pflege mit ihren Mitteln partiell immer auch Krankheitsbearbeitung zur Aufgabe hat. Public Health und Pflege unterscheiden sich aber hinsichtlich ihres Gegenstands, Zugriffs und der Perspektive. Während sich das Interesse und die Interventionen von Public Health auf die Gesundheit (serhaltung und förderung) von *Bevölkerungsgruppen* beziehen, richten sich die der Pflege an das *Individuum* und seine (beeinträchtigten) Gesundheitspotentiale. Die Pflege geht vom Einzelfall aus, zielt auf das Individuum als Teil seiner sozialen, psychischen und kulturellen Umwelt und begreift es als soziales und leibliches Wesen. Public Health betrachtet die lebensweltlichen Bedingungen der Gesundheit von sozialen Gruppen. Entsprechend dieser divergierenden Interessen unterscheiden sich auch die Zugriffe und (Interventions)Konzepte beider: präferiert Pflege eher individuenzentrierte und insofern patientenorientierte Modelle («client based and patient driven models»), so legt Public Health die Gewichtung auf gruppenspezifische, verhaltens- und verhältnisorientierte Konzepte («biopsychosocial, behavioral driven models»).

Studienprogramme der School of Nursing

Die School of Nursing verfügt über vier Abteilungen:

- Department of Family Health Care Nursing (Abteilung für Familien-Pflege)
- Department of Mental Health, Community, and Administrative Nursing (Abteilung für psychiatrische Pflege, Gemeindepflege und Pflegemanagement);
- Department of Physiological Nursing (Abteilung für physiologische Pflege)
- Department of Social and Behavioral Sciences (Abteilung für Sozial- und Verhaltenswissenschaften).

Familienpflege umfaßt Kinderkrankenpflege, Geburtshilfe sowie Mutter-und-Kind-Betreuung. Physiologische Pflege entspricht am ehesten der hier üblichen Einteilung der Krankenpflege und schließt interne, chirurgische, onkologische, gerontologische und Intensivpflege ein. Jede Abteilung hat eigene Studienprogramme und eigene

fachspezifische Abschlüsse. Das bedeutet, daß an der Abteilung für Sozial- und Verhaltenswissenschaft in Soziologie promoviert (PhD in Sociology) werden kann. Genau besehen zeigt sich hier noch einmal der Status der Schools of Nursing. Hierzulande höher angesehene Wissenschaften sind als Abteilung an einem Pflegefachbereich angesiedelt und verfügen nichtsdestoweniger über prominente und in Reihen der Soziologie international angesehene Vertreter ihres Faches.

Alle Abteilungen haben diverse Schwerpunkte gesetzt. In der Pflege werden zur Zeit 22 berufliche Spezialisierungen mit jeweils eigenen Studienprogrammen angeboten. An der School of Nursing lehren insgesamt etwa 360 Wissenschaftler, davon 72 ordentliche oder außerordentliche Professoren.

Zum Angebot der School of Nursing der University of California zählen ausschließlich Post-Graduierten-Studiengänge. Der Erwerb des BS ist dort also nicht möglich. Sie ist damit eine der drei Elite-Universitäten für Pflege in den USA mit unterschiedlichen Studienprogrammen zum MS und zur Promotion. Einige davon werden wir im folgenden darstellen.

Master-Studienprogramme

a) Nurse Practitioner

Auch die Master-Studienprogramme bereiten die Absolventen (ebenso wie die BS-Programme) für Aufgaben in der unmittelbaren Pflegepraxis vor. Das ist insofern bemerkenswert, als es nur wenige gesonderte Studienprogramme gibt, die einzig für Lehr- und Managementfunktionen in der Pflege ausbilden bzw. direkt auf diese Funktion zugeschnitten sind, wie sie hier in jüngster Zeit vermehrt diskutiert werden (für die USA: Chinn/Kramer, 1991, S. 39; für die Bundesrepublik Robert-Bosch-Stiftung, 1992).

Viele der Master-Programme bilden zum «Nurse Practitioner» aus. Nurse Practitioners sind – wie die Bezeichnung andeutet – hochqualifizierte, für leitende Funktionen in der Pflegepraxis ausgebildete Kräfte. Zu ihrem Wirkungsfeld gehören zahlreiche Aufgaben, die hier bereits in den Kompetenzbereich der Ärzte fallen und beispielsweise im Krankenhaus den Stationsärzten obliegen.

Die meisten dieser Programme wurden in den sechziger Jahren aufgelegt. Ihr Ziel war, die Pflege aufzuwerten und ihr mehr Unabhängigkeit von der Medizin zu verschaffen. Darunter wurde allerdings keine Lösung von der Medizin verstanden, sondern eine Ausdehnung des Wirkungsfeldes und Kompetenzbereichs der Pflege sowie größere Eigenständigkeit in medizinischen Feldern – gedacht wurde vor allem an den Krankenhausbereich. Ein Blick in die Praxis zeigt, daß diese Imageaufwertung und Kompetenzausdehnung in der Tat gelungen ist. Die Nurse Practitioners arbeiten in den USA sehr selbständig, sind direkt an der medizinischen Versorgung beteiligt, bestreiten sogar weite Teile allein, arbeiten jedoch extrem medizinorientiert. Die Diagnose von Krankheiten sowie die Verschreibung und Vergabe von Medikamenten in allen Applikationsformen einschließlich dem Anlegen intravenöser Infusionen, im stationären Bereich auch Aufnahmen und Entlassungen von Patienten, Eingangsuntersuchungen usw. bilden einen wesentlichen Bestandteil der pflegerischen Arbeit. Im Krankenhausbereich haben sie viele Funktionen übernommen und die meisten – vor allem die privaten Krankenhäuser – sind heute nahezu arztleer³. Gleichzeitig ist die Tätigkeit der Pflegekräfte und speziell die der Nurse Practitioners sehr arztähnlich, so daß dem nicht mit den amerikanischen Verhältnissen vertrauten Beobachter zunächst kaum Unterschiede zwischen Ärzten und Nurse Practitioners gewahr werden.

