

Gerontologische Pflege – Herausforderungen und Grundlegung

Prof. Dr. Hermann Brandenburg

Lehrstuhl für Gerontologische Pflege

Antrittsvorlesung im Rahmen der feierlichen Eröffnung der Pflegewissenschaftlichen Fakultät am 18. 10.2007

Sehr verehrte Festgäste, sehr geehrte Damen und Herren,

Ziel des Beitrags ist es, Ihnen das Grundanliegen der gerontologischen Pflege vorzustellen. Es geht um die Schnittstelle von Altern und Pflege. Dabei möchte ich das Wissenschaftsverständnis der Gerontologischen Pflege ins Zentrum meiner Ausführungen rücken.

Warum?

Wenn man eine neue Professur antritt, dann ist es wichtig, den Leuten klaren Wein einzuschenken. Sie haben ein Recht darauf zu wissen, wie der Lehrstuhlinhaber über zentrale Begriffe wie **Altern, Pflege und Wissenschaft** denkt.

Ich werde in drei Schritten vorgehen:

- I. **Erste Grundlegung:** Erläuterung der zentralen Begriffe Altern, Pflege, Wissenschaft
- II. **Exkurs:** Skizzierung wichtiger Herausforderungen für die Gerontologische Pflege. Ich konzentriere mich dabei auf die Allokationsfrage, d.h. auf die Umschichtung und Verteilung der Ressourcen
- III. **Zweite Grundlegung:** Wissenschaftstheoretische Verortung der Gerontologischen Pflege

I. Erste Grundlegung; Altern, Pflege und Wissenschaft

ALTERN: Die Rede ist nicht vom Alter als Zustand, sondern vom Altern als Prozess. Und diesen Prozess möchte ich unter vier Aspekten betrachten.

a. **Auseinandersetzung mit der eigenen Existenz:** Bereits mit der Geburt, d.h. mit unserem Eintritt in die Welt beginnen wir zu altern. Zum Menschsein gehört es – im Unterschied zum Tier – dass der Mensch sich zum Altern verhalten kann. Er muss sich mit der Endlichkeit seines Lebens auseinandersetzen. Das Bewusstsein des eigenen Alterns zwingt also den Menschen zur Reflexion seines Daseins und der Frage, welche Ziele, Inhalte und Haltungen er in seinem Leben verfolgen möchte. Altern ist damit eine Chance und Herausforderung zur Gestaltung des eigenen Lebens (vgl. Rosenmayr 1999, Steckeler 2004).

b. **Wachstum und Entwicklung:** Die klassischen Defizitmodelle aus der Psychologie hatten bereits bei über 30-Jährigen einen Abbau und Rückgang der geistigen Leistungsfähigkeit angenommen. Das ist falsch. Wir wissen, dass alte Menschen bis ins höchste Lebensalter geistig aktiv und gesund sind. Aber auch die körperliche und soziale Kompetenz bleibt bei den meisten alten Menschen erhalten. Die gerontologische Forschung hat eindrücklich zeigen können, dass bei der Auseinandersetzung mit Aufgaben und Belastungen im Alltagsleben die meisten älteren Menschen ihre Selbständigkeit und Alltagskompetenz auch im hohen und höchsten Lebensalter aufrechterhalten.

c. **Einschränkungen und Verluste:** Der Prozess des Alterns bedeutet aber nicht nur Entwicklung und Wachstum, sondern auch Verluste. Da denken wir zunächst an körperliche Einschränkungen, Belastungen und Krankheiten. In diesem Zusammenhang sprechen wir von Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen) im Alter. Zu nennen ist aber auch der Verlust von nahe stehenden Personen, die mit uns gealtert sind. Insbesondere bei den Hochbetagten, den über 85- und 90-Jährigen, werden diese Verluste offenkundig. Wir können von einem dritten und vierten Lebensalter sprechen. Während das dritte Lebensalter noch durch weitgehende Selbstständigkeit gekennzeichnet ist, so nehmen die Verluste und Einschränkungen im vierten Lebensalter deutlich zu.

d. **Differenzierung.** Altern ist auch ein Prozess zunehmender Differenzierung: Die Ergebnisse der Gerontologie verdeutlichen, dass mit zunehmendem Lebensalter die interindividuellen Unterschiede im Alter größer werden, d.h. im Prozess des Älterwerdens gibt es eine zunehmende Differenzierung zwischen Personen des gleichen Lebensalters hinsichtlich körperlicher, psychischer oder sozialer Merkmale. Generalisierende Aussagen über "die älteren Menschen" sind daher falsch, vielmehr kommt es entscheidend darauf an, individuelle Formen des Alterns in unterschiedlichen Lebenskontexten zu berücksichtigen.

Auf der Grundlage der genannten Erkenntnisse gehe ich davon, dass - und dies betont der Vierte Altenbericht der Bundesregierung - alle Altersphasen ethisch gleichrangig sind, und zwar „im Sinne eines biologischen, psychologischen und sozialen Konzepts einer einheitlichen Lebenslaufentwicklung, aus der keine einzelne Lebensphase wegzudenken ist. Dies schließt jede Form einer Abwertung des Alter(n)s und der Hochaltrigkeit aus. Jede Lebensphase ist von der vorausgehenden bestimmt und hat die ihr eigenen Lebens- und Daseinsaufgaben zu lösen und zu bewältigen“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, 355).

