

Gesundheitsberufe

Martin Moers und Doris Schaeffer

Akademisierung und Verwissenschaftlichung der Pflege

Erfahrungen aus den USA

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 heranzuziehen, denn in den USA werden bereits seit Anfang des Jahrhunderts universitäre Ausbildungen für Pflegekräfte angeboten. Sie waren zunächst eher erziehungswissenschaftlich orientiert, sind aber seit den sechziger Jahren pflegewissenschaftlich ausgerichtet (Meleis 1988: 436). Die seither gesammelten Erfahrungen können für die bundesrepublikanische Diskussion wertvolle Anregungen 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, diese jedoch nicht auf einige Bereiche der Pflege (Lehr- oder Leitungsfunktionen) beschränkt sein kann, sondern zugleich die Pflegewissenschaft in Deutschland einzuführen ist (Bischoff/Botschafter 1992; Botschafter/Moers 1990; Wittneben 1991)¹. Mit anderen Worten, 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. Und auch 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 und sowohl Ausbildungsfragen als auch Probleme der Theoriebildung und der Generierung pflegerischen Wissens behandeln. Zuvor aber wird der Stellenwert der Pflege unter den Gesundheitsberufen in den USA skizziert.

In den USA kommt der Pflege eine größere Bedeutung zu als im bundesrepublikanischen Gesundheitswesen. Dies drückt sich unter anderem in der Anzahl der Pflegekräfte aus, die 1981 für die BRD 33 pro 10000 Einwohner, für die USA hingegen 56, also fast das Doppelte, beträgt (Alber 1990a: 130). Dabei ist die Arztdichte in den USA nur etwas niedriger: kommen hier auf 10000 Einwohner 19 Ärzte, so sind es in der BRD 24 (Alber 1988: 122).

Betrachtet man das Qualifikationsniveau, so ergibt sich folgendes Bild. In den letzten Jahren hat sich durchgängig ein Trend zur Höherqualifikation durchgesetzt: 1987 gab es 28 Prozent mehr »Registered Nurses« (staatlich examnierte Pflegekräfte) als 1980. Im gleichen Zeitraum sank die Zahl der Hilfs-Pflegekräfte um 22 Prozent. 1980 stellten die Registered Nurses 56 Prozent, 1987 hingegen 65 Prozent des Pflegepersonals (Pope/Menke 1990: 129f.).

Parallel dazu ist auch die absolute Zahl der Registered Nurses deutlich gestiegen: Von 316 000 im Jahre 1950 auf 1 404 000 im Jahre 1983 (Williams/Torrens 1988: 326)². Von diesen Kräften arbeitet eine beträchtliche Zahl in der direkten Pflegepraxis, denn für Leitungstellen wird in der Regel ein Universitätsabschluß vorausgesetzt, über den nur ein Teil der Registered Nurses verfügt (Doheny et al. 1992: 83).

Der Trend zur Höherqualifizierung drückt sich nicht nur in der steigenden Zahl der Registered Nurses aus, sondern auch darin, daß es zunehmend mehr akademisch ausgebildete Pflegekräfte gibt: 91 Prozenten des Ausbildungsjahrgangs 1988 absolvierten ihre Ausbildung an einer Hochschule. Das Angebot an wissenschaftlichen Pflegeausbildungen wird also extrem nachgefragt. Wer sich in den USA überhaupt als Pflegekraft qualifiziert, tut dies inzwischen mehrheitlich mit einer wissenschaftlichen Ausbildung. Für die BRD kann im Unterscheid dazu von einem sehr hohen Anteil dreijährig ausgebildeter Pflegekräfte ausgegangen werden – in den Krankenhäusern liegt ihr Anteil bei über 80 % des Pflegepersonals (Alber 1990: 36) –, jedoch gibt es auf Grund der schwierigen Situation der Pflege in der Aus- und Weiterbildung keine in der BRD wissenschaftlich ausgebildeten Pflegekräfte.

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 sozusagen als Basisqualifikation, auf der die Studienmöglichkeiten aufbauen.

In den USA muß zunächst eine – meist dreijährige – pflegerische Grundausbildung absolviert werden, die von den meisten Einrichtungen der Krankenversorgung als Voraussetzung verlangt wird, 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). Der Anteil der auf diese Weise Ausgebildeten ist kontinuierlich gesunken. 1955 stellten die Krankenpflegeschulen 89 Prozent der Diplome, 1989 waren es nur noch 9 Prozent (Doheny et al.: 81f.).