Um die Rolle und den Status der Nurse Practitioners in der medizinischen Versorgung zu illustrieren, sei ein Beispiel herangezogen. So verfügt die Ward 86, die Aids-Ambulanz des General Hospital in San Francisco, in der täglich 120 Patienten behandelt werden, neben den Ambulanz-Ärzten über fünf Nurse Practitioners und 145 andere Mitarbeiter (inklusive anders qualifizierter Pflegekräfte, Sozialarbeiter, administrativer Kräfte usw.). Selbständige Konsultationen mit Aids-Patienten, die alle medizinischen Fragen der Diagnostik und Therapie beinhalten und zu denen nur in Zweifelsfällen erfahrene Ärzte hinzugezogen werden, gehören ebenso zu den

3 Die ärztliche Versorgung ist in einer Art Belegarztsystem organisiert, d. h. die Patienten werden in den (privaten) Krankenhäusern von ihrem behandelnden niedergelassenen Arzt betreut.

Aufgaben der Nurse-Practitioners wie Leitungsfunktionen, Koordination und Supervision der Mitarbeiter, eigenständige Durchführung von Forschung usw. Der arztähnliche Status der Nurse Practitioners schlägt sich auch in der Höhe des Gehalts nieder: Es beträgt für Ärzte 65 000 \$/Jahr und Nurse Practitioners 50 000 \$/Jahr, weist also hinsichtlich seiner Höhe keine eklatanten Unterschiede auf.

Trotz aller Erfolge wird diese durch die Nurse Practitioner-Studienprogramme eingeleitete Entwicklung retrospektiv als zwiespältig beurteilt. Denn faktisch wurde damit eine Vernaturwissenschaftlichung und «Medizinalisierung» der Pflege – d.h. eine noch weitergehende Anlehnung und Unterordnung unter die Deutungsmacht der Medizin – betrieben. Beispielsweise haben die Nurse Practitioner-Studienprogramme einen medizinischen Orientierungsrahmen und einen überwiegend aus medizinischen Inhalten bestehenden Fächerkanon, damit die Pflegekräfte den damit an sie gestellten (medizinischen) Anforderungen gerecht werden können. Unversehens wurde so unter dem Vorzeichen des Strebens nach mehr Unabhängigkeit von der Medizin eine Verfremdung der Pflege hergestellt und das genuin pflegerische aus den Augen verloren. Nicht zuletzt um dieser zunehmenden Medizinorientierung und Vernaturwissenschaftlichung der Pflege entgegenzuwirken, erfolgte eine Kurskorrektur. Seit einiger Zeit werden neue Studienprogramme konzipiert, in denen die eigenständige Bedeutung der Pflege im Vordergrund steht.

b) Clinical Nurse Specialist

In diesem Kontext entstand an der School of Nursing in San Francisco ein Programm, das zum «*Clinical Nurse Specialist*» ausbildet. Dabei handelt es sich ebenfalls um ein Master-Programm, dessen Bezeichnung auf den ersten Blick irritierend ist. «Clinical» meint keineswegs «klinisch» im Sinn von Klinik/Krankenhaus, sondern zielt auf die personale Interaktion zwischen Pflegekraft und Patient. «Klinische Pflege» strebt analog zur klinischen Psychologie oder klinischen Soziologie (Dewe & Radtke, 1989) an, die «eentlichen» Funktionen der Pflege über «klinische», d.h. personen- und situationsbezogene Kompetenzen wirksam werden zu lassen (und nicht über medizin-technizi-

stische Fertigkeiten). Die Bezeichnung zielt somit auf die face-to-face-Interaktion zwischen Pflegekraft und Patient und versucht, die Pflege als eigenständiges Handlungsfeld an die Beratung und Therapie anzuschließen. «Clinical procedure is characterized by the case method, cooperative work, and a therapeutic aim» – so beschreibt Wirth, ein Angehöriger der Chicagoer Schule der Soziologie (Wirth, 1931, 49), den klinischen Zugriff.

Hier scheint bereits durch, daß sich hinter diesen Programmen eine wichtige Wende verbirgt. Sie stehen als Symbol dafür, daß die Pflege mehr und mehr beginnt, sich von dem Streben nach scheinbarer Unabhängigkeit durch Übernahme medizinischer Funktionen bei gleichzeitiger Subsumation unter professionsfremde Paradigmen zu verabschieden und sich verstärkt auf eigene Ziele, Zugriffe, Theoreme und Verfahren besinnt.

Zwei Besonderheiten kennzeichnen das Programm. Zum einen wird entschieden mehr Wert auf patientenorientierte Pflegekonzepte sowie die (therapeutischen) Eigentümlichkeiten der Pflegenden-Patient-Interaktion gelegt, und zum anderen nicht mehr der stationäre Sektor und speziell der Krankenhausbereich als zentrales Feld pflegerischen Handelns betrachtet, sondern die ambulante Versorgung. In Korrespondenz zu den von der Weltgesundheitsorganisation aufgestellten Zielen (WHO, 1978) geht es um eine Steigerung der Lebensqualität gesundheitlich beeinträchtigter Menschen durch Versorgung und Betreuung in der eigentlichen sozialen Umwelt («Primary Health Care» bzw. «Gemeindenaher Versorgung» sowie das Primat «ambulant vor stationär»; Meleis, 1990; Parse, 1992). Damit werden das zu Hause der Patienten und ihre soziale, psychische und kulturelle Umgebung, ihre alltägliche Lebenssituation sowie ihre Lebensbedingungen, Fragen des Zugangs zur Versorgung, des sozialen Netzes und die Stärkung der (beeinträchtigten) Gesundheitspotentiale und Krankheitsbewältigungskompetenzen der Patienten zum Ausgangspunkt der Pflegeausbildung.

*Promotionsstudienprogramme:
Doctor of Nursing oder Doctor of Philosophy*

In den Promotionsstudienprogrammen werden Pflegewissenschaftler, -forscher und auch -lehrer ausgebildet, wobei wir noch einmal herausstreichen möchten, daß es nur wenige Studienprogramme gibt, die explizit zum Pflegelehrer ausbilden und didaktische Fragen zum Studienschwerpunkt erheben. 1988 zählte Meleis 45 verschiedene Promotionsstudienprogramme in den USA, die zu unterschiedlichen Abschlüssen führen (Meleis, 1988, 436): «Doctor in Education» (EdD=Erziehungswissenschaften), Doctor of Philosophy (PhD), «Doctor of Nursing Science» (DNS) und «Doctor of Nursing» (ND). 1987 gab es 1500 Studenten, die den Abschluß «Promotion» anstrebten und 210 entsprechende Absolventen. Die meisten von ihnen sind in Lehrfunktionen tätig, verstehen sich jedoch vornehmlich als *Pflegewissenschaftler* und nicht als *Pflegelehrer*.