PFLEGE: Die Theoriediskussion in der Pflegewissenschaft hat sich ausführlich mit der Entwicklung relevanter Pflegedefinitionen beschäftigt (für einen Überblick siehe Brandenburg & Dorschner 2008). Die wichtigsten Elemente wurden bereits Anfang der 60er Jahre des letzten Jahrhunderts von der amerikanischen Pflegewissenschaftlerin Henderson formuliert. Sie hat die Aufgabe einer Pflegenden wie folgt bestimmt:

Eine klassische Definition von Pflege: „Den Einzelnen – ob gesund oder krank – bei der Durchführung jener Handlungen zu unterstützen, die zur Gesundheit oder zur Wiederherstellung (oder zu einem friedlichen Tod) beitragen, die er selbst ausführen würde, wenn er über die erforderliche Kraft, den Willen und das Wissen verfügte. Ebenso gehört zu ihren Aufgaben, dem Kranken zu helfen, seine Unabhängigkeit so rasch wie möglich wieder zu erlangen“ (Henderson 1963, 51).

In dieser klassischen Bestimmung ist schon genannt, worum es einer professionellen Pflege geht, nämlich die Aufrechterhaltung und Förderung von Selbstständigkeit, Wohlbefinden und Gesundheit. Die Abgrenzung zur Medizin ist ebenfalls erkennbar, denn die Pflege ist wesentlich mit den Auswirkungen von Krankheit und Behinderung befasst (weniger mit der Ursache und Therapie von Krankheiten). Und schließlich wird die Differenziertheit des Aufgabenspektrums angesprochen (von der Prävention bis hin zur palliativen Pflege).

Die alte, aber nicht überholte Bestimmung von Henderson soll durch eine aktuelle Definition von professioneller Pflege ergänzt werden, die 2004 vom Institut für Pflegewissenschaft in Basel veröffentlicht wurde. Dort heißt es:

Eine moderne Definition von Pflege: „Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitlichen Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen“ (Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Basel 2004).

In der Konkretisierung dieser Definition wird – neben den bereits genannten Aspekten – vor allem auf die Evidenzbasierung und den Pflegeprozess verwiesen. Professionelle Pflege erfasst die Ressourcen und den Pflegebedarf der zu betreuenden Menschen, setzt Ziele, plant Pflegeinterventionen, führt diese durch und evaluiert letztlich den Erfolg bzw. Misserfolg pflegerischer Bemühungen. Die Notwendigkeit eines Aushandlungsgeschehens zwischen Pflegeperson, Betroffenen und Angehörigen wird genauso betont wie die Systematik des konkreten Vorgehens und die Orientierung der Pflegepraxis am anerkannten Stand der pflegewissenschaftlichen Diskussion.

Diese theoretisch-konzeptionell ausgerichteten Bemerkungen haben deutlich gemacht, dass die professionelle Pflege ein eigenständiges Aufgabengebiet darstellt, die sowohl Vorbehaltsaufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses wie auch Schnittstellenaufgaben zwischen medizinischer Profession, anderen therapeutischen Gruppen, Angehörigen und Betroffenen wahrnimmt. Der Abstimmungs-, Kooperations- und Koordinationsbedarf ist exorbitant angestiegen. Ein reduziertes Verständnis, welches die Pflege ausschließlich an das Ende der Behandlungskette verweist, ignoriert diesen grundlegenden Wandel. Ein breites Pflegeverständnis, welches der Pflege präventive, heilende, edukative und palliative Aufgaben und Beratungsansätze zuschreibt, wird dieser zentralen Herausforderung wesentlich stärker gerecht.

WISSENSCHAFT: Während ich bei den Begriffen „Altern“ und „Pflege“ auf zwei wissenschaftliche Disziplinen zurückgreifen konnte, nämlich Gerontologie und Pflegewissenschaft, so geht es bei dem nun vorzustellenden Begriff der Wissenschaft ums Eingemachte. Hilfreich könnte die Wissenschafts- oder Erkenntnistheorie sein, um die alte deutsche Bezeichnung einmal zu benutzen. Welcher Begriff von Wissenschaft soll hier zugrunde gelegt werden?

Ich möchte mich auf zwei Probleme konzentrieren:

- Wie steht es um die Empirie?
- Kann es Fortschritt geben?

Empirie:

Eine Wissenschaft, wie ich sie hier verstehe, kann nur eine empirische Wissenschaft sein, d.h. eine Wissenschaft, die im Kern ihre Erkenntnisse durch „Erfahrung“ generiert. Entscheidend ist der Punkt, was Erfahrung im Kontext dieser Wissenschaft meint. Es scheint zunächst, als liege hier ein Zirkelschluss vor: Wir wollen „Erfahrung“ durch „Wissenschaft“ näher bestimmen, und dazu benutzen wir ein Konzept von Wissenschaft, welches seinerseits bereits durch „Erfahrung“ definiert ist. Dieser Zirkel – und darauf hat Herbert Schnädelbach hingewiesen – ist jedoch kein echter Zirkel. Nicht jede Erfahrung taugt ja dazu, Wissenschaft als Erfahrungswissenschaft zu charakterisieren, sondern nur eine bereits wissenschaftlich disziplinierte und normierte Erfahrung. Doch jedes Experiment ist eine hergestellte, damit konstruierte Erfahrung, die nur unter ganz bestimmten (kontrollierten) Bedingungen zustande kommt. Das Vorverständnis von „Wissenschaft“ ist also das Grundlegende, nicht das von „Erfahrung“. Das wird an dem nun folgenden Beispiel sehr deutlich.

