

Pflege studieren- von der Notwendigkeit einer akademischen Pflege "am Bett"?

Dr. Angelika Zegelin

Pflegewissenschaftlerin, Universität Witten/Herdecke

Vortrag auf dem Hauptstadtkongress Berlin, 16.6.2005

Nach fast 15 Jahren Studiermöglichkeiten mit inzwischen über 50 verschiedenen Studiengängen haben wir uns an akademisch vorgebildete Pflegeleute gewöhnt. Allerdings zieht es die meisten Absolventen in die Bildung oder in das Management – ja, hier sind Hochschulabschlüsse inzwischen eine Standard-Voraussetzung geworden.

Die Vielzahl an Studiengängen darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Anteil studierter Pfleger immer noch verschwindend gering ist. Die von der Robert-Bosch-Stiftung im Gutachten „Pflege braucht Eliten“ 1992 geforderte Quote von 10 % (das wären ca. 80000 Personen) wird in Jahrzehnten nicht erreicht – die 10% Rate wurde als erforderlich angesehen, um die Disziplin weiterzuentwickeln.

Abwanderung in andere Felder

Die originär pflegewissenschaftlich orientierten Studiengänge sind in der Minderzahl (obwohl die Pflegewissenschaft ja eigentlich die Leitwissenschaft der anderen Qualifikationen sein müsste), die AbsolventInnen zieht es in außerklinische Bereiche wie Versicherungen/Kassen (MDK), Gutachtertätigkeiten, Medical-Firmen, Verlage, Verbände, Forschungsinstitute oder in die politische Arbeit. Einerseits ist bedauerlich, dass diese Expertise bisher nicht in der direkten Pflegepraxis „ankommt“ – andererseits ist „der Marsch durch die Institutionen“ auch notwendig. Immerhin wird hier Pflege strukturiert, verwaltet, finanziert und die Regelung der Rahmenbedingungen für Pflege geschieht immer noch zu oft ohne Sachverstand und Binnensicht.

Nur wenige PflegewissenschaftlerInnen gehen den Weg zurück in herkömmliche Institutionen, einige in Arbeitsgebiete der Qualitätsentwicklung, sehr wenige in Stabstellen zur Beratung des Managements. Die Ursachen dafür sind vielfältig, es gibt diese Stellen nicht, Kompetenzbereiche werden nicht ausgebaut, Gehaltstabellen und Stellenprofile sehen diese Funktionen nicht vor. Besonders wichtig wäre der Transport der Pflegefachlichkeit bis in die oberen Hierarchieebenen der Einrichtungen, da liefert die Medizin (meistens) ein gutes Beispiel – während Pflege kaum Argumente für die eigene Wertschöpfung vorweisen kann und sich auf inhaltsleeres Organisieren beschränken muss.

Bisher in Deutschland überhaupt nicht angedacht ist eine „Beheimatung“ pflegerischer Expertise auf akademischem Niveau in der direkten Pflegepraxis. Oft wird tatsächlich von „Ansiedlung“ oder „Beheimatung“ gesprochen...als würde es sich um eine seltene Spezies handeln (und dies entspricht sicher der Realität). „Am Bett“ heißt es in der Überschrift (die ich nicht selbst gewählt habe). In meiner Doktorarbeit konnte ich gerade nachweisen, dass Bettlägerigkeit oft durch Pflege und Medizin induziert wird, in vielen Fällen vermeidbar ist. „Betten“ sind sehr zentral im Denken von Pflege und Medizin, wir sortieren die Einrichtungen danach, sprechen von Liegedauer, von Verlegung, Belegung usw..

Auch eine „akademische Pflege“ gibt es nicht...gemeint ist eine auf wissenschaftliche Erkenntnis gründende, neuzeitliche Pflege, eine Pflege, die auch vor Ort im Kontakt mit den Klienten/Patienten weiterentwickelt wird.

Geringschätzung der praktischen Pflegearbeit

In der Medizin würde eine Forderung nach akademischer Basis überhaupt nicht in Abrede gestellt und so ist es verwunderlich, dass in unserem Gesundheitswesen den Kranken eine ebenso moderne Form der Pflege vorenthalten wird – die Ressourcen durch eine grosse Berufsgruppe liegen brach!