Bei den Promotionsstudienprogrammen hat ähnlich wie bei den Master-Programmen in den letzten Jahren eine Umorientierung und verbunden damit eine konzeptionelle Weiterentwicklung stattgefunden. So wurden an den «School of Nursing» in San Francisco bis vor kurzem nur Studienprogramme, die zum «Doctor of Nursing Science» (DNS) qualifizieren, angeboten. Seit einiger Zeit kann auch der «Doctor of Philosophy in Nursing» (PhD) erworben werden. Der Unterschied zwischen beiden Titeln bzw. Studienprogrammen ist nicht leicht zu erklären. Idealtypisch legen DNS-Programme den Schwerpunkt eher auf pflegepraktische Frage- und Problemstellungen, während PhD-Programme auf Forschungsfragen ausgerichtet sein sollen, die den Horizont der Pflege erweitern und die Theoriebildung vorantreiben. Deshalb sind PhD-Abschlüsse in der Universität höher angesehen. Während in den DNS-Programmen naturwissenschaftliche Forschungsfragen dominieren, beispielsweise Untersuchungen über Ernährungsgewohnheiten oder auch die Wirkung von Medikamenten durchgeführt werden, stehen in den PhD-Programmen geistes- und sozialwissenschaftlich geprägte Themen zur Debatte, wie die Pfleger-Patient-Interaktion, Verlaufsdynamiken chronischer Krankheiten, Pflegeanforderungen bei irreversiblen Krankheiten, Bedeutung von

(chronischer) Krankheit für das Individuum, seine Biographie und die Familie(nbeziehungen), Rolle der Pflege bei der Unterstützung pflegender Angehöriger, transkulturelle Phänomene usw. All dies sind Themen, die partiell auch von anderen gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen untersucht, dort jedoch aus anderer Perspektive und mit anderer inhaltlicher Gewichtung bearbeitet werden. Meleis hat die Unterschiede beider Programme in folgendem Schema zusammengefaßt:

Unterschiede zwischen berufs- und forschungsorientierten Promotionsstudienprogrammen:

	DNS	PhD
Theorie:	Nutzung	Entwicklung
Forschung:	angewandte Forschung	Grundlagen- forschung
Ziele:	Berufspraxis	Forschung
Berufsfelder:	beide: Forschung, Lehre, Verwaltung	

(Meleis, 1988, 440)

Die historische Entwicklung der Pflegestudiengänge in den USA korrespondiert nicht eindeutig mit dieser Trennungslinie, denn viele Pflegefachbereiche können aus innerinstitutionellen Gründen nur DNS-Programme anbieten, deren Inhalte sie jedoch mehr und mehr auf Grundlagenforschung und Theorieentwicklung erweiterten. Insgesamt geht der Trend inzwischen zur Einrichtung von PhD-Programmen. Beispielsweise werden an der «School of Nursing» der UCSF seit diesem Jahr nur noch PhD-Programme angeboten, die DNS-Programme laufen aus. Bemerkenswert scheint uns zu sein, daß sich hinter dieser Programmentwicklung eine ähnliche Trendwende zu verbergen scheint wie bei den Master-Programmen. Auch in den PhD-Programmen wird das Schwergewicht nun nicht mehr auf Themen gelegt, die in unmittelbarer Nähe zu den Fragestellungen der kurativen Medizin liegen, sondern in denen die Eigentümlichkeit und inhaltliche Eigenständigkeit der Pflege zur Disposition steht.

*Neue Studienprogramme:
«Master's Entry Program in Nursing»*

Vor einiger Zeit wurde an der School of Nursing der UCSF ein neues Studienprogramm konzipiert, das ein Novum innerhalb der wissenschaftlichen Aus- und Weiterbildungen darstellt: das «*Master's Entry Program in Nursing*» (MEPN)⁴. Es handelt sich um einen Pflegestudiengang auf Master-Niveau ohne pflegerische Grundausbildung. In diesem Programm können Absolventen, die den ersten Universitätsabschluß (BS) in einem anderen Studienfach erworben haben, ein Pflegestudium durchlaufen, das mit dem «*Master of Science*» abgeschlossen wird. Sie beginnen das Pflegestudium also, ohne über eine pflegerische Grundausbildung zu verfügen, gleich auf dem Master-Niveau. Die Idee, ein solches Studienprogramm zu konzipieren, erwuchs daraus, daß Pflegestudiengänge in den letzten Jahren vermehrt von Interessenten nachgesucht wurden, die über einen BS in einem anderen Fach, z. B. Sozialarbeit, Pädagogik, Psychologie, Biologie usw. verfügen und *keine* pflegerische Grundausbildung besitzen. Die meisten von ihnen hatten mit ihrer Qualifikation auf dem Arbeitsmarkt wenig Chancen und suchten nach Möglichkeiten der Weiterqualifizierung oder stellten nach kurzer Zeit beruflicher Tätigkeit fest, daß diese nicht ihren Vorstellungen entspricht. Der Pflegeberuf ist für sie attraktiv, weil er mehr als andere Tätigkeitsfelder, in denen Arbeit am Menschen verrichtet wird, expandiert, weiterhin Statusgewinn erfährt und außerdem Möglichkeiten der Beschäftigung und des Broterwerbs bietet. Um diesen Interessenten Zugangsmöglichkeiten zum Pflegestudium zu eröffnen, wurde das oben erwähnte Programm auf Master-Niveau inklusive Pflegeausbildung konzipiert. Das Programm wird seit einem Jahr an der UCSF mit 29 Teilnehmern durchgeführt und hat an anderen Universitäten bereits erfolgreiche Durchläufe hinter sich.