Die Grundausbildung wird außerdem von Hochschulen angeboten und ist dann umfassender: Sie 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 und dauert in der Regel vier Jahre. Es werden inzwischen fast alle Registered Nurses akademisch ausgebildet, 58 Prozent absolvieren jedoch sogenannte »associate degree«-Programme, die eine auf zwei Jahre verkürzte College-Ausbildung beinhalten (Doheny et al. 1992: 81f.). In den letzten Jahren drängen die Berufsverbände allerdings darauf, den

Hochschulabschluß (»Bachelor of Science«) zur alleinigen Voraussetzung für den Erwerb des Titels Registered Nurse zu machen, der durch die Eintragung bei der Pflegekammer attestiert wird (Doheny et al. 1992: 87). Damit wäre ein weiterer Schritt in Richtung Professionalisierung der Pflege getan.

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

Oberhalb des Niveaus der Registered Nurse gibt es nur noch Hochschulausbildungen. Voraussetzung, weitere Pflegestudiengänge zu absolvieren, ist das Vorhandensein eines »Bachelor of Science« (BS), dem niedrigsten Hochschulabschluß, und die Eintragung als Registered Nurse. Wichtig zu wissen ist, daß der BS auch in einem anderen Fach erworben werden kann. Aufbauend auf dem BS ermöglicht das amerikanische System den Abschluß »Master of Science« (MS) und anschließend die 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 abgeschlossen. Daran können sich »doctoral studies« anschließen, die mit einem »Doctor of Nursing Science« (DNS) oder neuerdings auch »Doctor of Philosophy« (PhD) abschließen. Schematisch sieht dieses duale Ausbildungssystem folgendermaßen aus:

Staatlicher Berufsabschluß	Pflegewissenschaftlicher Universitätsabschluß
Nurse's Aide	
Licensed Vocational Nurse	
Licensed Graduate Practical Nurse	
Graduate Nurse	
Registered Nurse (mit oder ohne):	Bachelor of Science
	Master of Science (Nurse Practitioner o. Clinical Nurse Specialist)
	Doctor of Nursing Science
	Doctor of Philosophy
	Professor of Nursing

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. Universitäts-Diplom. Im folgenden werden wir exemplarisch die Situation an der »School of Nursing« der UCSF beleuchten und einen Einblick in deren Studiengänge und die Probleme nach dem »pfliegewissenschaftlichen Aufbruch« geben.

Die School of Nursing der UCSF³

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 Lehrstuhlausstattungen und auch eigene Promotions-Studiengänge. An der staatlichen »University of California«, die insgesamt über neun verschiedene Standorte verfügt, gibt es beispielsweise an der UCSF (San Francisco) oder an der UCLA (Los Angeles) eigene »Schools of Nursing«, die unseren Fakultäten oder Fachbereichen entsprechen. 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 exemplarisch 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. Es gibt jedoch einzelne Institute wie das »Center for Aids Prevention Studies (CAPS)« mit über 70 wissenschaftlichen Mitarbeitern. Eine Public-Health-Fakultät existiert an der benachbarten Universität in Berkeley. Zu ihr besteht seitens der School of Nursing ein Kooperationsverhältnis, das sich vornehmlich auf die Promotions-Studiengänge bezieht.

An der UCSF werden getrennte Fachbereiche von Pflege und Public Health zumindest aus der Sicht der Pflegewissenschaft 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 jüngst 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 Krankheitsbeseitigung (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 haben also eine – von der Medizin abgesetzte – gemeinsame Zielsetzung. Sie unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihres Gegenstands, ihrer Herangehensweise und der Perspektive. Während sich das Interesse und die Interventionen von Public Health auf die Gesundheit(erhaltung 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 Herangehensweisen und (Interventions-)Konzepte beider: präferiert Pflege eher individuenzentrierte und insofern patientenorientierte Modelle, so legt Public Health die Gewichtung auf gruppenspezifische, verhaltens- und verhältnisorientierte orientierte Konzepte.