Francis Bacon etwa plädierte bereits dafür, dass man durch fleißiges Sammeln von Belegmaterial stets zur Prüfung und Veränderung der gerade geltenden Hypothesen angeregt würde. Die „geordnete Erfahrung“ (*experientia vaga*), von der Bacon spricht, wird bestimmt durch Regeln und Vorschriften, die sämtlich aus seinem instrumentalistischen Wissenschaftskonzept stammen: Wissenschaft, so Bacon, hat der technischen Beherrschung der Natur und der Welt zum Wohle des Menschen zu dienen. Bacon grenzt sich damit klar von einem kontemplativen Wissenschaftsverständnis, welches für die Antike bestimmend war, ab. Aber kommen wir auf das Problem der Hypothesenentstehung zurück. Bacon hatte die Vorstellung, dass die Hypothesen „irgendwie“ aus den Daten entspringen würden. Das Problem ist nur: Wie kommen wir zu Hypothesen? Wenn wir zum Beispiel tausend Beobachtungen über ähnliche Ereignisse gemacht haben, dann sagen uns diese Ereignisse nichts über das Für und Wider einzelner Hypothesen. Natürlich können wir Hypothesen formulieren als sprachliche Verlautungen – woher aber sollen wir wissen, dass sie für die jeweilige Hypothese stehen? Bacon sagte: Durch das *Experimentum crucis*. Später zeigte allerdings der Philosoph David Hume (und noch viel später Nelson Goodman) auf eindrückliche Weise, dass wir zu jedem vorliegenden Satz von Daten mindestens zwei verschiedene, sich widersprechende Hypothesen aufstellen können – und damit nicht sicher sein können, was jeweils tatsächlich vorliegt.

Diese Skepsis interessiert mich, bei Hume vor allem ein vorsichtiger, zurückhaltender, gemäßigter Skeptizismus. Wirkung erzielen skeptische Argumente allein bezüglich theoretischer Fragen; sie sind aber – so Hume – nur dann sinnvoll, wenn die Kritik in konstruktiver und kritischer Absicht geschieht. Gemäßigter Skeptizismus ist also auch gegenüber der Erfahrung angesagt, die im modernen Gewand – also eingekleidet in diverse Kalküle der deskriptiven Statistik – sich auf der wissenschaftspragmatischen und politischen Ebene durchgesetzt hat. Die Konsequenz für mich ist klar: Ein kritisches – im Unterschied etwa zum kontemplativen oder instrumentalistischen Wissenschaftsverständnis - sollte die ungelösten Grundprobleme nicht ignorieren, die eigenen Ansprüche nicht überziehen und die Grenzen der wissenschaftlichen Erkenntnis akzeptieren. Man kann also nur - um ein Wort meines Kollegen Daniel Bremer aufzugreifen - für einen „vorsichtigen“ Empirismus plädieren, der weiß, wo seine Möglichkeiten und Grenzen sind.

Fortschritt:

Der Fortschritt der Wissenschaften, so wie ihn ein von Popper inspirierter Falsifikationist sieht, könnte wie folgt zusammengefasst werden: Die Wissenschaft geht von Problemen aus und falsifizierbaren Hypothesen, d.h. Hypothesen, die an der Erfahrung scheitern können, werden von Wissenschaftlern als Lösung für die Probleme vorgeschlagen. Die vorgeschlagenen Hypothesen werden dann kritisch reflektiert, überprüft und ggf. modifiziert oder zurückgewiesen. Wenn eine Hypothese erfolgreich einer Vielzahl strenger Prüfungen unterworfen wurde und am Ende schließlich falsifiziert wird, dann – so die Vorstellung – ist die ganze Debatte ein Stück weitergekommen und hat sich vom bereits gelösten Ausgangsproblem entfernt. Es folgen nun weitere Hypothesen, der Prozess setzt sich unbegrenzt fort. Folgt man dieser Logik, dann kann man niemals von einer Theorie behaupten, dass sie wahr ist (sie ist immer nur vorläufig). Es kann aber gesagt werden, und darin besteht ja gemäß der ausgeführten Position der wissenschaftliche Fortschritt, dass eine gegenwärtige Theorie der vorangegangenen in dem Sinne überlegen ist, dass sie den Prüfungen stand gehalten hat, durch die die vorherigen falsifiziert wurden. So weit so gut.