Dieses Programm kann Vorbildfunktion für bundesdeutsche Pflegestudiengänge einnehmen, die keine dreijährige Berufsausbildung zur Krankenschwester/-pfleger voraussetzen. Solche Studiengänge wird es über kurz oder lang auch hier

⁴ An dieser Stelle möchten wir Afaf Meleis und Scott Ziehm ausdrücklich für ihre Informationsbereitschaft danken.

geben müssen, denn langfristig wird die mit der Notwendigkeit, zunächst eine Berufsausbildung absolvieren zu müssen, verbundene Benachteiligung von Pflegestudenten gegenüber anderen Gesundheitsberufen, z. B. der Medizin, nicht zu vertreten sein. Die Universitäten werden sich in der Konsequenz der Frage der Anbindung und Organisation der praktischen Ausbildung stellen müssen. In den USA ist diese Frage mit dem dualen Charakter der Universitätsstudiengänge bzw. der Integration von pflegepraktischer und pflegetheoretischer Ausbildung in einigen der Programme gelöst. Diese Lösung könnte Modellfunktion haben, zumal davon ausgegangen werden kann, daß Pflegestudiengänge auch hier möglicherweise nicht einzig für Pflegekräfte selbst von Interesse sein werden, sondern auch Berufswechslern anziehen. Aus diesen beiden Gründen ist das MEPN-Programm so interessant für die hiesige Diskussion.

Eines der wesentlichen Probleme bei der Konzipierung des MEPN-Programms bestand darin, die Frage zu lösen, wie die Studenten die nötige berufspraktische Ausbildung innerhalb des Studiums erhalten können, ohne zuviel Zeit zu verlieren, jedoch alle zur pflegerischen Basisqualifikation gehörenden Fähigkeiten und Kompetenzen vermittelt bekommen. Für die ansonsten dreijährige berufliche Grundausbildung ist im MEPN-Programm nur ein Jahr vorgesehen. Danach legen die Teilnehmer dasselbe staatliche Examen zur Registered Nurse ab, für das die BS-Absolventen drei Jahre brauchen. Anschließend folgen zwei Jahre intensiven wissenschaftlichen Studiums begleitet von Praxiseinsätzen, die vor allem der Spezialisierung und der Durchführung eigener Forschungsarbeiten dienen. Insgesamt handelt es sich hier also um ein sehr komprimiertes Studium. Das trifft sowohl auf die pflegewissenschaftliche, vor allem aber auf die pflegepraktische Ausbildung zu. Deshalb werden wir diese genauer darstellen.

Normalerweise wird in den USA die praktische Ausbildung von Pflegelehrern durchgeführt, die an einer Universität oder einer Krankenpflegeschule angestellt sind. Die Relation von Lehrer zu Student ist in der Regel 1:8 bis 1:12. Wesentliche Teile der Ausbildung finden vor Ort statt, gemeinhin in Krankenhäusern, aber auch in ambulanten Pflegeeinrichtungen. Eine Folge der schulischen Anbindung ist, daß die Pflegelehrer

nicht in das Praxisgeschehen integriert sind und daher wenig damit vertraut sind, wie in der jeweiligen Einrichtung gearbeitet wird. Außerdem sind sie nicht kontinuierlich mit den Studenten zusammen. Daher ist es für sie schwierig, die Schüler bei einer komplexen Pflegeplanung mit verschiedenen Anforderungen (Pflegediagnose, Durchführung von Pflegetechniken, Koordinations- und Interaktionsaufgaben: Gespräche mit Vertretern anderer Berufe, Interaktion mit Patienten usw.) umfassend anzuleiten. Das Lehrprogramm beschränkt sich deshalb im wesentlichen auf Standardsituationen, die gemeinsam eingeübt werden. Auf konkrete Probleme, die sich während des praktischen Einsatzes ergeben, können die Pflegelehrer meist nicht rasch genug reagieren.

Im MEPN wurde die praktische Ausbildung anders organisiert. Wesentlich ist sie dadurch charakterisiert, daß auf das Modell der «Praxisanleiter» zurückgegriffen wurde. Dahinter verbergen sich Pflegekräfte, die in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen (Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten) tätig und dort angestellt sind und in einer Fortbildung zu Praxisanleitern qualifiziert wurden. Ihre Aufgabe besteht darin, den Studenten vor Ort die erforderlichen pflegepraktischen Fertigkeiten zu vermitteln. Eine Grundvoraussetzung, um die Ausbildungszeit komprimieren zu können, wird darin gesehen, daß die Studenten vor Ort nicht regulär *mitarbeiten*, sondern gezielt *lernen*. Um das zu gewährleisten, werden auch die Praxisanleiter für ihre Ausbildungsaufgaben von der regulären Arbeit freigestellt. Der Unterschied zum hiesigen Ausbildungssystem, in dem partiell auch mit Praxisanleitern gearbeitet wird, ist wenig spektakulär, aber folgenreich: Kommt im hiesigen System eine Schülerin zum praktischen Einsatz, wird ihr im günstigen Fall eine Praxisanleiterin – in der Regel eine erfahrene Schwester – zugeteilt, die dann jedoch mit der ihr übertragenen regulären Arbeit weitermacht und dabei die Schülerin mitnimmt. Im MEPN hingegen führt der Praxisanleiter mit dem Studenten gezielt die jeweiligen Ausbildungsschritte durch: Baden eines Patienten, Ankleiden eines Patienten mit Bewegungseinschränkungen, Vorbereitung einer Untersuchung usw. Nach erfolgreicher Durchführung wird der jeweilige Ausbildungsschritt nicht wiederholt, d. h. gelernt wird nicht durch Habitualisierung, sondern

durch gezielte Unterweisung und Aneignung. Der Tag auf einer Station fängt für die Schüler folglich nicht jedesmal mit Bettenmachen an, weil morgens eben die Betten gemacht werden, sondern jeder Tag ist einem speziellen Lerninhalt gewidmet.

Dabei ist die Vermittlung praktischen Wissens folgendermaßen organisiert: *allgemeine* Pflegekompetenzen wie Betten machen, Medikamentenvergabe, Umgang mit Infusionen, Funktionsweise einer Station usw., werden zunächst im Unterricht in Kleingruppen erläutert. Anschließend werden alle Ausbildungsschritte, die für eine *geplante individuelle* Pflege notwendig sind, im «Apprenticeship-model», dem Lehrlings-Modell, von einer Praxisanleiterin und einer Schülerin – also im Verhältnis 1:1 – geübt. Auf diese Weise soll eine gezielte und effektive praxisnahe Ausbildung gewährleistet werden, bei der die Teilnehmer lernen, Patientenbedürfnisse, -probleme und -ressourcen zu ermitteln, Pflegesituationen einzuschätzen und die notwendigen Pflegeschritte zu planen, durchzuführen und auszuwerten.