Dies mag auch an der Geringschätzung der direkten Pflege liegen – eine Geringschätzung, die auch von vielen Berufsangehörigen selbst gespiegelt wird. „Akademiker am Bett?“ ist eine typisch deutsche Frage. „Waschen, Füttern, Lagern“ umschrieb gerade ein unzufriedener Krankenpfleger seine Arbeit

in einer Fachzeitschrift. Ein Problem liegt darin, dass Pflege immer wieder rein über Tätigkeiten definiert wird - die Person, um die es geht, wird nicht in den Blick genommen. Dabei ergibt sich gerade hier eine anspruchsvolle und hochdifferenzierte Aufgabe – die Menschen sind sehr unterschiedlich. Jahrzehntelange Ansprüche einer „individuellen Pflege“ sind kaum verstanden und umgesetzt worden, nach wie vor gibt es große Probleme mit der Methode des Pflegeprozesses. Dies ist für mich sehr gut verständlich – solange Medizin und Klinikvorgaben das *Procedere* steuern und unklar bleibt, wie tief und weitreichend sich Pflegenden auf das Individuum einlassen sollen, auch im Sinne eines Fürsprechers weit über die „Klinikentlassung“ hinaus. Die von außen hereingetragenen Kampagnen des „Humanen Krankenhauses“ (70er Jahre), der „Patientenorientierten Pflege“ (80er Jahre) blieben wirkungslos im Sinne einer dauerhaften und professionellen Umgestaltung, eher ging es darum „alles ein bißchen netter“ zu machen.

Nach fast vierzig Jahren Berufstätigkeit in der Pflege wird mir immer klarer, dass die wertvollen Kontaktzeiten zu den Patienten/Familien viel, viel mehr genutzt werden müssten – jeder Einzelne und seine Situation sollten stärker in den Blick genommen werden, über die Institution hinaus, mit der Blickrichtung Lebensweltorientierung und individuelle häusliche „Normalität“. Ich wünsche mir, dass beruflich Pflegenden in den langsam aufkeimenden Ansätzen der Integrierten Versorgung künftig eine größere Rolle spielen.

Fachexpertise ist dringend nötig

Sinnvoll ist das Ausgestalten übergreifender Studienmodelle verschiedener Gesundheitsberufe, so gibt es in EU- Ländern Ansätze einer gemeinsamen Ausbildung von Medizinern und Pflegenden (Caïpe 1999-2001). Dies entspräche auch den Forderungen der 2. WHO-Gesundheitsministerkonferenz in der Münchener Deklaration (WHO 2000), überhaupt strebt die WHO präventive Strategien an, Konzepte der primären Gesundheitsversorgung in allen Ländern. Die Weltbank forderte jüngst, dass durch Nutzung der großen Berufsgruppe Pflege doch eine minimale Gesundheitsversorgung für alle Menschen der Welt möglich sein müßte.

Im Ausland sind „Advanced Nursing Practice“ Konzepte, Anliegen einer fortschrittlichen, erweiterten und wirksamen Pflege schon längst umgesetzt und ihr Einfluß auf die Qualität der Gesundheitsversorgung immer wieder belegt worden - dazu gleich mehr.

In einer Expertise im Auftrag des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe wurden zahlreiche Kompetenzen für eine zukunftsfähige professionell Pflegenden identifiziert, ein großer Teil dieser Fähigkeiten lassen sich nur auf akademischem Niveau erreichen (Kellnhauser u.a. 2003).

Hierzulande erforderlich sind Pflegenden, die in der Lage sind, Pflegediagnostik durchzuführen, Pflegenden mit gutem klinischem Urteilsvermögen, für die der Umgang mit Assessments selbstverständlich ist. Ebenso nötig sind verantwortliche Pflegenden, die einen Pflegeverlauf evaluieren können, die fähig sind, mit Klassifikationssystemen und Algorithmen umzugehen, die ihr Wirken in einen Critical Pathway einbinden können.

Der Pflegeprozeß ist ein Beziehungsprozeß, bis heute haben viele Berufsangehörige große Probleme, die kommunikativen Anteile ihrer Arbeit kompetent auszufüllen. Von den Schwierigkeiten, Patientenedukation (Informieren, Schulen, Beraten) in strukturierter Form in der Pflege zu etablieren, kann ich ein Lied singen. Ich erwarte Profis, die eine Familienkonferenz bei häuslicher Problematik in der Pflege durchführen, ein Ehepaargespräch nach Brustkrebsoperation anberaumen können, einen Patienten nach komplizierter Behandlung zur Selbstpflege informieren und schulen können. Profis, die selbständig „Follow-ups“ durchführen und ein Telemonitoring übernehmen können.