Studiengänge der School of Nursing der UCSF

Die School of Nursing verfügt über vier Departments (Abteilungen):

- Family Health Care Nursing (Familiennpflege);
- Mental Health, Community, and Administrative Nursing (Psychiatrische Pflege, Gemeindepflege und Pflegemanagement);
- Physiological Nursing (Physiologische Pflege);
- Social and Behavioral Sciences (Sozial- und Verhaltenswissenschaften).

Familiennpflege umfaßt Kinderkrankenpflege, Geburtshilfe sowie Mutter-und-Kind-Betreuung. Physiologische Pflege entspricht am ehesten der in der BRD üblichen Krankenpflege und besteht u.a. aus interner, chirurgischer, onkologischer, gerontologischer und Intensivpflege. Jede Abteilung hat eigene Studiengänge und eigene fachspezifische Abschlüsse. Das bedeutet, daß an der Abteilung für Sozial- und Verhaltenswissenschaften in Soziologie promoviert (PhD in Sociology) werden kann. Genau besehen zeigt sich hier noch einmal der Status der Schools of Nursing: Soziologie, die als Wissenschaft hierzulande ein ungleich höheres Ansehen genießt als Pflege, ist als Abteilung an einem Pflegefachbereich angesiedelt und verfügt über prominente und in den Reihen der Soziologie international anerkannte Vertreter ihres Fach wie etwa Anselm Strauss.

Alle Abteilungen der School of Nursing haben mehrere Schwerpunkte gesetzt und damit korrespondierende Studienprogramme entwickelt, die flexibel auf Anforderungen des Berufsfeldes reagieren. In den Pflege-Abteilungen werden zur Zeit 22 berufliche Spezialisierungen mit jeweils eigenen Studienprogrammen angeboten. An der School of Nursing lehren insgesamt ca. 360 Wissenschaftler, davon 72 ordentliche oder außerordentliche Professoren (UCSF 1991).

Zum Angebot der School of Nursing der UCSF zählen ausschließlich Post-Graduierten-Studienprogramme. 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 für den Master of Science und die Promotion. Einige davon werden wir im folgenden darstellen.

Master-Studienprogramme

a) Nurse Practitioner

Auch die Master-Studienprogramme bereiten die Absolventen (ebenso wie die BS-Studienprogramme) 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: 39; für die Bundesrepublik Robert-Bosch-Stiftung 1992).

Viele der Master-Studienprogramme 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 Studienprogramme wurden in den sechziger Jahren eingerichtet. 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. Dem kam die Tatsache entgegen, daß die stationäre ärztliche Versorgung in den USA in einer Art Belegarztsystem organisiert ist, die Patienten in den Krankenhäusern also zumeist von ihrem niedergelassenen Arzt betreut werden. Infolge dessen sind die meisten Krankenhäuser – vor allem die privaten – nahezu arztleer. Die Pflege übernahm in der Folgezeit viele der Aufgaben, die im Zusammenhang mit moderner Diagnostik und Therapie eingeführt wurden (s.a. Willams/Torrens 1988: 329ff.). Ein Blick in die Praxis zeigt, daß ihr die angestrebte Kompetenz- und Autonomieausdehnung in der Tat gelungen sind. Die Nurse Practitioners arbeiten in den USA sehr selbstständig, sind direkt an der medizinischen Versorgung beteiligt, bestreiten sogar weite Teile alleine, arbeiten dabei jedoch extrem medizinerorientiert. 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, Einganguntersuchungen etc. bilden einen wesentlichen Bestandteil der pflegerischen Arbeit. Die Tätigkeit der Pflegekräfte und speziell die der Nurse Practitioners ist allerdings 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, über 5 Nurse Practitioners und 145 andere Mitarbeiter (inclusive anders qualifizierter Pflegekräfte, Sozialarbeiter, administrativer Kräfte etc.). 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 Aufgaben der Nurse Practitioners wie Leitungsfunktionen, Koordination und Supervision der Mitarbeiter, eigenständige Durchführung von Forschung etc. Der arztähnliche Status der Nurse Practitioners schlägt sich auch in der Höhe des Gehalts nieder: Es beträgt für Ärzte 65 000 Dollar/Jahr und Nurse Practitioners 50 000 Dollar/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, »Medizinalisierung«, d.h. eine noch weitergehende Anlehnung an die Krankheitsorientierung und folglich eine 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 an sie gestellten (medizinischen) Anforderungen besser 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-technizistische 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, co-operative 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 Studienprogrammen 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 Subsumtion unter professionsfremde Paradigmen zu verabschieden und sich verstärkt auf eigene Ziele, Herangehensweisen und Theoreme 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 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 eigenen sozialen Umwelt (»Primary Health Care« bzw. »Gemeindenahe Versorgung« sowie das Primat »ambulant vor stationär«; Meleis 1990; Parse 1992). Damit werden das Zuhause 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 für die gesamten USA 45 verschiedene Promotionsstudienprogramme (Meleis 1988: 436), die zu unterschiedlichen Abschlüssen führen: »Doctor in Education« (EdD = Erziehungswissenschaften), »Doctor of Philosophy« (PhD), »Doctor of Nursing Science« (DNS) und »Doctor of Nursing« (ND). 1987 gab es 1 500 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 der School of Nursing in San Francisco bis vor kurzem nur Studienprogramme angeboten, die zum »Doctor of Nursing Science« (DNS) qualifizieren. Seit einiger Zeit kann auch der »Doctor of Philosophy in Nursing« (PhD) erworben werden. Der Unterschied zwischen beiden läßt sich folgendermaßen erklären. Idealtypisch legen DNS-Studienprogramme den Schwerpunkt eher auf pflegepraktische Frage- und Problemstellungen, während PhD-Studienprogramme auf Fragen ausgerichtet sein sollen, die den Horizont der Pflege erweitern und die Theoriebildung vorantreiben. Deshalb sind pflegerische PhD-Abschlüsse in der Universität höher angesehen. Während in den DNS-Studienprogrammen naturwissenschaftliche Forschungsfragen dominieren, beispielsweise Untersuchungen über Ernährungsgewohnheiten oder auch die Wirkung von Medikamenten durchgeführt werden, stehen in den PhD-Studienprogrammen geistes- und sozialwissenschaftlich geprägte Themen im Mittelpunkt, 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 Phänome etc. 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 zwischen berufs- und forschungsorientierten Promotionsstudienprogrammen in folgendem Schema zusammengefaßt:

