



EUROPA Fachbuchreihe
für Berufe im Gesundheitswesen

Jana Hühmer-Wittig

Pflegewissenschaft

VERLAG EUROPA-LEHRMITTEL · Nourney, Vollmer GmbH & Co. KG
Düsselderger Straße 23 · 42781 Haan-Gruiten

Europa-Nr.: 60026

Autorin:
Jana Hühmer-Wittig

Verlagslektorat:
Tanja Löhr-Michels

1. Auflage 2021
Druck 5 4 3 2 1

Alle Drucke derselben Auflage sind parallel einsetzbar, da sie bis auf die Korrektur von Druckfehlern identisch sind.

ISBN 978-3-7585-6002-6

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden.

© 2021 by Verlag Europa-Lehrmittel, Nourney, Vollmer GmbH & Co. KG, 42781 Haan-Gruiten
www.europa-lehrmittel.de

Umschlag: tiff.any GmbH, 10999 Berlin
Umschlagfoto: ©Tyler Olson – stock.adobe.com

Layout und Satz: Sanset Mediengestaltung, 67361 Freisbach, www.sanset.de
Druck: Plump Druck & Medien GmbH, 53619 Rheinbreitbach

Vorwort

Das vorliegende Buch „**Pflegewissenschaft**“ ist ein neues, umfassendes Lehr- und Lernbuch für

- Auszubildende in Pflegeberufen (generalistische Pflegeausbildung)
- Studierende der Pflegewissenschaften
- erfahrene Pflegefachkräfte, zur Aktualisierung ihres Wissens im Selbststudium
- Lehrkräfte an berufsbildenden Schulen zum Nachschlagen und für die Unterrichtsvorbereitung

Die Pflegewissenschaft ist ein jahrgangsübergreifender Bestandteil der generalistischen Pflegeausbildung. Die im Rahmenlehrplan der Fachkommission des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erarbeiteten Kompetenzrichtlinien für die Zwischenprüfung betonen die Bedeutung der Pflegewissenschaft für die Konzeption, Durchführung und Bewertung der *Pflege von Menschen aller Altersstufen*.

Auszubildende werden durch die Arbeit mit diesem Buch sowohl an pflegewissenschaftliche Theorien herangeführt als auch mit der praktischen Anwendbarkeit pflegewissenschaftlicher Forschungsergebnisse vertraut gemacht. **Pflegerisches Handeln** wird auf die **Grundlage von zentralen Theorien und Modellen zum Pflegeprozess und ihrer praktischen Umsetzung** gestellt.

Studierenden der pflegewissenschaftlichen Studienfächer bietet das Buch komprimiertes Wissen, das relevante Inhalte sowohl für den theoretischen als auch für den praktischen Einsatz vermittelt. Sie werden kompakt und strukturiert in die entsprechenden Themenbereiche eingeführt.

Aufbau

- Der erste Teil des Buches beleuchtet die **Grundlagen der Pflegewissenschaft**.
- Im zweiten Teil folgt ein Überblick über die **Entwicklung von Pflege Theorien und -modellen**.
- Der dritte Teil stellt ausgewählte, **prüfungsrelevante Theorien** und deren **Anwendungsmöglichkeiten** dar.
- Der vierte Teil widmet sich der **Methodik von Pflegeforschung** und deren Anwendung in der Praxis.

Didaktische Struktur

Zentrale Theorien und Modelle sind **kompetenzbereichsintegrativ** ausgearbeitet und werden durch **Lernsituationen** ergänzt. Ein **Glossar** und ein **Sachwortverzeichnis** bieten praktische Unterstützung beim Verstehen und Wiederholen der Inhalte. Das **Literaturverzeichnis** am Ende eines jeden Kapitels liefert Anlässe zur weiterführenden Beschäftigung mit dem Fach.