Auch für eine interdisziplinäre Arbeit mit anderen Gesundheits- u. Sozialberufen ist eine bessere Qualifikation nötig: wenn kompetente Pflegenden sich als gleichberechtigte Partner in ein multidisziplinäres Team einbringen wollen, müssen sie gut aufgestellt sein.

Die Not, bei der modellhaften Implementierung der Nationalen Expertenstandards in der Pflege (u.a. Dekubitus, Schmerz, Sturz) überhaupt adäquate Partner für die Erstevaluation zu finden, spricht für sich. Während im Krankenhaus noch einiges möglich ist, finden sich im ambulanten Bereich und in der Altenpflege zu wenig kompetente Pflegenden, die sich mit Projektmanagement auskennen und auch noch für die Modellaufgaben einige Zeit (teil) freigestellt werden können.

Die „integrierte Versorgung“, das „Case Management“ erfordert Pflegende, die vorbereitet sind, über „den Tellerrand zu schauen“, Personen die über ein breit gefächertes Wissen verfügen und dies auf die Pflegesituation fokussieren können. Immer wieder werden wir von Seiten der Politik und der Kostenträger gefragt, warum finden sich sowenig Pflegende, die Case-Management- Funktionen übernehmen können, warum erweitern ambulante Pflegedienste ihr Spektrum nicht weit über die SGB XI finanzierten-„Verrichtungen“ hinaus.

Nun, es ist eine Frage der Qualifikation. Es ist die andere Seite der Annahme, „pflegen kann jeder“. Die haarsträubend geringe Refinanzierung der „Pflegerberatungseinsätze“ innerhalb der Pflegeversicherung (16,50 Euro) zeigt einerseits die Qualitäts-/ Qualifikationserwartung an die Pflegeberufe, andererseits aber auch die Realität der Erfüllung.

Die zunehmende Verlagerung der Krankenhausarbeit in prä- und poststationäre Anteile, die optimale Patientensteuerung unter DRG-Bedingungen und die Verdichtung der Versorgung werden neue Qualifikationen bei den Pflegenden nötig werden lassen. Professor J. McDonough, ein Pflegewissenschaftler aus Florida meinte bei einem Besuch in Deutschland 2003, dass die Einführung der DRG's in den USA einen Qualifikationsschub in der Pflege bewirkt hätten, eine „bessere Ausbildung ist eine Voraussetzung für eine bessere Leistung“ referierte er.

Situation im Ausland

In US- Kliniken finden sich Verweildauerzahlen, die unsere Raten noch einmal halbieren – möglich wird dies durch eine effektive und effiziente Pflegepraxis, in der hohe Qualität in den kurzen Kontaktzeiten garantiert wird – die amerikanischen Magnetpitäler lieferten in den 80ern dafür die Vorlage.

Vor etwa acht Jahren besuchte ich das Beth-Israel-Deaconess-Medical-Center in Boston, damals eine der führenden Kliniken in Pflegefragen. Mein Interesse galt dem Primary-Nursing-System, das im Hospital konsequent umgesetzt war (bei uns ist es bescheiden entwickelt, kaum über Modellversuche hinausgekommen).. In Boston verfügten über 80% der Krankenschwestern in der direkten Pflegepraxis über einen Masterabschluss, auf den Stationen arbeiteten auch promovierte Pflegende. Das „Beth-Israel“ (und andere US-Kliniken) leisteten sich ein aufwändiges Personalentwicklungsprogramm um Pflegeexpertinnen heranzubilden und zu halten, ein eigenes „Professional Nursing Practice Model“ bildete den Hintergrund. Das „Professional Nurse Advancement und Recognition Program“ bestand aus ausgefeilten Konzepten zur Erreichung von drei verschiedenen Entwicklungsstufen der Pflegepersonen. In 12 Jahren nahmen 820 Krankenschwestern teil, mit Zielsetzungen, Projekten, Berichten, Selbst- und Fremdevaluationen, Fördergesprächen und Präsentationen entwickelten sich die Pflegenden in der Praxis weiter und steigerten die Qualität der Pflege. Ich glaube, das dies ein guter Weg ist und würde mich gern beteiligen, wenn in Deutschland eine Einrichtung bereit wäre, diesen Fortschritt anzubahnen – selbstverständlich unter ökonomischen Aspekten. Immerhin wurden der Klinik stets aufs Neue exzellente Outcomes in der Patientenversorgung bescheinigt.