	DNS	PhD
Theorie:	Nutzung	Entwicklung
Forschung:	angewandte Forschung	Grundlagenforschung
Ziele:	Berufspraxis	Forschung
Berufsfelder:	beide: Forschung, Lehre, Verwaltung	

(Meleis 1988: 440)

Die historische Entwicklung der Pflegestudienprogramme in den USA korrespondiert nicht eindeutig mit dieser Trennungslinie, denn viele Pflege-Fachbereiche können aus innerinstitutionellen Gründen nur DNS-Studienprogramme anbieten, deren Inhalte sie jedoch mehr und mehr auf Grundlagenforschung und Theorieentwicklung erweiterten. Insgesamt geht der Trend inzwischen zur Einrichtung von PhD-Studienprogrammen. Beispielsweise werden an der »School of Nursing« der UCSF seit diesem Jahr nur noch PhD-Studienprogramme angeboten, die DNS-Studienprogramme laufen aus. Hinter dieser Programmentwicklung scheint sich eine ähnliche Trendwende zu verbergen wie bei den Master-Studienprogrammen. Auch in den PhD-Studienprogrammen 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 im Mittelpunkt 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). 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 ohne über eine pflegerische Grundausbildung zu verfügen gleich auf dem Master-Niveau. Die Idee, ein solches Studienprogramm zu konzipieren, erwuchs daraus, daß Pflegestudienprogramme in den letzten Jahren vermehrt von Interessenten nachgesucht wurden, die über einen BS in einem anderen Fach, z.B. Sozialarbeit, Pädagogik, Psychologie oder Biologie 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 bietet. Um diesen Interessenten Zugangsmöglichkeiten zum Pflegestudium zu eröffnen, wurde das o.e. 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 (School of Nursing 1991).