Ergänzenswert ist, daß die Ausbildung der Praxisanleiter durch die Universität – konkret durch den universitären Koordinator der praktischen Ausbildung – erfolgt. Auf diese Weise ist eine enge Verschränkung mit dem Programm und seinen Lehr- und Lernzielen garantiert. Auch die Ausbildungsinhalte werden von der Universität – also pflegewissenschaftlichen Kriterien folgend – festgelegt und nicht von Praktikern vor Ort. Die Inhalte werden im Lauf des Programms überprüft und gegebenenfalls modifiziert. Die Durchführung der praktischen Ausbildung wird ebenfalls universitär durch den Koordinator begleitet. Er steht als Supervisor für die Praxisanleiter wie auch als Mentor für die Studenten zur Verfügung. Konkret sieht das so aus, daß er für die 29 MEPN-Teilnehmer der School of Nursing der UCSF bei Problemen oder Schwierigkeiten jederzeit an den Ort des praktischen Einsatzes gerufen werden kann. Bei Praxisanleitern, die sich nicht bewähren, besteht die Möglichkeit, die Lehrbefugnis zu entziehen. Umgekehrt steht der Koordinator auch Praxisanleitern zur Verfügung, stellen sich ihnen Vermittlungsprobleme oder Schwierigkeiten im Umgang mit den Studenten.

Vermittlung und Produktion pflegewissenschaftlichen Wissens und entsprechender Kompetenzen

Angesichts des Neulandes, das mit der Einführung der Pflegewissenschaft hierzulande betreten wird, erscheint uns sinnvoll, auf die Vermittlung theoretischen Wissens und wissenschaftlicher Kompetenzen einzugehen. Dabei ist nicht einzig von Interesse, wie der Erwerb theoretischen Wissens curricular organisiert ist, sondern auch, wie innerhalb der Studienprogramme an der Produktion neuer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse gearbeitet wird. Denn diese haben – wie Studienprogramme generell – neben Aus- und Weiterbildungsfunktionen auch die Aufgabe, den wissenschaftlichen Nachwuchs zu fördern und zur Erweiterung wissenschaftlichen Wissens beizutragen.

a) Orientierung an einzelnen Pflege-theorien versus Theorievielfalt

Zunächst einmal ist festzuhalten, daß die Studienprogramme (in unterschiedlicher Breite und Tiefe, je nach Art des Studiengangs) die Vermittlung umfassender wissenschaftlicher Basiskenntnisse vorsehen. Dazu gehören Einführungen in pflegetheoretisches Wissen, Grundlagenkenntnisse aus angrenzenden Fachgebieten, gesundheitssystemanalytische Fragen und Probleme der Versorgung sowie Methoden empirischer Forschung und wissenschaftlichen Arbeitsens. Darüber hinaus enthalten viele Programme «Projektstudien», in denen es um den Erwerb und die Erprobung praktischer Kompetenzen geht und außerdem eigenständige Bearbeitungen und Untersuchungen wissenschaftlicher Fragestellungen erfolgen. Sie dienen also sowohl dem Erwerb wissenschaftlicher Kompetenzen wie auch der Generierung neuer pflegewissenschaftlich relevanter Erkenntnisse.

Erwähnenswert ist, daß es auch in der theoretischen Ausrichtung der Curricula der Studiengänge in den letzten zwanzig Jahren eine Umorientierung gegeben hat. In den sechziger und siebziger Jahren wurden häufig Curricula konstruiert, die auf einer einzelnen Pflege-theorie basierten. Beispielsweise wurde an der UCLA die Pflege-theorie von Dorothy Johnson verwendet,

die dort Professorin für Pflege war und ein Verhaltenssystemmodell für die Pflege konzipiert hatte (Botschafter/Moers, 1991). In den folgenden Jahren wurden diese Curricula zunehmend revidiert und andere Verfahrensweisen gewählt, weil die wissenschaftlichen Arbeiten aufgrund dieser Curricula nicht «kreativ» waren – so wurde es von seiten der School of Nursing bezeichnet. Gemeint ist, daß sie zu eng an ein Theorem angelehnt waren, was sich aber angesichts der Stands der Theoriebildung in den Pflegewissenschaften als unfruchtbar und beengend erwies. Daß diese Vorgehensweise wenig sinnvoll ist, muß nicht zuletzt auf die Beschaffenheit pflegetheoretischen Wissens zurückgeführt werden. Generell ist zu konstatieren, daß der Bestand an systematischem wissenschaftlichem Wissen in der Pflege relativ gering ist und zudem – wie es für junge Disziplinen oftmals typisch ist – eine eigentümliche Charakteristik aufweist. Auf der einen Seite sind Theorieversuche zu finden, die relativ abstrakt sind, sich überwiegend aus anderen Disziplinen nähren und zudem eklektischen, ja auch schematischen Charakter aufweisen und meist in erheblicher Distanz zu den sich in der Pflegepraxis stellenden Fragen stehen. Auf der anderen Seite gibt es theoretische Diskurse und entsprechende Systematisierungsversuche, die nahezu an der Praxis «kleben» und dieser durch technokratisch anmutende Strukturierungen und «rezeptologische» Vorschläge zu begegnen versuchen. Die ausschließliche Ausrichtung an einem dieser Theoreme, egal welcher Provinienz, muß sich daher zwangsläufig als beengend erweisen.

Als Konsequenz erfolgte an vielen Universitäten eine Curriculumrevision, in deren Folge die Pflegestudiengänge theoretisch breiter ausgerichtet wurden. Überblickveranstaltungen über den Charakter des Theoriebestands wie auch über die einzelnen Theorieansätze und -traditionen gehören seither ebenso zum Lehrangebot wie intensivere Auseinandersetzungen mit einzelnen Theorien und Theorietraditionen. Allerdings erfolgen diese mittlerweile problem- bzw. themenbezogen. So wird zum Thema Interaktion auf Peplau, Orlando und Travelbee rekuriert, beim Thema Transitionen auf Rogers oder Leininger (zu den genannten Theoretikerinnen siehe exemplarisch Meleis, 1991). Obschon es in den Pflegewissenschaften nach wie vor prominente

Vertreter der Forderung nach Orientierung an ausschließlich einem theoretischen Modell für die gesamte Pflegewissenschaft (so z. B. Huckabay, 1991) gibt, wird diese problem- und themenbezogene Vorgehensweise an der UCSF bevorzugt und für wissenschaftlich sinnvoller gehalten als die Ausrichtung an einem speziellen Theorieversuch, zumal dann die Gefahr besteht, einzelne Theoreme zu einer Art «Heilslehre» zu verklären und deren Relativität zu übersehen.