Eine kurzsichtige Kostenorientierung fährt die Qualität auch in den US-Kliniken inzwischen zurück, aus diesem Grund sind in den letzten Jahren mehrere Studien über den Zusammenhang zwischen Qualifikation der Pflegenden, Komplikationen der Kranken bzw. Outcomes entstanden (u.a. Needleman, J.u.a. 2002; Aiken, L.u.a. 2002). Die Studien zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Patientenergebnissen. Kosteneinsparungen betreffen häufig die Pflege, inzwischen regt sich überall Widerstand gegen die Restrukturierungen.

Klinische Pflegespezialisten

Nichtsdestotrotz haben in den USA, in Asien und Australien, in Großbritannien, in Skandinavien und auch in den Niederlanden klinische Pflegespezialisten (CNS) ihren festen Platz überall in der Pflege und dies seit Jahrzehnten. Peplau initiierte 1954 in Nordamerika den ersten Lehrgang für klinische Pflegespezialisten in der Psychiatrie. In unzähligen Studien ist ihr Beitrag zur Qualität belegt worden. Nicht selten folgen die Qualifikationszuschnitte medizinischen Feldern, ähnlich etwa wie bei uns die Fachweiterbildungen – dies ist nicht unumstritten, klar ist allerdings, dass die Experten über fundiertes medizinisches Wissen verfügen müssen. In den anglo-amerikanischen Ländern sind viele dieser Richtungen mit eigenen Fachzeitschriften (z.B. Journal of Cardiovascular Nursing) und eigenen Fachgesellschaften vertreten. Da in den meisten Ländern die berufliche Bildung in der Pflege bereits auf ei-

nem universitären Bachelorniveau liegt, verweisen die Spezialisierungen auf die Masterebene. Gegenüber der „Wissensübernahme“ in den traditionellen Weiterbildungen hierzulande sind akademische ausgebildete klinische Pflegespezialisten allerdings in der Lage, ihr Feld selbst weiterzuentwickeln. Sie stellen Verbindungen zwischen Theorie, Forschung und Praxis her, halten sich selbst auf dem Laufenden, sind in der Lage klinische Studien zu leiten bzw. daran teilzunehmen. Bewährte Felder sind Critical Care/ Intensivpflege, Psychiatrische Pflege, Onkologische Pflege, Gemeindenahe Pflege, Frauengesundheit, Kinderkrankenpflege, das Hebammenwesen, Public Health, Gerontologische Pflege, ja selbst der gesamte Bereich der Inneren Medizin hat mit seinen Spezialisierungen auch Pflegeexperten erforderlich gemacht (Pflegespezialisten für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, Nierenerkrankungen usw.).

Die klinischen Pflegespezialisten sind in direktem Kontakt zu Patienten und Angehörigen, sie arbeiten als Primary Nurse oder sie sind (teil)freigestellt für beratende Aufgaben, dabei verfügen sie über vertieftes Wissen im Umgang mit einzelnen Beschwerden der Kranken, sie helfen bei der Entscheidungsfindung, sie trainieren Patienten/Familien, sie managen die Schnittstellen der Versorgung, sorgen für Fortbildungen der Pflegeteams und beraten die Pflegedienstleitung. Im anglo-amerikanischen Raum nehmen Einrichtungen zu, die (allein) von klinischen Pflegespezialisten geführt werden (evtl. mit ärztlicher Assistenz). Das Krankheitsspektrum in den Industrieländern weist ganz überwiegend chronische Krankheiten auf, lange Verläufe (mit akuten Unterbrechungen) in denen sich die Betroffenen mit den Beeinträchtigungen arrangieren müssen. Die Integration in den Alltag ist Aufgabe der Pflege. Auf diesem Hintergrund ist verständlich, dass in diesen Feldern auch Einrichtungen unter pflegerischer Leitung sinnvolle Aufgaben übernehmen können. Davon abgesehen kommt den Professionellen in der häuslichen Pflege auch durch die Stützung der Angehörigen eine besondere Bedeutung zu. In diesem Zusammenhang wird ein Fortbildungsprogramm „Familiengesundheit“ wichtig, erstmals wird es ab Herbst 2005 an fünf Standorten in Deutschland angeboten – auch hier wäre eine Etablierung auf Hochschulniveau wünschenswert.