Dieses Programm könnte Vorbildfunktion für bundesdeutsche Pflegestudienprogramme einnehmen, die keine dreijährige Berufsausbildung zur Krankenschwester/-pfleger voraussetzen. Solche Studienprogramme, die Pflegeausbildung und -studium integrieren, wird es wahrscheinlich auch hier geben müssen, denn langfristig wird die Benachteiligung der Pflegestudenten, die mit der Berufsausbildung als Eingangsvoraussetzung gegeben ist, 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 Pflegeausbildung stellen müssen. In den USA ist diese Frage mit dem dualen Charakter der Universitätsstudienprogramme bzw. der Integration von pflegepraktischer und pflegetheoretischer Ausbildung in einigen der Studienprogramme gelöst. Diese Lösung könnte Modellfunktion haben, zumal davon ausgegangen werden kann, daß Pflegestudiengänge auch in der BRD möglicherweise nicht einzig für Pflegekräfte selbst von Interesse sein werden, sondern auch Berufswechsler 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 in gedrängter Form innerhalb des Studiums erhalten können, 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 das gleiche staatliche Examen zur Registered Nurse ab wie die Absolventen einer Grundausbildung.

Anschließend folgen zwei Jahre intensiven wissenschaftlichen Studiums begleitet von Praxiseinsätzen, die v.a. 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 letztere genauer darstellen.

Normalerweise wird in den USA die praktische Ausbildung von Pflegelehrern durchgeführt, die an einer Universität oder einer Krankenpflegeschule angestellt sind. In der Regel ist ein Lehrer für acht bis zwölf Studenten zuständig. Wesentliche Teile der praktischen Ausbildung finden jedoch nicht in den Universitäten statt, sondern »vor Ort«: in Krankenhäusern oder ambulanten Pflegeeinrichtungen, die organisatorisch nicht mit den Universitäten verbunden sind. Eine Folge dieser Trennung 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 die Studenten in verschiedenen Einrichtungen eingesetzt, so daß ein Praxislehrer entweder höchstens alle zwei Wochen einen ganzen Arbeitstag mit einem einzelnen Studenten verbringen kann, oder täglich nur 30 bis 60 Minuten für jeden Studenten Zeit hat. Daher ist es für die Lehrer schwierig, die Studenten 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 werden⁴.

Im MEPN wurde die praktische Ausbildung deshalb 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 die ihr übertragene reguläre Arbeit fortführt 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 o.ä. 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. Besonderer Wert wird auf die Koordinierung der Pflege mit anderen Berufsgruppen gelegt. Ein wichtiges Ausbildungsziel ist daher die Fähigkeit, eine Pflegesituation mit allen Implikationen einschätzen zu können.

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 Anleitungsbefugnis zu entziehen. Umgekehrt steht der Koordinator auch Praxisanleitern zur Verfügung, stellen sich ihnen Vermittlungsprobleme oder Schwierigkeiten im Umgang mit den Studenten. Diese intensive, wissenschaftlich begleitete Form der praktischen Ausbildung verweist noch einmal auf das Ziel, das die School of Nursing verfolgt. Ausgebildet wird sowohl für die »Pflege am Bett« als auch für Leitungsaufgaben.

Vermittlung und Produktion pflegewissenschaftlichen Wissens und entsprechender Kompetenzen

Angesichts des Neulandes, das mit der Einführung der Pflegewissenschaft hierzulande betreten wird, erscheint es 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 Pflgetheorien versus Theorievielfalt

Zunächst einmal ist festzuhalten, daß die Studienprogramme (in unterschiedlicher Breite und Tiefe, je nach Art des Studiengangs) die Vermittlung umfassender wissenschaftlicher Basiskonntnisse vorsehen. Dazu gehören Einführungen in pflgetheoretisches Wissen, Grundlagenkenntnisse aus angrenzenden Fachgebieten, gesundheitssystemanalytische Fragen und Probleme der Versorgung sowie Methoden empirischer Forschung und wissenschaftlichen Arbeitens. Darüber hinaus enthalten viele Studienprogramme »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 Studienprogramme in den letzten zwanzig Jahren eine Umorientierung gegeben hat. In den sechziger und siebziger Jahren wurden häufig Curricula konstruiert, die auf jeweils einer einzelnen der zur der Zeit entstehenden Pflege-theorien basierten. Mit der massenhaften Einrichtung von Pflegestudienprogrammen seit den sechziger Jahren kam es in der Folge geradezu sprunghaft zur Entwicklung spezifischer theoretischer Ansätze der Pflege durch einzelne Wissenschaftlerinnen, die meist auch an Universitäten lehrten. 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; zur Entwicklung der Pflege-theorien generell exemplarisch Meleis 1991).