Mit dem Lehrbuch **Pflegewissenschaft** soll fundiertes pflegewissenschaftliches Wissen an die zukünftigen Pflegefachkräfte weitergeben werden. Es ist zu wünschen, dass alle Lernenden durch die Arbeit mit diesem Lehr- und Lernbuch motiviert werden, sich mit diesem spannenden und multiperspektivisch ausgerichteten Unterrichtsfach über das im Lehrplan geforderte Maß hinaus zu beschäftigen.

Dank

Die Autorin dankt für die fachliche Unterstützung und Beratung Frau Prof. Dr. Marie-Luise Friedemann, Frau Prof. Dr. Christina Köhlen, Frau Heike Richter, Ulrich Peter Hühmer, Herrn Ekkehart Wittig und Frau Renate Wittig.

Wir freuen uns über Ihr Feedback mit Anregungen und Kritik unter:

lektorat@europa-lehrmittel.de

Frühjahr 2021

Die Autorin und der Verlag

Hinweis: Die Verwendung nur eines grammatikalischen Geschlechts bei Berufs- und Gruppenbezeichnungen wurde im Hinblick auf den Lesefluss gewählt und stellt keine Meinungsäußerung zu Geschlechterrollen dar.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1 Einführung in die Pflegewissenschaft	9
1.1 Grundgedanken der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung	10
1.1.1 Was ist die Empirie?	10
1.1.2 Über Theorien, Modelle und Konzepte	11
1.1.3 Pflegewissenschaft als eigene Disziplin	11
1.1.4 Schlüsselkonzepte	13
1.1.5 Pflegewissenschaft fordern und fördern	13
1.2 Entwicklung der Pflegewissenschaft	14
1.2.1 Entwicklung in Amerika	15
1.2.1.1 1. Phase: Praxisphase (stage of practice)	15
1.2.1.2 2. Phase: Ausbildungs- und Managementphase (stage of education and administration)	16
1.2.1.3 3. Phase: Forschungsphase (stage of research)	16
1.2.1.4 4.–6. Phase: Theoriephase (stage of theory), Philosophiephase (stage of philosophy), Integrationsphase (stage of integration)	16
1.2.2 Entwicklung in Deutschland	18
1.2.2.1 Wer fördert, wer gründete sich	18
1.2.2.2 Entwicklung der Expertenstandards	19
1.3 Die Rolle der Pflegekräfte in der Pflegewissenschaft	21
1.3.1 Was machen die pflegenden Akademiker eigentlich?	22
2 Pflegetheorien und Pflegemodell – eine Einführung	25
2.1 Was bringen uns Pflegetheorien/Pflegemodelle? – einführende Gedanken	25
2.1.1 Startschuss im Krimkrieg (Florence Nightingale)	26
2.1.2 Pflege ist vor allem: hochkomplex	26
2.1.3 Leistungen abbilden	26
2.2 Begriffsbestimmungen	27
2.2.1 Einteilung nach Meleis	27
2.2.1.1 Bedürfnismodelle	27
2.2.1.2 Interaktionstheorien/-modelle	28
2.2.1.3 Ergebnistheorien/-modelle	28
2.2.2 Einteilung nach Reichweite	28
2.2.2.1 Metatheorie	29
2.2.2.2 Theorien großer Reichweite	29
2.2.2.3 Theorien mittlerer Reichweite	29