Klinische Pflegespezialisten arbeiten also nicht nur in der Klinik (gemeint ist eigentlich „Praxis“), sondern auch und gerade im kommunalen Bereich, zum Teil niedergelassen als „Nurse Practitioner“ mit arztnahen und pflegerischen Aufgaben. Überhaupt ist die Aufgabentrennung bei den klinischen Pflegespezialisten in den USA (z.T. auch in GB) anders zugeschnitten als bei uns, Pflegepersonen übernehmen traditionsgemäß vielmehr medizinische Aufgaben, die gesamte Anamnese, Verordnung bestimmter Medikamente, Klinikeinweisung und –entlassung, Durchführen kleinerer Eingriffe usw. gehören in das Repertoire von Advanced Nursing Practice. Ob diese Entwicklung für Deutschland auch wünschenswert ist wird gerade wieder diskutiert. Immerhin sind im anglo-amerikanischen Raum auch die Pflege-Kompetenzen im Bereich psychosozialer Interventionen entsprechend ausgebaut (im Gegensatz zu Deutschland). Anfang der 90er Jahre wurden international die Konzepte „Clinical Nurse Specialist“ und „Nurse Practitioner“, zum Teil auch die noch weiterführende Rolle „Nurse Consultant“ zusammengeführt im Konzept „Advanced Nursing Practice“.

Erste Anfänge in der Schweiz und in Deutschland

An der Universität Basel gibt es seit einigen Jahren einen pflegewissenschaftlichen Studiengang „Advanced Nursing Practice“, das Konzept wird mit Spezialisierung, Erweiterung und Fortschritt umrissen. Das Heft 4/2004 der Zeitschrift Pflege widmet sich diesem Schwerpunkt. „Advanced Nursing Practice lohnt sich“ titelt das Editorial und es werden eindrucksvolle Beispiele vorgestellt, u.a. geht es um schwedische Herzinsuffizienzambulanzen unter pflegerischer Leitung oder um ein Praxisentwicklungsprojekt auf einer Station im Kinderspital Zürich. Ein Aspekt der Arbeit von akademisch ausgebildeten Praktikern ist die fachliche Teamentwicklung vor Ort, keine andere Berufsgruppe kann dies in dieser Form leisten.

In der Schweiz hat schon vor zwei Jahrzehnten auch eine außerakademische Entwicklung von Pflegeexpertinnen begonnen und sich sehr gut etabliert. Ausgangspunkt war die Bereitstellung von (neuem) Wissen in der direkten Pflege – getragen von der Überzeugung, dass eine einmal absolvierte Grundausbildung nicht für ein langes Berufsleben reicht. Die Höhere Fachausbildung I hat einen enorm hohen Durchsatz in der Schweiz, in jedem Pflegesetting finden sich die AbsolventInnen. Nach der Höheren Fachausbildung II haben sich viele ExpertInnen ein enormes Wissen und Standing angeeignet, in der Regel arbeiten sie als PflegeexpertInnen mit erweiterten Kompetenzen, vielfach auch

als Change Agent in der Praxis. Am Inselspital in Bern etwa sind über 30 PflegeexpertInnen freigestellt bzw. teilfreigestellt für besondere Aufgaben, ebenso bekannt für den Einsatz von HöFa II-ExpertInnen ist das Unispital in Zürich. – Die PflegeexpertInnen in der Schweiz sind in einem eigenen Fachverband organisiert. Immer wieder waren es engagierte und weitsichtige Pflegemanagerinnen, denen das fachliche Element wichtig war, sie schufen entsprechende Stellen für „Advanced Nursing Practice“. Entscheidend für den Einsatz ist die Entlastung von der normalen Routine im Schichtdienst, die Möglichkeit Lehre, Beratung und Praxisentwicklung voranzutreiben, die Chance der Autonomie – vor allem auch die Möglichkeit des Transfers von neuen Ergebnissen in die Pflegepraxis. Die Fähigkeit der PflegeexpertInnen zu recherchieren und sich englischsprachiger Studien zu bedienen ist selbstredend.