Ich kümmere mich jetzt nicht um die Vorschläge, die vom kritischen Rationalismus gemacht wurden, um die naive Vorstellung vom Falsifikationismus zu erweitern, also z.B. Möglichkeiten der Erhöhung der Falsifizierbarkeit, das Problem der Bewährung oder die Erweiterung der Konzeption durch Forschungsprogramme im Vergleich, wie sie von Lakatos vorgestellt wurden. Mich interessiert auch nicht, dass Popper die oben skizzierte Vorstellung abgelehnt hätte, denn sein System – so hat er es jedenfalls in der Auseinandersetzung mit Dingle in der *Logik der Forschung* beschrieben - war durchaus normativ gemeint. Popper war sich darüber im Klaren, dass Wissenschaftler eben nicht so reagieren, wie dies von seiner Methodologie vorgesehen war. Im Gegenteil, Wissenschaftler neigen dazu – auch wider besseres Wissen – an herkömmlichen Theorien festzuhalten, diese auch noch dann zu verteidigen, wenn die Gegenbeweise offenkundig werden. Und das ist mein Punkt an dieser Stelle. Eine falsifikationistische Fortschrittsvorstellung von Wissenschaft ist angesichts historischer Beispiele nicht mehr haltbar. Letztlich hat Kuhn mit seinem Paradigmenbegriff deutlich gemacht, dass wissenschaftliche Entwicklung eine Konsequenz historischer und soziologischer Faktoren ist, und eben nicht wissenschaftsinternen Gütekriterien folgt. Ich möchte hier auf die Notwendigkeit hinweisen – und das ist mein Punkt – dass wissenschaftlicher Fortschritt letztlich nur dann möglich ist, wenn die Wissenschaft sich gesellschaftlich relevanten Fragen stellt und diese bearbeitet.

II. Exkurs: Herausforderungen für die gerontologische Pflege

Ich konzentriere mich auf einen Bereich, den ich recht gut überblicken kann, nämlich den stationären Pflegeheimsektor. Ich habe mich mit diesem Bereich seit Jahren wissenschaftlich beschäftigt, habe auch einige Jahre im Heim gearbeitet und bin zurzeit ehrenamtlich in die Arbeit eines Heimbeirats involviert.

1. Erhöhte Anforderungen an die pflegerische Arbeit in Altenheimen

Aus den vorhandenen Untersuchungen und den persönlichen Erfahrungen kann die Diagnose des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung nur bestätigt werden: In einer entsprechenden Expertise ist die Rede von einer Arbeitsverdichtung im „Druckkessel“ Altenheim – so die Begrifflichkeit. Diese ist nicht zuletzt mit großen Herausforderungen für die Führung der Heime und das Pflegemanagement verbunden, vor allem bezogen auf Pflegeprozesssteuerung und Qualitätssicherung. Vor allem vier zentrale Herausforderungen sind zu nennen:

• **Die Zusammensetzung der Bewohnerschaft hat sich stark geändert.** Multimorbidität steht im Vordergrund, spezielle pflegerische Konzepte im Umgang mit Menschen mit Demenz, Schlaganfall, Parkinson etc. werden vorrangig, die Sterbeziffern in den Heimen haben sich in den letzten fünfzehn Jahren erhöht. Die Schlussfolgerung muss lauten: Die medizinisch-pflegerische Expertise in der Pflege von alten Menschen hat Bedeutung gewonnen, die Zusammenarbeit von Alten- und Krankenpflege, Medizin sowie anderen therapeutischen Gruppen ist essentiell zur Aufrechterhaltung der Kompetenz alter Menschen (vgl. das Gutachten von Görres & Landenberger zum Altenpflegeurteil des Bundesverfassungsgerichts 2004).

• **Die Entwicklung eines eigenen Profils der professionellen Pflege ist noch nicht geleistet worden.** Auf der einen Seite gibt es zunehmend Erkenntnisse, Modelle und Praxiserfahrungen über wichtige Konzepte und Bausteine einer guten Pflege alter Menschen. Zu nennen sind hier spezifische Interventions- und Betreuungskonzepte, die Biografie- und Lebensweltorientierung sowie wachsende Erkenntnisse zur Pflege von alten Menschen in speziellen Lebenssituationen (u.a. Gewalt, Einsatz von Fixierungen, Integration von Angehörigen, Palliativpflege etc.). Auf der anderen Seite gibt es eine zunehmende Überschneidung von Grenzen zwischen Alten- und Krankenpflege. Dies gilt nicht nur institutionell, sondern vor allem im Hinblick auf die Mitarbeiter. Die Schlussfolgerung muss lauten: Es muss ein eigenständiger Wissensfundus der professionellen Pflege alter Menschen entwickelt und profiliert werden, der sich weder in Krankenpflege noch in Sozialarbeit erschöpft, sondern aus pflegerischer Sicht moderne Konzepte und Strategien einer professionellen Pflege alter Menschen entwickelt und überprüft (vgl. Brandenburg & Huneke 2006).

• **Die pflegefachlichen und pflegewissenschaftlich vorgegebenen Anforderungen sind deutlich erhöht und konkretisiert worden.** Vor wenigen Jahren noch war die persönliche Erfahrung der einzelnen Pflegefachkraft entscheidend – mit allen negativen Konsequenzen. Das klassische Beispiel ist der Dekubitus, bei dem unterschiedliche Praktiken (vom „Eisen und Fönen“ bis hin zur Behandlungen mit Salben, Pasten und Cremes) üblich waren. Nun gibt es hierzu einen national konsentierten Expertenstandard, der zwar keine konkreten Handlungsanweisungen im Sinne einer Leitlinie vorgibt, allerdings ein Qualitäts- und Versorgungsniveau definiert, welches nicht unterschritten werden darf. Damit gibt es zum ersten Mal in der deutschen Pflege so etwas wie einen fachlichen Konsens in entscheidenden klinischen Behandlungsfragen der Pflege. Mittelweile gibt es Expertenstandards zu weiteren klinischen Problemfeldern der Pflege, u.a. zum Schmerzmanagement, zur Kontinenzförderung und zur Sturzprophylaxe. Die Schlussfolgerung muss lauten: Neben den vorhandenen Standards müssen weitere entwickelt werden. Darüber hinaus sollten konkrete Leitlinien für einzelne Praxisprobleme vorgelegt und wissenschaftlich überprüft werden. Entscheidend ist, ob das entsprechende Know-how zur Umsetzung von pflegewissenschaftlicher Expertise in den Einrichtungen verfügbar ist oder nicht.