2.2.2.4	Theorien geringer Reichweite	29
2.2.3	Zentrale Faktoren	30
2.2.3.1	(Pflege-)Phänomen	30
2.2.3.2	Konzept	31
2.2.3.3	Modelle und zentrale Faktoren	31
2.2.3.4	Theorie	32
3	Ausgewählte Pflegetheorien und ihre Anwendungsmöglichkeiten	33
3.1	Die Selbstpflagedefizit-Theorie (nach Dorothea Orem)	33
3.1.1	Konzept der Selbstpflege	34
3.1.1.1	Selbstpflegerfordernisse	35
3.1.1.2	Situativer Selbstpflegebedarf	37
3.1.1.3	Selbstpflegekompetenz	37
3.1.1.4	Selbstpflagedefizit	38
3.1.2	Konzept der Dependenzpflege	39
3.1.3	Konzept der Pflegesysteme	39
3.1.3.1	Vollkompensatorisches Pflegesystem	40
3.1.3.2	Partiell-kompensatorisches Pflegesystem	41
3.1.3.3	Unterstützend-erzieherisches Pflegesystem	42
3.2	Theorie der fördernden Prozesspflege (nach Monika Krohwinkel)	46
3.2.1	Fördernde Prozesspflege	46
3.2.1.1	Der Aspekt Beziehung	47
3.2.2	Das konzeptuelle System	48
3.2.2.1	Konzept Person	48
3.2.2.2	Konzept Unabhängigkeit und Wohlbefinden	49
3.2.2.3	Konzept der Umgebung	50
3.2.3	Das Handlungssystem	51
3.2.3.1	Das Rahmenmodell	51
3.2.3.2	Das ABEDL-Strukturmodell	52
3.2.3.3	Das Pflegeprozessmodell	55
3.2.3.4	Das Managementmodell	58
3.2.3.5	Das Modell zum reflektierten Erfahrungslernen	58
3.3	Das psychobiografische Pflegemodell (nach Erwin Böhm)	63
3.3.1	Grundsätzliche Annahmen	64
3.3.2	Konzepte des psychobiografischen Modells	65
3.3.2.1	Das Normalitätsprinzip	65
3.3.2.2	Die Reaktivierung	66
3.3.2.3	Die Schlüsselreize	67
3.3.2.4	Das Umkehrphänomen	68
3.3.3	Pflege nach Erwin Böhm	70
3.3.3.1	Definition Pflege	70
3.3.3.2	Definition Gesundheit und Krankheit	70
3.3.4	Aufgaben der Pflege und Methoden der Pflege nach Böhm	71
3.3.4.1	Der Pflegeprozess	71

3.3.5	Erreichbarkeitsstufen – Interaktionsstufen	75
3.3.5.1	Stufe 1: (Re-)Sozialisation	75
3.3.5.2	Stufe 2: Mutterwitz	76
3.3.5.3	Stufe 3: Seelisch-soziale Grundbedürfnisse	76
3.3.5.4	Stufe 4: Prägungen	76
3.3.5.5	Stufe 5: Höhere (An-)Triebe	76
3.3.5.6	Stufe 6: Intuition	77
3.3.5.7	Stufe 7: Urkommunikation	77
3.4	Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen in der Pflege (nach Hildegard Peplau)	82
3.4.1	Definition von Pflege nach Peplau	83
3.4.1.1	Teilnehmende Beobachterrolle der Pflegefachkraft	83
3.4.1.2	Patienten-Fokussierung	83
3.4.1.3	Bewusstsein der eingenommenen Rollen durch die Pflegefachkraft	83
3.4.1.4	Entdeckende Haltung der Pflegefachkraft	83
3.4.1.5	Rückschlüsse ziehen	84
3.4.2	Phasen des Beziehungsprozesses und Rollen der Pflegefachkräfte	84
3.4.2.1	1. Phase: Orientierungsphase	84
3.4.2.2	2. Phase: Identifikationsphase	85
3.4.2.3	3. Phase: Nutzungsphase	85
3.4.2.4	4. Phase: Die Ablösungsphase	86
3.4.3	Mögliche Rollen der Pflegenden	87
3.4.4	Gegenüberstellung Beziehungsprozess nach Peplau und Pflegeprozess ..	88
3.4.5	Das Konzept der Angst	89
3.5	Das Adaptationsmodell (nach Callista Roy)	93
3.5.1	Hauptkonzepte des Adaptionensmodells	93
3.5.2	Der Mensch als adaptives System	94
3.5.3	Definition der Reize	95
3.5.4	Dynamische Anpassung	96
3.5.5	Input bewirkt Output	97
3.5.6	Mechanismen der Bewältigung	98
3.5.7	Anpassung als Verhalten	99
3.5.8	Die Umwelt	101
3.5.9	Die Gesundheit	101
3.5.10	Die Pflege	102
3.6	Familien- und umweltbezogene Pflege – Theorie des systemischen Gleichgewichtes (nach Marie-Luise Friedemann und Christina Köhlen) ...	106
3.6.1	Systemtheoretischer Ansatz	107
3.6.1.1	Annahme 1: Alles ist organisiert	108
3.6.1.2	Annahme 2: Alles hat eine Hierarchie	108
3.6.2	Metaparadigmen/Konzepte der familien- und umweltbezogenen Pflege ..	109
3.6.2.1	Konzept Umwelt	110
3.6.2.2	Konzept Mensch	110
3.6.2.3	Konzept Gesundheit	115
3.6.2.4	Konzept Familie	116