Außerdem wird an der UCSF großer Wert auf *induktive Theoriebildung* gelegt. Auch dahinter verbirgt sich ein Versuch, die aus dem Stand pflegewissenschaftlicher Theoriebildung resultierenden beengten Möglichkeiten des Gewinns neuer Erkenntnisse zu überwinden und eine produktive Möglichkeit zu finden, den Bestand an pflegewissenschaftlichem Wissen zu erweitern.

b) Der grassroot-approach: induktive Theoriebildung in den Pflegewissenschaften

Mehr als an Pflegefakultäten anderer Universitäten wird an der School of Nursing der UCSF der «grassroot-approach» geschätzt. Damit ist nichts anderes gemeint, als Theoriebildung «von unten» zu betreiben. Hierzulande wird diese Art der Erkenntnisgewinnung oft als Praxisforschung bezeichnet (v. Kardoff, 1992), eine Bezeichnung, die ihren Charakter nicht trifft. Es ist keine Untersuchung gängiger Praxis zum Zweck der Systematisierung und Korrektur gemeint, sondern die Generierung theoretischer Erkenntnisse aus empirischen Tatbeständen (Strauss, 1987, 1991; Glaser/Strauss, 1962). Auf diese Weise wird es möglich, die Erfahrungen der Pflegepraxis zum Sprechen zu bringen und theoretische Erkenntnisse zu gewinnen, die «grounded» (Grounded Theory, ebenda sowie Corbin/Strauss, 1990; Glaser, 1978), also empirisch gesättigt sind und in der gängigen Praxis gründen⁵.

⁵ Forschungsstrategisch bedeutet das, daß nicht mit einem theoretisch abgeleiteten Set von Hypothesen gearbeitet wird, welches dann auf die Realität angewandt und ihr mehr oder minder übergestülpt wird, sondern Annahmen und Hypothesen über einen Gegenstand aus der Praxis, d. h. in der Regel auf der Basis der Analyse von qualitativ erhobenem Datenmaterial entwickelt werden. Empirisch gesättigte Theoriebildung setzt also umfangreiche Methodenkenntnisse (vor allem im Bereich qualitativer Verfahren), Kenntnisse von Strategien der Auswertung (und -skonzepte), doch ebenso entsprechende Kenntnisse sozialwissenschaftlicher Theorien voraus.

Es ist nicht von ungefähr, daß die für die Pflegewissenschaften vielversprechende «empirisch gesättigte Theoriebildung» an der School of Nursing präferiert wird, weil ihr Begründer Anselm Strauss dort bis vor kurzem Leiter der Abteilung für Sozial- und Verhaltenswissenschaften war und seine Arbeiten bzw. auch die seines Teams die Fakultät nachhaltig beeinflusst haben.

Es kann hier nicht der Ort sein, über induktive Strategien der Theoriebildung zu referieren (siehe dazu die umfangreiche Literatur), wohl aber ist zu fragen, welche Konsequenzen daraus für die Konzipierung der Studienprogramme erwachsen.

Zum einen erhalten die Studenten neben den oben genannten Inhalten eine Einführung in soziologische Theorien und sozialwissenschaftliche Forschungsstrategien. Dabei werden qualitative Forschungsstrategien sehr viel höher gewichtet als an anderen Pflegefakultäten. Insbesondere in den PhD-Programmen der School of Nursing in der UCSF spielen Methodenkenntnisse eine große Rolle und wird seit einiger Zeit auch erheblich mehr Wert auf die Verwendung qualitativer Forschungsmethoden gelegt als in den älteren DNS-Programmen. Während im DNS-Programm die Absolvierung von vier Kursen in quantitativen und nur einem Kurs in qualitativen Methoden der empirischen Forschung verlangt werden, sind es im PhD-Programm vier quantitative und drei qualitative Kurse (Stand: Akademisches Jahr 1991/92 der School of Nursing, San Francisco). In diesen Kursen geht es sowohl um eine Einführung in die Methoden empirischer Sozialforschung samt der ihnen zugehörigen theoretischen Grundlagen, doch zugleich auch um den Erwerb forschungsstrategischer Kenntnisse und forschungspraktischer Kompetenzen. Das geschieht in Form von Kolloquien bzw. Projektseminaren, in denen über weite Strecken praktisch am Datenmaterial gearbeitet wird (siehe dazu Strauss, 1991). Außerdem sind alle Studierenden gefordert, eigene Untersuchungen durchzuführen. Dieses können Bearbeitungen eigener Fragestellungen im Kontext größerer Studien sein, die an der Fakultät durchgeführt werden, jedoch auch eigenständige Forschungsvorhaben. Auch diese Arbeiten werden in den «Methodenkolloquien» diskutiert und methodisch/forschungsstrategisch begleitet. An

der School of Nursing werden gemäß dem oben genannten Konzept Vorhaben bevorzugt, in denen eigene Feldforschungen erforderlich sind und Aspekte zur Disposition stehen, mit denen die eigenständige Bedeutung der Pflege inhaltlich untermauert bzw. ihre Wissensbasis erweitert wird. Freilich gibt es nach wie vor auch weiterhin naturwissenschaftliche Arbeiten und forschungsstrategisch anders verfahrenende Studien. Dennoch wird in der induktiven Theoriebildung und der Gewichtung sozialwissenschaftlicher Aspekte eine *der* Möglichkeiten gesehen, der Vernaturwissenschaftlichung der Pflege und der daraus erwachsenen Begrenzung ihres Selbst- und Aufgabenverständnisses entgegenzuwirken und die Theorieentwicklung voranzutreiben.