Dem bisherigen außerakademischen Konzept fehlte vielerorts die Möglichkeit auch evaluierend und forschend die Wirkungen von Pflege zu belegen. Eine Evidenzbasierung der Pflegepraxis ist ohne akademisch ausgebildete Pflegenden nicht denkbar. In Deutschland konnte sich das Konzept einer zweijährigen Weiterbildung Pflege (Pflegeschule) nicht durchsetzen – es wurde durch die Akademisierung abgelöst, allerdings mit dem Ergebnis, dass die studierten Pflegenden der direkten Praxis den Rücken kehrten. Die Weiterbildung Pflege wird zur Zeit nur im Diakoniekrankenhaus Schwäbisch-Hall angeboten.

Insgesamt bewerte ich die Weiterbildungsszene der deutschen Pflege als recht gut, viele KollegInnen haben im Laufe von Jahrzehnten erstaunliche Qualifikationen erworben – oft jedoch ohne ihre Kompetenzen ausgedehnt zu haben – Wissen und Fähigkeiten bleiben so unwirksam über den eigenen kleinen Radius hinaus. Vor allem fehlt es an einer Breitenwirkung und an der Orientierung an internationalen Entwicklungen, besonders an einer Integration wissenschaftlicher Ergebnisse.

Mit gemischten Gefühlen sehe ich die Fortbildungskurse zur „Studienassistentin“ (oft fälschlicherweise „Study Nurse“ genannt) an. Einerseits ist diese Spezialisierung für die Pflegeberufe als Einsatzmöglichkeit begrüßenswert, das Tätigkeitsfeld bedeutet Datenerhebung innerhalb medizinischer Studien – andererseits verleiht diese Qualifikation auch eine „pflege-eigene“ Durchführung von Forschungen und degradiert Pflege wiederum zur Assistenz.

Disease-Management-Programme als Chance?

Disease Management-Programme sind als strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten populationsbasiert. Das Bindeglied zum individuellen Patienten könnten gut qualifizierte Pflegenden sein. Durch das Disease-Management-Programm „Brustkrebs“ wird in Deutschland inzwischen die Rolle der „Breast-Care-Nurse“ diskutiert. Diese Pflegeexpertin wird im Rahmen der Zertifizierung nach EUSOMA-Kriterien in der stationären Versorgung verlangt. Nur: in Deutschland ist bisher bei keinem der verabschiedeten DMP's in den offiziellen Verlautbarungen (Politik, Kassen, Kliniken) die Berufsgruppe Pflege überhaupt erwähnt.

Das Wissen im Bereich Brustkrebs hat enorm zugenommen, im Interesse einer guten Patientinnen-Versorgung sollte dieses Wissen auch in der Pflege zur Verfügung gestellt werden, quasi als Spezialisierung der onkologischen Pflege. Die zahlreichen Berichte und Studien über Breast-Care-Nurses (alle auf akademischem Level), zeigen die üblichen Rollensegmente der Beraterin, der Lehrenden, Forscherin, Teamentwicklerin auf. In diesem speziellen Feld wirken Brustkrebsspezialistinnen besonders als Case-Managerinnen auch außerstationär. Wir beginnen zur Zeit an der Universität Witten-Herdecke entsprechende Qualifizierungsangebote auf unterschiedlichen Stufen vorzubereiten, bei einem Besuch drängte Silvia Denton, Präsidentin des britischen Berufsverbandes, Royal College of Nursing, darauf, die Qualifikationen auf akademischem Niveau anzusiedeln. In Deutschland gibt es dafür noch keine Grundlage.

Ähnliche Diskussionen wird es evtl. zum Disease Management-Programm „Koronare Herzkrankheit“ geben, auch hier weist die internationale Studienlage eine breite Mitwirkung von PflegespezialistInnen bei einem verbesserten Outcome der Betroffenen auf. Herzinsuffizienz stellt in den Industrieländern die häufigste und teuerste Diagnose, die Wiedereinweisungsraten in Kliniken sind hoch. Insbesondere

in der kardiologischen Rehabilitation scheint die Funktion von Pflegenden wichtig zu sein, zum Teil leiten Pflegespezialisten ambulante Herzzentren.

Sie vermitteln massgeschneidert Wissen über die Krankheit, lehren die Symptome zu deuten, beraten in Alltagsfragen, schulen in Diät- und Bewegungsfragen, in Sexualität, in Messungen (RR, Puls, Gewicht), in Nikotinentwöhnung und Medikamenteneinnahme. Zum Teil bestellen sie Patienten ein, zum Teil übernehmen Sie eine telefonische Begleitung – durchaus in dichter Folge mit einer individuellen Verordnung, um die Medikamente anzupassen.