Insgesamt ist festzustellen, dass Pflegende mit erhöhten Anforderungen konfrontiert werden. Gleichzeitig vollzieht sich weltweit ein Personalabbau (u.a. in den USA, Europa, Japan, Singapur). Für das Jahr 2020 wird mit einem Defizit von 20 % bei qualifiziertem Fachpersonal gerechnet (vgl. Milisen 2005). Diese Entwicklung ist deswegen kritisch einzuschätzen, weil sich die negativen Effekte für die Patientenversorgung aufgrund von fehlendem und unzureichend qualifiziertem Pflegepersonal dadurch eher erhöhen als reduzieren werden. Insbesondere im Feld der Altenpflege ist diese Entwicklung erwartbar, denn die oben genannten klinischen Problemfelder sind nicht zuletzt eine zentrale Herausforderung für eine qualitativ hochwertige Pflege bei alten Menschen (vgl. umfassend hierzu: Milisen et al. 2004).

2. Konsequenzen für die Mittelschicht

Neuorientierung der Versorgungsstrukturen

Die Versorgungsstrukturen im ambulanten wie im stationären Bereich sind zu verändern:

Ich habe oben bereits ausgeführt, dass ein sequentielles Krankheitsverständnis, welches der Logik einer zeitlichen Abfolge von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege folgt, nicht mehr zeitgemäß ist. Desintegration, fehlende Koordinierung und Qualitätsdefizite vor allem an den Schnittstellen sind die Folge. Kontrovers wird diskutiert, ob niedergelassene Hausärzte in der Lage sein werden - vor allem in den strukturschwachen Regionen der neuen Bundesländer - alle alten und kranken Menschen ihres Einzugsbereichs optimal zu betreuen. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht, aber auch von ärztlicher Seite wird betont, dass zunehmend Pflegefachkräfte in Kooperation mit Hausärzten die Versorgungs- und Koordinationsaufgaben für chronisch kranke alte Menschen übernehmen sollten. Versorgung chronischer Wunden, Förderung der Kontinenz, Sturzprävention – all dies kann heute bereits aufgrund pflegerischer Interventionskonzepte sichergestellt werden.

Qualifizierung:

Das Qualifikationsniveau der Pflegenden ist deutlich zu erhöhen:

Ich möchte hier auf Studienergebnisse aus den USA kurz eingehen, die vor einiger Zeit von der Arbeitsgruppe um Linda Aiken vorgelegt wurden. Es geht mir dabei um einen wichtigen Punkt: Was bringt eigentlich eine gute Ausbildung? Und hier speziell: Welchen Zusammenhang gibt es zwischen akademischer Qualifikation und sog. „adversen Effekten“, hier: Mortalität und failure to rescue.

Reallokation der medizinischen und pflegerischen Versorgung

Eine Umschichtung der Mittel für eine Optimierung der Versorgung alter Menschen ist vorzunehmen:

Wie bereits dargelegt, lässt sich der, mit dem demographischen Wandel und mit dem Fortschritt in Medizin und Pflege induzierte, steigende Bedarf bei stagnierenden und sinkenden Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung nur durch strukturelle Änderungen im Leistungsgeschehen und in der Mittelschicht (Reallokationen) finanzieren. Dieser Gedanke ist auch deswegen zwingend, wenn man die Kernbestandteile einer solidarisch finanzierten Kranken- und Pflegeversicherung aufrechterhalten will. Nach meiner Einschätzung müssen sich die Prioritäten ändern. Dies bedeutet, dass die Rangfolge zu bewältigender Versorgungsaufgaben erstellt und transparent gemacht wird und die Mittel so umgeschichtet werden, dass die als besonders wichtig erachteten Aufgaben tatsächlich finanziert werden können. Jetzt drängt sich natürlich die entscheidende Frage auf, an welchen Stellen gespart werden soll. Am ehesten vertretbar erscheinen Einschränkungen bei denjenigen Leistungen, bei denen der Nutzen fraglich und die Aufwendungen hoch sind. Ich möchte an dieser Stelle einmal die Position des Gesundheitsrats Südwest zitieren, einer unabhängigen Kommission bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg, der zu aktuellen Fragen im Gesundheitswesen Stellung nimmt und bei der ich involviert bin. Der Gesundheitsrat sieht Potentiale u.a.

- bei der Verbesserung der Erstattung der Krankenhaustransporte, bei der ambulanten und stationären Versorgung, die zu vermehrten Krankenhausaufenthalten führt
- beim Verzicht auf eine Erstattung von Medikamenten mit zweifelhafter oder marginaler Wirkung wie z.B. Stanine
- bei der Prüfung der Frage, ob und inwieweit Indikationen für die Verordnung von Heilmitteln evidenzbasiert sind oder nicht

Kritisiert wurden die Entscheidungen des gemeinsamen Bundesausschusses, die u.a. aufgrund der beteiligten Interessenvertreter, tendenziell eher zu Leistungsausweitungen und zu Einsparungen führen. Insgesamt ist die Forderung hervorzuheben, dass die Steuerung der Leistungsvergütung, dass die aus medizinischer und pflegerischer Sicht notwendigen Leistungen für ältere Menschen in entsprechender Qualität und Quantität erbracht werden können.