Anregungen und Lehren für die deutsche Diskussion

Auch in der Bundesrepublik ist längst unübersehbar geworden, daß die steigenden Anforderungen an die Pflege und die wachsende Bedeutung der Pflege in der Krankenversorgung verlangen, daß sie sich zu einem eigenverantwortlichen und gleichberechtigten Gesundheitsberuf neben anderen verändert. Die Entwicklung der zur Erfüllung dieser Anforderungen notwendigen professionellen und (pflege)wissenschaftlichen Kompetenzen ist hierzulande lange Zeit vernachlässigt worden (exemplarisch Robert-Bosch-Stiftung, 1992). Mittlerweile aber herrscht zunehmend Konsens darüber, daß vor allem im Bereich der Qualifizierung ohne erhebliche Innovationen die Defizite in diesem Berufszweig der Krankenversorgung nicht zu beheben sind. Die Pflegeausbildung mit ihrem Schema der dreijährigen Grundausbildung mit anschließender Möglichkeit der Fort- und Weiterbildung kann eine ausreichende Qualifizierung in den Pflegeberufen nicht mehr gewährleisten. Weder sind die Pflegenden, noch ihre Lehrer und Manager ausreichend auf ihre komplexen Aufgaben vorbereitet. Die Einführung von Studiengängen, in denen Pflegende für Lehr- und Managementfunktionen ausgebildet werden, stellt einen ersten Schritt dar, dem allerdings – wie nicht zuletzt ein Blick auf das Ausbildungsniveau und die Ausdifferenzierung der Studienmöglichkeiten in anderen Ländern zeigt – noch etliche folgen sollten und

müssen. So begrüßenswert allein diese Entwicklung ist, so lassen die amerikanischen Erfahrungen bei allen Unterschieden der Situation folgende Schlüsse zu:

– Eine Qualifikationsanhebung, die lediglich auf einige Bereiche der Pflege begrenzt ist, kann nicht ausreichen. Bemühungen, der Krise des Pflegeberufs zu begegnen, müssen über kurz oder lang alle Bereiche der Pflege betreffen, damit die Pflege den an sie gestellten Aufgaben zukünftig gerecht werden kann. Anders gesagt: Zu warnen ist davor, den Nachholbedarf der bundesdeutschen Pflege zu eng zu definieren und Studienmöglichkeiten zu pragmatisch zu konzipieren. Nur durch eine *breite* Ausrichtung von Studienangeboten und eine *Ausdifferenzierung* von Studienprogrammen gemäß den unterschiedlichen Aufgabenbereichen in der Pflege ist eine Aufwertung, Veränderung und Professionalisierung dieses traditionsreichen, sich hier derzeit in einer Identitätskrise befindlichen Berufs zu erreichen.

– Von vornherein wird darauf zu achten sein, eine Fehlentwicklung zu vermeiden, die die Pflege in vielen anderen Ländern – so auch in den USA – durchlaufen hat. Der Weg zur Eigenständigkeit führt nicht über eine Vernaturwissenschaftlichung und Medizinalisierung der Pflege. Aus der Übernahme medizinischer Aufgaben erwächst ein Bumerangeffekt, nämlich eine noch engere Anlehnung an die Medizin und eine Zementierung ihres Status als medizinischer Delegationsberuf, wenngleich auch auf anderem Niveau.

– Die amerikanischen Erfahrungen lehren, daß mit der Akademisierung der Pflege ein sehr dorniger Weg beschritten wird. Der Mühsal, Studiengänge zu konzipieren, die die nötige Flexibilität und Kreativität aufweisen, um Intention und widerborstige Realität in Übereinstimmung bringen zu können, wird nicht auszuweichen sein. Auch Bereitschaft zum ständigen Diskurs mit der Praxis und zur Reaktion auf dieselbe sowie zu Curriculumrevisionen werden vonnöten sein, um Studienprogramme zu schaffen, die die Absolventen nicht in die Sackgasse führen und in eine ähnlich schwierige und subjektiv nicht zu bewältigende Situation stürzen, wie wir sie beispielsweise im Bereich pädagogischer und psychosozialer Berufe im Zuge der Ausdifferenzierung

des Hochschulwesens in den siebziger Jahren bereits einmal erlebt haben (Schaeffer, 1992). Dafür, was Flexibilität und Kreativität bedeuten, sind gerade in den USA viele Beispiele zu finden. Erinnerung sei allein an die ungeheure Vielzahl der Studienprogramme, mit denen u. a. auf die jeweiligen Anforderungsveränderungen der Praxis reagiert wird.

- Desgleichen ist zu lernen, daß neben der fachlichen Qualifizierung auch zu beachten ist, daß die Absolventen auf ihre Rolle als «change agents» vorbereitet werden. Eines der zentralen Probleme wird für die Pflegestudiengangsteilnehmer darin bestehen, daß sie auf eine Praxis treffen, die zwar zum Wandel genötigt ist, ihn aber noch nicht vollzogen hat. Die Absolventen werden daher entsprechende Wandlungsprozesse selbst einleiten müssen und dabei mit einer Reihe von Widerständen und Machtkämpfen zu rechnen haben, weil Veränderungen herkömmlicher Strukturen in der Regel sehr viel tiefgreifender sind, als zunächst vermutet wird: Weder angestammte Handlungsroutrinen, noch die Dispositionsspielräume anderer Professionen/Berufe unberührt lassen. Aus den Erfahrungen in anderen Berufszweigen der Krankenversorgung - denken wir beispielsweise an die Sozialarbeiter und die Transformation von der Gesundheitsfürsorge zur Sozialarbeit (Garms-Homolova/Schaeffer, 1990) - konnten wir lernen, daß diese Aufgabe sich noch im Prozeß der Professionalisierung befindliche «neue» Professionen (Mok, 1969) hoffnungslos überfordert, werden sie nicht explizit auf sie vorbereitet. Und wir konnten auch lernen, daß nachgeschobene Unterstützungsmaßnahmen - etwa Supervisionsprogramme - an diesem Tatbestand nur wenig ändern können, oft sogar sich bestehende Schwierigkeiten und sich abzeichnende Fehlentwicklungen verstärken.

- Es kann - auch das zeigen die amerikanischen Erfahrungen exemplarisch - nicht darum gehen, die Pflegeaus-, -fort- und -weiterbildungen zu akademisieren, ohne zugleich Pflegewissenschaft und -forschung aufzubauen. Nur so kann die wissenschaftliche Fundierung der Pflege vorangetrieben und der wissenschaftliche Nachwuchs gefördert werden. Das ist um so dringlicher, als die Bewältigung der veränderten Aufgaben der Pflege mit Schwerpunkt auf rehabilitativen und autonomieerhaltenden bzw. -fördernden Zielen bei chronischen Erkrankungen und

Alterskrankheiten nur aufgrund wissenschaftlich gestützter Konzepte und Forschung denkbar ist. Dafür, wie Konzeptentwicklung und Theoriebildung aussehen könnte, d. h. wie Studienprogramme zur Erweiterung (pflege)wissenschaftlichen Wissens beitragen können, sind in den USA ebenfalls zahlreiche Hinweise zu finden. Gerade der Ansatz der School of Nursing der UCSF - speziell der grassroot-approach und die Strategien induktiver Theoriebildung (inklusive der Organisation ihrer Vermittlung), bieten für die Diskussion hierzulande einen reichhaltigen Fundus an Anregungen.