Wenn ich all das lese, das Aufgabenspektrum kennenlerne...dann frage ich mich, wer diese Aufgaben hierzulande eigentlich wahrnimmt.

Insgesamt scheint endlich auch der Trend in Deutschland hin zu mehr Fachexpertise in der Pflege zu gehen, das Universitätsklinikum Freiburg schrieb kürzlich eine Stelle für eine Pflegeexpertin auf akademischem Niveau in der Frauenklinik aus. Auf jeden Fall werden die Lücken in der Patientenversorgung, insbesondere in der pflegerischen Prävention und Rehabilitation, immer deutlicher.

Die Bachelor- und Masterarbeiten der Studierenden in unserem Studiengang widmen sich zunehmend Patientenproblemen und ihrer Entgegnung durch Fachlichkeit. Langfristig sollen die klassischen Weiterbildungen in der deutschen Pflege auf akademisches Niveau angehoben werden.

Zur Zeit beginnt bei uns ein Forschungsprojekt zu „Tandempraxen“, Pflegespezialisten für chronische Wunden ergänzen die Tätigkeit eines niedergelassenen Arztes in einer Praxis – auch dies sind sicherlich Arbeitsfelder für künftige „fortgeschrittene“ Pflegende.

Qualifikationsanstieg und Deprofessionalisierung

Bekanntermaßen geht der Trend aber auch dahin, mehr niedrigqualifizierte Personen in der Pflege zu beschäftigen. Mittelfristig werden die Ungleichheit zwischen Bedarf und Ausgebildeten auch Strategien der Einarbeitung verschiedener Assistenten erforderlich machen, auch die pflegenden Angehörigen geraten als Adressaten mehr ins Blickfeld. Diese Entwicklungen scheinen gegenläufig zu wirken – sie sind aber zwei Seiten derselben Medaille.

Je mehr verschiedene Niveaus in die Versorgung eingezogen werden, je mehr Pflegeaufgaben „nach unten“ differenziert werden, umso mehr müssen an den entscheidenden Stellen (z.B. Bedarfsfeststellung, Evaluation, Überwachung, Beratung, Qualitätssicherung) sehr gut qualifizierte Pflegende tätig sein. Ich oute mich gern als Anhängerin von differenzierten Qualifikationsprofilen, so wie es die Zukunftswerkstatt der Robert- Bosch- Stiftung „Pflege neu denken“ vorgeschlagen hat – damit wird den unterschiedlichen Pflegebedürfnissen einer komplexen Gesellschaft Rechnung getragen und die Quote studierter Pflegender in der Praxis je nach Anforderungen bestimmt.

Die Zeit ist reif für fundierte Pflegeexpertise – auch und gerade „am Bett“ (wo eigentlich sonst?). Gerade im direkten Klientenkontakt wird sich zeigen, ob die Professionalisierung der beruflichen Pflege voranschreitet und tragfähig ist – eine Pflegewissenschaft im Elfenbeinturm ist verzichtbar.

Literatur:

Horvath,K.: Professional Nursing Practice Model.In: Mayer u.a.: Patient Care Delivery Models. Aspen Publishers. 1990

Kellnhauser,E. : Berufskompetenzen professionell Pflegender.Hrsg.: Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe. 2003

Needleman, J.: Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals.N Engl J Med 2002. 346:1715-1722

McDonough,J.P.: Interview zu den Erfahrungen der Pflege mit der DRG-Einführung.In: Die Schwester/Der Pfleger 11/03.844-845

Käppeli,S.: Pflegeexpertinnen in der Schweiz. In: Pflege. 1990. 3:1.24-30

Robert-Bosch-Stiftung: Pflege braucht Eliten. Bleicher-Verlag. Gerlingen, 1992

Robert-Bosch-Stiftung: Pflege neu denken. Schattauer-Verlag.2001

Spririg,R.; DeGeest,S.: Advanced Nursing Practice lohnt sich. Editorial. In: Zeitschrift Pflege 2004;17:233-236

WHO (Weltgesundheitsorganisation).Regionalbüro Europa: Bericht über die 2.WHO_Gesundheitsministerkonferenz.München.2000

Gefunden am 1.10.2007 unter URL: <http://wga.dmz.uni-wh.de/pflege/html/default/mpfr-6dlhed.de.html;jsessionid=853CE447D7C6E1E6A20C1A026362EFD7>