In den folgenden Jahren wurden die Curricula der Pflegestudienprogramme zunehmend revidiert und andere Verfahrensweisen gewählt, weil die wissenschaftlichen Arbeiten auf Grund dieser Curricula nicht »kreativ« waren – so wurde es von seiten der School of Nursing der UCSF bezeichnet. Gemeint ist, daß sie zu *eng* an ein Theorem angelehnt waren, was sich aber angesichts des Stands der Theoriebildung in den Pflegewissenschaften als unfruchtbar und beengend erwies. Daß diese Vorgehensweise wenig sinnvoll ist, muß nicht zuletzt auf die Beschaffenheit pflege-theoretischen 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, gleichgültig welcher Provenienz, muß sich daher zwangsläufig als beengend erweisen.

Als Konsequenz erfolgte an vielen Universitäten eine Curriculum-revision, in deren Folge die Pflegestudienprogramme theoretisch breiter ausgerichtet wurden. So gehören beispielsweise an der School of Nursing in San Francisco Überblickveranstaltungen über den Charakter des Theoriebestands wie auch über die einzelnen Theorieansätze und -traditionen 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 rekurriert, 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 gibt (so z.B. Huckabay 1991), wird die erstgenannte 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. 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. 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 bereits zitierte Literatur), wohl aber ist zu fragen, welche Konsequenzen daraus für die Konzipierung der Studienprogramme erwachsen.

Zum einen erhalten die Studenten neben den o. g. 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-Studienprogrammen der School of Nursing 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-Studienprogrammen. 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-Studienprogramm 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 o.g. Konzept Vorhaben bevorzugt, in denen eigene Feldforschungen erforderlich sind und Aspekte im Mittelpunkt 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 entwickelt. Der Aufbau der dazu 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 die Defizite in diesem Berufszweig der Krankenversorgung ohne erhebliche Innovationen 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 Studienprogrammen, in denen Pflegenden für Lehr- und Managementfunktionen ausgebildet werden, stellt dabei einen wichtigen ersten Schritt dar. So begrüßenswert allein diese Entwicklung ist, so sind aus den amerikanischen Erfahrungen bei allen Unterschieden der Situation jedoch folgende ergänzende Anregungen zu entnehmen:

- Eine Qualifikationsanhebung, die lediglich auf einige Bereiche der Pflege begrenzt ist, wie beispielsweise die Lehrerausbildung oder die Qualifizierung für Managementfunktionen 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 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 und Veränderung 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 auf höherem Niveau.

– Die amerikanischen Erfahrungen lehren, daß mit der Akademisierung der Pflege ein sehr dorniger Weg beschritten wird. Der Mühsal, Studienprogramme 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 und weder angestammte Handlungsrouninen, noch die Zuständigkeitsbereiche und Dispositionsspielräume anderer Professionen/Berufe unberührt lassen. Aus den Erfahrungen in anderen Berufszweigen der Kranken-

versorgung – denken wir beispielsweise an die die Transformation von der Gesundheitsfürsorge zur Sozialarbeit (Garms-Homolova/Schaeffer 1990) – konnten wir lernen, daß eine solche Aufgabe 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.

– Die amerikanischen Erfahrungen zeigen auch, daß es nicht darum gehen kann, die Aus-, 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 auf Grund wissenschaftlich gestützter Konzepte und Forschungen 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 (inclusive der Organisation ihrer Vermittlung) bieten für die Diskussion hierzulande einen reichhaltigen Fundus an Anregungen.

Abschließend möchten wir auf einen anders gelagerten Aspekt hinweisen. Mit der Professionalisierung – so wird gerade von seiten der weiblichen Pflegekräfte gemutmaßt – könnte sich die Pflege von einem Frauen – zu einem Männerberuf wandeln, wie es in der Sozialarbeit zu beobachten ist. Männer besetzen bereits heute mehr führende Positionen in der Pflege als ihrer prozentualen Vertretung im Berufsfeld entspricht (Althoff/Moers 1990: 34; Steppe 1992: 317). Mit der Akademisierung der Pflege steht zu befürchten, daß sich diese Tendenz verstärkt.