3.6.2.5	Konzept Familiengesundheit	118
3.6.2.6	Konzept Pflege	119
3.6.3	Die systemische Pflege der Familie	120
3.6.4	Neun Schritte im Pflegeprozess	122
4	Pflegeforschung	127
4.1	Grundgedanken der Pflegeforschung	127
4.1.1	Ziele der Pflegeforschung	128
4.1.2	Werkzeuge der Pflegeforschung	129
4.1.2.1	Sammeln	129
4.1.2.2	Ordnen	129
4.1.2.3	Überprüfen	129
4.1.2.4	Generieren	129
4.1.3	Wissensquellen der Pflege	130
4.1.3.1	Tradition	130
4.1.3.2	Autorität	130
4.1.3.3	Entlehnung	131
4.1.3.4	Versuch und Irrtum	131
4.1.3.5	Rollenbildung	131
4.1.3.6	Persönliche Erfahrung	132
4.1.3.7	Intuition	132
4.1.3.8	Argumentation	132
4.1.3.9	Forschung	133
4.1.4	Ethische Aspekte der Pflegeforschung	133
4.1.4.1	Historische Entwicklung im Überblick	133
4.1.4.2	Der Nürnberger Kodex gilt bis heute	135
4.1.5	Ethische Grundsätze der aktuellen Pflegeforschung	137
4.1.5.1	Autonomie und freiwillige Zustimmung	137
4.1.5.2	Vertraulichkeit und Datenschutz	138
4.1.5.3	Schutz vor physischer und psychischer Verletzung und vor Schaden	138
4.2	Methodische Grundlagen	142
4.2.1	Quantitativer Forschungsansatz	142
4.2.1.1	Deskriptive Forschung	143
4.2.1.2	Korrelationsforschung	143
4.2.1.3	Quer- und Längsschnittstudien	144
4.2.1.4	Quasi-experimentelle Forschung	144
4.2.1.5	Experimentelle Forschung	145
4.2.1.6	Voraussetzung für experimentelle Forschung	146
4.2.1.7	Grafische Darstellung statistischer Ergebnisse	149
4.2.1.8	Ergebnisse deuten und in den Alltag überführen	149
4.2.1.9	Objektivität, Validität und Reliabilität	150
4.2.2	Der qualitative Forschungsansatz	151
4.2.2.1	Teilstrukturierte Interviews	152
4.2.2.2	Nicht-standardisierte Beobachtung	152
4.2.2.3	Designs der qualitativen Forschung	153