Die Ärzteschaft ist über die Frage der Allokation und Reallokation nicht einig, die aus meiner Sicht fortschrittliche und an den Bedürfnissen älterer Menschen orientierte Position habe ich gerade dargestellt. Wie sieht es nun bei Pflege aus? Ergeben sich dort - ähnlich wie im ärztlichen Bereich - Potentiale für eine bessere Mittelverwendung? Ich sehe drei Aspekte:

- **die Optimierung des Pflegeprozesses und die Reduktion der Dokumentation auf das Unverzichtbare:** Bei der Umsetzung des Pflegeprozesses in Deutschland gibt es nach wie vor Barrieren, Widerstände, Kritik. Ein wichtiger Aspekt dabei ist eine mittlerweile bürokratisch aufgeladene Dokumentation, die im Kern den Anforderungen der Prüfinstanzen, z.B. Medizinischer Dienst der Krankenkassen, weniger den fachlichen Anliegen der Profession dient. Entsprechende Vorschläge zur Optimierung liegen auf dem Tisch. Zu nennen sind die Initiativen des Gesundheitsministeriums Rheinland-Pfalz und der Abschlussberichts des Bundesfamilienministeriums zur „Identifizierung von Entbürokratisierungspotentialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland“; wichtig ein entsprechendes Handbuch für die Pflegeleitungen mit konkreten Verbesserungs- und Optimierungsvorschlägen.
- **die systematische Beachtung von Pflegeergebnissen und eine bessere Evaluation pflegerischer Interventionen und Maßnahmen:** Bislang war auch in der Pflege der Fokus auf Struktur- und Prozessindikatoren prägend. Strukturvariablen, z.B. der Anteil des qualifizierten Personals haben auch in der aktuellen Debatte einen hohen Stellenwert. Interessant ist aber die Verbindung, die nun gezogen wird, zwischen Pflegekapazität (Anzahl, Qualifikationsspektrum) und outcome (Mortalität, Patientensicherheit etc.). Damit ist bereits die Frage nach den Pflegeergebnissen im Blick. Was ist eigentlich gute Pflege? Wie kann man die Indikatoren spezifizieren? Welchen Beitrag leistet eine professionelle Pflege für die Aufrechterhaltung der Selbständigkeit, das Wohlbefinden, die Lebensqualität?
- **die Öffnung der Berufsgruppe im Care Sektor und die Interdisziplinarität:** Es macht keinen Sinn – auch aus Kostengründen – dass pflegerische Aufgaben ausschließlich durch professionell Pflegende übernommen werden. Es gibt aus meiner Sicht keine Alternative zum Pflegemix, vor allem in der Langzeitpflege alter Menschen. Traditionell ist die Versorgung noch zu stark nach rein pflegerischen Gesichtspunkten ausgerichtet. Die Förderung gemeinschaftlicher und kultureller Aktivitäten und die wohn- und lebensräumliche Optimierung der

Lebenswelt werden noch zu wenig beachtet. In diesem Kontext ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Pflege mit anderen Berufsgruppen (vor allem der Sozialarbeit, aber auch der Psychologie und anderen Gesundheitsfachberufen, beispielsweise Physiotherapie) zwingend.

III. Zweite Grundlegung:

Wissenschaftstheoretische Verortung der gerontologischen Pflege

Ich habe im ersten Teil mein Verständnis von Altern, Pflege und Wissenschaft erläutert. Diese erste Grundlegung möchte ich durch eine zweite Grundlegung ergänzen, in der ich zu der wissenschaftstheoretischen Verortung der Professur für gerontologische Pflege Stellung nehme.

Verortung an der Schnittstelle von Gerontologie und Pflegewissenschaft: Die gerontologische Pflege verstehe ich als ein empirisches Forschungsgebiet, welches an der Schnittstelle von Altern und Pflege positioniert ist. Sie ist im Grunde ein interdisziplinäres Forschungsfeld, welches von den theoretischen, methodischen und empirischen Befunden der beiden Leitdisziplinen Gerontologie und Pflegewissenschaft angeregt, befruchtet und geprägt wird. Sie ist damit keine unabhängige oder eigenständige Disziplin, sondern bedient sich der entsprechenden Ergebnisse ihrer Leitdisziplinen, aber auch anderer Wissenschaften. In diesem Sinne ist sie originär ein interdisziplinäres Forschungsprogramm, welches ich eher den Sozialwissenschaften (Psychologie, Soziologie, verwandte Wissenschaften) zuordnen würde, als den Naturwissenschaften.

Die Gerontologische Pflege versteht sich also von Anfang an als ein interdisziplinäres Projekt, weil Altern und Pflegebedürftigkeit letztlich Themen und Herausforderungen darstellen, die nur aus einer umfassenden und integrativen Perspektive beantwortet werden können. Ziel dieser Bemühungen ist eine Analyse und ein vertieftes Verständnis von Pflegesituationen alter Menschen im familiären, institutionellen und räumlichen Kontext.