Betrachten wir dazu noch einmal die Situation in den USA. Das Geschlechterverhältnis in der Pflege beträgt bei den Registered Nurses 3 Prozent Männer gegenüber 97 Prozent Frauen (Levine/Moses 1982: Table 26.1). Allerdings haben die wenigen Männer in den USA

überproportional häufig führende Positionen in der Pflege inne und zwar im *Pflegemanagement*. In der Bundesrepublik wird mehr noch als in den USA mit ähnlichen Tendenzen zu rechnen sein, weil der Anteil männlicher Pflegekräfte hier sehr viel größer ist: ca. 18 Prozent der Pflegekräfte sind Männer (Statistisches Bundesamt 1988). 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. Ebenso wird darauf zu achten sein, daß mit den Pflegestudiengängen nicht unbeabsichtigt eine Hierarchisierung innerhalb der Pflege betrieben wird, indem eine kleine »Elite« besser ausgebildet und die Situation der großen Mehrheit der Pflegenden unverändert gelassen wird. Die Entwicklung in den USA führt klar vor Augen, daß mit der Einführung wissenschaftlicher Ausbildungen sich nicht nur die Leitungsebene, sondern der gesamte Beruf umgestalten muß.

Korrespondenzadresse:

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

Anmerkungen

- 1 Wir betonen diesen Punkt, denn ohne eine entsprechende Bezugswissenschaft ist die Verwissenschaftlichung der Pflege nicht denkbar. Bisher eingerichtete Studiengänge haben sich dieser Aufgabe jedoch noch nicht gestellt.
- 2 Dennoch wird auch in den USA von anhaltendem Pflegepersonal-mangel gesprochen. Die Ausweitung des Personalbedarfs und -bestandes wird auf unterschiedliche Gründe zurückgeführt, wie etwa den erhöhten Pflegebedarf durch die Zunahme chronischer Krankheiten und altersgebrechlicher Patienten. Als Hauptgrund wird jedoch die Ausweitung der medizinischen Technik in den Krankenhäusern gesehen, die mehr und besser qualifiziertes Personal notwendig machten. Generell fiel in den USA die Entscheidung zugunsten des Pflegeberufes: Zwei Drittel aller Registered Nurses arbeiten im Jahre 1985 in Krankenhäusern (Williams/Torrens 1988: 327).
- 3 Die nachfolgende Darstellung beruht auf zahlreichen Gesprächen, die die Autoren 1992 im Rahmen einer Forschungsreise in die USA an der School of Nursing der 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.

- 4 Nebenbei bemerkt sind die Pflegeschulen in der BRD zwar meist in Krankenhäuser integriert, es stehen jedoch keine speziellen Lehrer für die praktische Ausbildung zur Verfügung, so daß die Pflegeschüler in der Regel im Anlernverfahren durch erfahrene Pflegekräfte auf den Stationen ausgebildet werden, ansonsten jedoch im Stationsbetrieb voll mitarbeiten. Auszubildende in der Pflege werden in der BRD sogar mit 1/7 Stelle im Planstellenschlüssel geführt, d. h. sie werden regelrecht als Arbeitskraft definiert.
- 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 (*grounded theory*) setzt also umfangreiche Methodenkenntnisse (vor allem im Bereich qualitativer Verfahren), Kenntnisse von Strategien der Auswertung (und -skonzepte), doch ebenso entsprechende Kenntnisse sozialwissenschaftlicher Theorien voraus.

Literaturverzeichnis

- Alber, J., 1988: Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich. In: Manfred G. Schmidt (Hrsg.): Staatstätigkeit, Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 19/1988, Opladen: Westdeutscher Verlag, 116-150
- Alber, J., 1990a: Gesundheitspolitische Entwicklungen in den OECD-Ländern: Zur Einordnung der bundesrepublikanischen Erfahrung. In: Zeitschrift für Sozialreform, 36. Jg., Heft 3/4, 126-138
- Alber, J., 1990b: Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstandes in der Bundesrepublik. Discussion Paper 90/3 des Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung
- Althoff, R., und M. Moers, 1990: Analyse der Ausbildungssituation in den Berliner Krankenpflegeschulen (ehemals Berlin-West). Abschlußbericht. Agnes-Karll-Stiftung für Pflegeforschung: Frankfurt
- Bischoff, C., und P. Botschafter, 1992: Universität oder Fachhochschule – das ist hier die Frage? Pflegepädagogik, 2, 1, 4-11
- Botschafter, P., und M. Moers, 1990: Pflegewissenschaft und Pflegenotstand-Einrichtung eines Studiengangs »LehrerIn der Pflege« an der Freien Universität Berlin? Argument Sonderband AS 190, 123-139
- Botschafter, P., und M. Moers, (1991: Dorothy Johnson – Das Verhaltensmodell für die Pflege. Pflegemodelle in der Praxis, Folge 9. Die Schwester/Der Pfleger, 30, 10, 889-895
- Chinn, P.L., und M.K. Kramer, 1991: Theory and Nursing – A Systematic Approach. 3rd ed. St. Louis et al.: Mosby Year Book
- Corbin, J., und A. Strauss, 1990: Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria. Zeitschrift für Soziologie, 19, 6, 418-427
- Dewe, B., und F.-O. Radke, 1989: Klinische Soziologie – Eine Leitfigur der Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens. in: Beck, U., und W. Bonß (Hrsg.): Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens. Frankfurt: Suhrkamp, 46-71
- Doheny, M., C. Cook und C. Stopper, 1992: The Discipline of Nursing – An Introduction. 3d edition. Norwalk: Appleton & Lange
- Garms-Homolova, V., und D. Schaeffer, 1990: Kiepenarbeit versus Beratung: Strukturprobleme sozialarbeiterischen Handelns im Krankenhaus. Neue Praxis. Kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, 20, 2, 111-124