Abschließend möchten wir auf ein anders gelagertes Problem eingehen. Mit der Professionalisierung - so wird gerade von seiten der weiblichen Pflegekräfte gemutmaßt - könnte sich die Pflege von einem Frauen- zu einem Männerberuf wandeln. Männer besetzen bereits heute mehr führende Positionen in der Pflege als ihrer prozentualen Vertretung im Berufsfeld entspricht. Mit der Akademisierung der Pflege steht zu befürchten, daß sich diese Tendenz verstärkt. Betrachten wir dazu noch einmal die Situation in den USA.

Das Verhältnis von Frauen zu Männern stellt sich für professionelle Pflegekräfte hier im Vergleich zur BRD folgendermaßen dar:

USA:	97% F / 3% M
BRD:	85% F / 15% M

Männer haben in den USA überproportional führende Positionen in der Pflege inne und zwar im *Pflegemanagement*. In der Bundesrepublik wird mit ähnlichen Tendenzen zu rechnen sein, und das mehr noch als in den USA, weil der Anteil männlicher Pflegekräfte hier bereits heute sehr viel größer ist. Es wird also darauf zu achten sein, daß Studienzugangsmöglichkeiten und auch führende Positionen speziell für Frauen offen gehalten werden, um nicht unversehens eine Entfeminisierung in einer der letzten beruflichen Domänen der Frauen und dem größten Berufszweig der Krankenversorgung einzuleiten.

Literatur

Bischoff, C.; Botschafter, P.: Universität oder Fachhochschule - das ist hier die Frage? *Pflegepädagogik* 2, 1, 1992, 4-11.

- Botschafter, P.; Moers, M.: Pflegewissenschaft und Pflege-
notstand-Einrichtung eines Studiengangs «LehrerIn der
Pflege» an der Freien Universität Berlin? Argument Son-
derband AS 190, 1990, 123-139.
- Botschafter, P.; Moers, M.: Dorothy Johnson - Das Verhal-
tensmodell für die Pflege. Pflegemodelle in der Praxis,
Folge 9. Die Schwester / Der Pfleger, 30, 10, 1991,
889-895.
- Chinn, P. L.; Kramer, M. K.: Theory and Nursing - A System-
atic Approach. St. Louis et al.: Mosby Year Book, 1991³.
- Corbin, J.; Strauss, A.: Grounded Theory Research: Proce-
dures, Canons and Evaluative Criteria. Zeitschrift für
Soziologie, 19, 6, 1990, 418-427.
- Dewe, B.; Radke, F.-O.: Klinische Soziologie - Eine Leitfigur
der Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens. In:
Beck, U.; Bonß, W. (Hrsg.) Weder Sozialtechnologie noch
Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissen-
schaftlichen Wissens. Suhrkamp, Frankfurt 1989, 46-71.
- Garms-Homolova, V.; Schaeffer, D.: Kiepenarbeit versus Be-
ratung: Strukturprobleme sozialarbeiterischen Handelns
im Krankenhaus. Neue Praxis. Kritische Zeitschrift für
Sozialarbeit und Sozialpädagogik 20, 2, 1990, 111-124.
- Glaser, B.; Strauss, A.: The Discovery of Grounded Theory.
Strategies for Qualitative Research. Aldine Publishing
Company, New York 1962.
- Glaser, B.: Theoretical Sensitivity-Advances in the Methodol-
ogy of Grounded Theory. The Sociology Press, Mill Val-
ley, L. A. 1978.
- Kardoff, E. v.: Praxisforschung im Bereich personenbezoge-
ner Dienstleistungen. In: Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosen-
brock, R. (Hrsg.): Aids-Krankenversorgung. edition
sigma, Berlin 1992, 351-376.
- Meleis, A. I.: Doctoral Education in Nursing: Its Present and
Its Future. In: Journal of Professional Nursing, 4, 6, 1988,
436-446.
- Meleis, A. I.: Being and Becoming Healthy: The Core of
Nursing Knowledge. Nursing Science Quarterly, 3, 3, 1990,
107-114.
- Meleis, A. I.: Theoretical Nursing: Development and Pro-
gress. 2nd ed. J. B. Lippincott Company, Philadelphia
1991.
- Mok, A. C.: Alte und neue Professionen. KZfSS 4, 1969,
770-781.
- Parse, R. R.: Nursing Knowledge for the 21st Century: An
International Commitment. In: Nursing Science Quaterly,
5, 1, 1992, 8-12.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Pflege braucht Eliten. Denk-
schrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitung-
kräfte in der Pflege. Beiträge zur Gesundheitsökonomie
28. Bleicher, Gerlingen 1992.
- Schaeffer, D.: Tightrope Walking. Handeln zwischen Päd-
agogik und Therapie. In: Dewe, B.; Ferchhoff, W.; Radke,
O. (Hrsg.): Erziehen als Profession. Zur Logik profession-
ellen Handelns in pädagogischen Feldern. Leske &
Budrich, Leverkusen 1992, 200-229.
- Strauss, A.: Qualitative Analysis for social Scientists. Cam-
bridge University Press, New York u. a. 1987.
- Strauss, A.: Creating Sociological Awareness: Collective
Images and Symbolic Representations. Transaction
Publishers, New Brunswick, New Jersey 1991.
- Wittneben, K.: Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pfl-
egelehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven
einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege.
Peter Lang, Frankfurt/Main 1991.
- Wirth, L.: «Clinical Sociology». In: American Journal of
Sociology 37, 1931, 49-66.
- World Health Organization: Primary health care: Report of
the International Conference on Primary Health Care,
Alma Ata, USSR, Geneva, 6.-12. September 1978.

*Martin Moers, M. A., Dr. Doris Schaeffer, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Reichpietschufer 50,
D-1000 Berlin 30*