Die Gerontologische Pflege ist ein neues wissenschaftliches Programm. Bislang wurde die Schnittstelle von Altern und Pflege nur ansatzweise entwickelt. Die Gerontologie hat sich vorwiegend mit dem „normalen Altern“ beschäftigt und eine Vielzahl wichtiger und weiterführender Befunde zusammengetragen. Auch die Pflegesituation alter Menschen und die damit verbundene Belastung der Angehörigen ist in gerontologischen Studien untersucht worden. Es fehlt aber an einer Forschungstradition, die den pflegerischen Aspekt in den Vordergrund rückt und die Frage nach einer Weiterentwicklung und Optimierung der (professionellen) Pflege gezielt stellt und beantwortet. Die zweite Leitdisziplin, die Pflegewissenschaft, kann in Deutschland erst auf eine kurze Entwicklungsphase zurückblicken. Fragen einer guten Pflege alter Menschen im Sinne einer klinischen und alltagspraktischen Orientierung wurden vernachlässigt. Der Fokus lag in den ersten 20 Jahren auf pädagogischen und auf Management bezogenen Problemstellungen. Insofern ist die Pflege alter Menschen in Deutschland ein wissenschaftlich nur unzureichend bearbeitetes Feld. Impulse, Orientierung Forschungsbefunde kommen sehr stark aus dem angloamerikanischen Ausland. Eine Berücksichtigung dieser Entwicklung ist bedeutsam und unverzichtbar. Unbestritten ist jedoch auch, dass unter Berücksichtigung der spezifischen Bedingungen in Deutschland eine eigene Forschungstradition im Feld der Gerontologischen Pflege zu entwickeln ist.

Disziplinarität und Interdisziplinarität. Ein echtes Verständnis von Interdisziplinarität setzt Disziplinarität voraus. Um in einem Team wirklich eine Rolle zu spielen ist der Teamgeist unverzichtbar, aber der eigene Beitrag zum Erfolg des gesamten Teams muss deutlich gemacht werden. Ich bin also der Auffassung, dass für die Entwicklung der Pflegewissenschaft und der gerontologischen Pflege eine Abgrenzung von anderen Disziplinen, eine eigenständige Entwicklung, die Herausbildung eines eigenen wissenschaftlichen Profils unverzichtbar sind. Aber Abgrenzung bedeutet immer zugleich auch Öffnung, wie dies Aristoteles ausgeführt hat. Und konsequenterweise muss dann nach einer Phase der Disziplinarität der Weg zur Interdisziplinarität eingeschlagen werden. Eine gute Pflege und Versorgung alter Menschen kann nur in der Zusammenarbeit verschiedenen Professionen erfolgen – Medizin, Pflege, Soziale Arbeit und Seelsorge.

Der Pflege alter Menschen eine Stimme geben: Insbesondere die Altenpflege ist in vielfältiger Weise dem Zugriff etablierter Disziplinen ausgesetzt (vor allem der Medizin, dem Recht, der Psychologie, etc.). Dies trifft auf den Heimsektor, aber auch auf die häusliche Versorgung zu. Dem massiven Auftreten von medizinischen Diensten, Heimaufsichten, Gesundheitsämtern etc. haben die Mitarbeiter von Einrichtungen bis heute wenig entgegenzusetzen. Altenpflege ist in ihrem Selbstverständnis einer lebensweltlich zugewandten Pflege in hohem Ausmaß fremdbestimmt und dem regulierenden Klammergriff der etablierten Disziplinen weitgehend hilflos ausgeliefert. Diese Sprach- und Machtlosigkeit kann nicht akzeptiert werden. In diesem Sinne sieht der Lehrstuhl für Gerontologische Pflege seine Legitimation auch in einem Beitrag zur Entwicklung einer beruflichen Identität der Altenpflege.

Die Veränderung des Bestehenden: Darüber hinaus geht es der Gerontologischen Pflege um wissenschaftlich gestützte Maßnahmen und Interventionen zur Verbesserung der körperlichen, sozialen und psychischen Situation von hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen und ihrer Angehörigen sowie ihrer professioneller Betreuer. Der Gedanke der Modifikation und Veränderung von fachlich unangemessenen und für die Person als (über)-lastend wahrgenommenen Problemsituationen ist der Gerontologischen Pflege inhärent. Dabei akzeptiert sie als wissenschaftliches Programm die ethische Position, dass der Eingriff des Menschen in die Genetik des Alters und der Krankheit begrenzt ist und begrenzt sein sollte. Die genetische Manipulation des Alterns selbst ist kein Anliegen der Gerontologischen Pflege, sondern ausschließlich die Verbesserung der gesundheitlichen, psychischen, sozialen und räumlichen Lebensbedingungen. Die Gerontologische Pflege gründet dabei auf einem breiten Pflegeverständnis, so wie es bereits oben ausgeführt wurde.

Vier Aspekte abschließend zu den vordringlichen Aufgaben der Professur für Gerontologische Pflege:

1. Bei einem Blick auf die Ergebnisse von Studien in der Altenpflege zeigt sich zum jetzigen Zeitpunkt ein deutlicher Mangel an theoretisch-konzeptionellen Grundlagen. Die Grundlagen der Altenpflege sind nach wie vor weitgehend unerforscht; vorrangig werden in Untersuchungen die Rahmenbedingungen der Pflege alter Menschen thematisiert (Robert Bosch Stiftung 1996). Die Entwicklung von Theorien der Pflege alter Menschen ist dringend erforderlich.