- Glaser, B., und A. Strauss, 1962: *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine Publishing Company
- Glaser, B., 1978: *Theoretical Sensitivity. Advances in the Methodology of Grounded Theory*. Mill Valley, L.A.: The Sociology Press
- Huckabay, L.M.D., 1991: *The Role of Conceptual Frameworks in Nursing Practice, Administration, Education and Research*. *Nursing Administration Quarterly*, 15, 3, 17-28
- Kardoff, E. v., 1992: *Praxisforschung im Bereich personenbezogener Dienstleistungen*. In: Schaeffer, D., M. Moers und R. Rosenbrock (Hrsg.): *Aids-Krankenversorgung*. Berlin: edition sigma, 351-376
- Levine, E., und E. Moser, 1982: *Registered nurses today: A statistical profile*. In: Aiken, L. (Ed.): *Nursing in the 1980's: Crises, Opportunities, Challenges*. Philadelphia: Lippincott
- Meleis, A.I., 1988: *Doctoral Education in Nursing: Its Present and Its Future*. *Journal of Professional Nursing*, 4, 6, 436-446
- Meleis, A.I., 1990: *Being and Becoming Healthy: The Core of Nursing Knowledge*. *Nursing Science Quarterly*, 3, 3, 107-114
- Meleis, A.I., 1991: *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 2nd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company
- Mok, A.C., 1969: *Alte und neue Professionen*. *KZfSS* 4, 770-781
- Parse, R.R., 1992: *Nursing Knowledge for the 21st Century: An International Commitment*. In: *Nursing Science Quarterly*, 5, 1, 8-12
- Pope, G., und T. Menke, 1990: *Hospital Labor Markets In The 1980s*. In: *Health Affairs*, Winter, Vol. 9, No. 4, 127-137
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), 1992: *Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschul- ausbildung für Lehr- und Führungskräfte in der Pflege. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 28*. Gerlingen: Bleicher
- Schaeffer, D., 1992: *Tightrope Walking. Handeln zwischen Pädagogik und Therapie*. In: Dewe, B., W. Ferchhoff und O. Radke (Hrsg.): *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*. Leverkusen: Leske & Budrich, 200-229
- Statistisches Bundesamt, 1988: *Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 6 Krankenhäuser 1986*, Stuttgart/Mainz
- Strauss, A., 1987: *Qualitative Analysis for Social Scientists*. New York u.a.: Cambridge University Press
- Strauss, A., 1991: *Creating Sociological Awareness: Collective Images and Symbolic Representations*. New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers
- School of Nursing, University of California, San Francisco, 1991: *The Science of Caring*, Vol. 3, No. 1, Fall 1991, 9-11
- University of California, San Francisco, 1991: *Nursing 91/92*. UCSF Publications, Volume 31, No. 5, June
- Williams, S.J., und P.R. Torrens (Ed.), 1986: *Introduction to Health Services*. New York: John Wiley & Sons
- Wirth, L., 1931: *»Clinical Sociology«*. *American Journal of Sociology* 37, 49-66
- World Health Organization, 1978: *Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6.-12. September, Geneva*
- Wittneben, K., 1991: *Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege*. Frankfurt/Main: Peter Lang