2. Mit den Lehrveranstaltungen in den betreffenden Modulen „Gerontologische Pflege und Demenzpflege“ des Masterstudiengangs Pflegewissenschaft werden erste Grundlagen für diese Aufbauarbeit gelegt. Die Akzentuierung der Lehre mag vielleicht manche verwundern, die hier im Saal sitzen. Aber ich komme aus einer Fachhochschultradition, und da wird ein besonderes Augenmerk auf eine hohe Lehrqualität gelegt. Der Austausch mit Studierenden ist mir wichtig, das Niveau der Debatten außerordentlich hoch und sehr anregend.
3. Der Dialog mit der Theologie: Weiterhin kommt es mir darauf an, dass die Absolventen handlungsfähig werden und bleiben – trotz Nichtwissen in vielen Bereichen. Und dass es gelingt, angesichts der zentralen unbewältigten ethischen Herausforderungen, jeden Einzelnen für grundsätzliche Dilemmata zu sensibilisieren. Nicht zufällig kommt an dieser Stelle die Theologie ins Spiel. Man kann sie als eine Disziplin begreifen, welche schon seit jeher dem Nichtwissen einen zentralen Stellenwert eingeräumt hat und vor allem eine Antwort auf die Frage gegeben hat: „Wie wollen/sollen wir leben?“
4. Qualifizierungsarbeiten und weitere Forschung: Mit der ersten Studiengruppe sind bereits die Themen für die Masterarbeiten abgestimmt, die in den nächsten Monaten fertig gestellt werden. Im Zentrum stehen einerseits praktisch-klinische Fragen, etwa bezogen auf pflegerisch bedeutsame Interventionen bei klinisch relevanten Problemsituationen (z.B. Sturzprävention, herausforderndes Verhalten etc.). Andererseits geht es um zentrale Paradigmen einer guten Altenpflege, wenn danach gefragt, wie Autonomie und Würde auch in stationären Lebenswelten aufrechterhalten und gefördert werden. Schließlich stehen Versorgungsfragen im Vordergrund: International durchgeführte Literaturrecherchen sollen erhellen, ob und inwieweit spezielle Ambulanzen für an Herz-Kreislauf erkrankte alte Menschen die Versorgungsqualität signifikant verbessern. Die Rolle, Aufgabe und das Interventionsfeld der Pflege wird bei allen Themengebieten beachtet. Die Forschung des pflegewissenschaftlichen Instituts ist bereits angelaufen, die Umsetzung von Erkenntnissen und der Theorie-Praxis-Transfer werden durch eine Koordinierungsstelle unterstützt, die an der pflegewissenschaftlichen Fakultät in Kürze eingerichtet wird.

Zum Abschluss:

Ich habe die Herausforderungen und das Wissenschaftsprofil skizziert. Und ich habe keinen Zweifel, dass diese erste eigenständige Pflegewissenschaftliche Fakultät in Deutschland erfolgreich arbeiten wird. Der Grund dafür liegt in drei hervorragenden Startbedingungen:

- Erstens haben wir mittlerweile 60 hoch engagierte Studierende, die den Masterabschluss anstreben, und von denen ein großer Teil promovieren möchte.
- Zweitens werden wir durch wichtige und einflussreiche Förderinstitutionen unterstützt, die von Anfang an das Vertrauen in uns gesetzt haben.
- Drittens sind wir hier an der Philosophisch-theologischen Hochschule als gleichberechtigter Partner aufgenommen worden und arbeiten mit der Theologie in allen inhaltlichen, konzeptionellen und strategischen Fragen eng zusammen.

Für Ihre Aufmerksamkeit und das mir geschenkte Vertrauen darf mich ich an dieser Stelle ganz herzlich bedanken.

Literatur:

Brandenburg, H. & Dorschner, S. (2008). Pflegewissenschaft 1. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. 2. Aufl. Bern: Huber (im Erscheinen).

Brandenburg, H. & Huneke, M. (2006). Professionelle Pflege alter Menschen. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.

Henderson, V. (1963). Grundregeln der Krankenpflege (ICN Principles of Care). Deutsche Schwesterngemeinschaft. Frankfurt am Main.

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Basel (2004). Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. Pflege

Landenberger, M. & Görres, S. (2004). Sachverständigengutachten und Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Altenpflegegesetz. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Reihe Thema. Köln.

Milisen, K. (2005). Meeting the challenges for gerontological nursing in Europe. Vortrag im Rahmen des zweiten internationalen Kongresses für angewandte Pflegeforschung am 3./4 Juni 2005 in Bern, Manuskript.

Milisen, K., De Maesschalck, L., Abraham, I. (Hrsg.), Die Pflege alter Menschen in speziellen Lebenssituationen. Berlin: Springer.

Robert Bosch Stiftung (1996). Pflegewissenschaft. Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. Denkschrift. Gerlingen: Bleicher.

Rosenmayr, L. (1999). Philosophie, in: Jansen, B., Karl, F., Radebold, H. & Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.), Soziale Gerontologie. Weinheim/Basel: Beltz, 78-105.

Steckeler, H. (2004). Altern – eine philosophische Besinnung auf naturwissenschaftlichem Hintergrund mit einem theologischen Ausblick, in: Brandenburg, H. (Hrsg.), Altern in der modernen Gesellschaft. Interdisziplinäre Perspektiven für Pflege- und Sozialberufe. Hannover: Schlütersche, 11-48.