4.2.2.4	Daten auswerten	156
4.2.2.5	Interpretation und Gütekriterien in der qualitativen Forschung	157
4.3	Der Forschungsprozess	160
4.3.1	Schritte des Pflegeforschungsprozesses	160
4.3.1.1	Schritt 1: Forschungsfragen formulieren	161
4.3.1.2	Schritt 2: Literaturrecherche und Überprüfung	161
4.3.1.3	Schritt 3: Theoretischen Rahmen bilden	163
4.3.1.4	Schritt 4: Erstellung einer vorläufigen Hypothese oder konkreten Fragestellung	164
4.3.1.5	Schritt 5: Erstellung eines Forschungsdesigns	164
4.3.1.6	Schritt 6: Auswahl und Erstellung der Untersuchungsmethoden	165
4.3.1.7	Schritt 7: Daten sammeln und analysieren	166
4.3.1.8	Schritt 8: Ergebnisse bewerten und interpretieren	167
4.3.1.9	Schritt 9: Publikation und Verbreitung der Forschungsergebnisse	168
4.3.2	Kritisches Lesen von wissenschaftlichen Studien	169
4.4	Evidence-based Nursing	175
4.4.1	Interne und externe Evidence als Grundlagen pflegerischer Entscheidungsfindung	175
4.4.1.1	Externe Evidence (Pflege unter Berücksichtigung allgemeiner wissenschaftlicher Erkenntnisse)	176
4.4.1.2	Interne Evidence (Pflege unter Berücksichtigung individueller Erkenntnisse)	176
4.4.2	Der EBN-Prozess	177
4.4.2.1	Schritt 1: Klärung des pflegerischen Auftrages	177
4.4.2.2	Schritt 2: Fragestellung	178
4.4.2.3	Schritt 3: Literaturrecherche	179
4.4.2.4	Schritt 4: Kritische Beurteilung der Studien	179
4.4.2.5	Schritt 5: Veränderung der Pflegepraxis	179
4.4.2.6	Schritt 6: Evaluation von Wirkungsketten	180
Anhang	.....	183
Glossar	.....	183
Bildquellenverzeichnis	.....	190
Sachwortverzeichnis	.....	191
Vita	.....	198

Professionell zu pflegen bedeutet, über das eigene pflegerische Tun nachzudenken, es kritisch zu reflektieren und auf wissenschaftliche Grundannahmen auszurichten. Professionell zu pflegen beginnt mit der Ausbildung zum Pflegefachmann/zur Pflegefachfrau bzw. mit Beginn eines grundständigen Studiums der Pflege. Auch der Gesetzgeber fordert von uns Pflegekräften ein hohes Maß wissenschaftlich fundierter Pflege (niedergelegt z. B. im SGB XI, SGB V, in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Berufsausbildung, im Rahmenlehrplan zur Ausbildung zum Pflegefachmann/zur Pflegefachfrau).

Allerdings ist die derzeit gelebte Pflegepraxis noch immer nur gering wissenschaftsorientiert und theoriegeleitet. Pflege erfolgt oft noch unreflektiert nach Tradition, intuitiv und auf Ritualen beruhend. „Das haben wir schon immer so gemacht.“ ist ein Satz, den heutige Pflegeschüler und Pflegekräfte noch oft hören bzw. ihn selbst sagen. Der Theorie-Praxis-Transfer in der professionellen Pflege funktioniert noch nicht richtig, obwohl bereits viele wissenschaftliche Erkenntnisse und Theorien in der Pflege vorliegen.

Merke
Aufgabe der kommenden Generationen von Pflegefachkräften wird es sein, Pflegetheorie und Pflegeforschung weiter und besser in die Praxis zu übernehmen.

Dieses Buch möchte einen Beitrag dazu leisten, das Pflegehandeln zu professionalisieren und die „Angst“ vor der Wissenschaft zu nehmen.

Für alle Pflegekräfte sollte es selbstverständlich sein, miteinander professionell in Kontakt zu treten. Praktiker und Forschende, Praxis und Theorie müssen in einem wechselseitigen Interaktionsprozess stehen, ihr Wissen mit anderen teilen und bei Problemen gemeinsam nach Lösungen suchen. Die Pflegepraktiker bringen ihre Probleme zu den Pflege theoretikern, diese greifen die Probleme aus dem Praxisfeld auf, erarbeiten Lösungen und geben sie an die Praxis zurück. Die Praktiker überprüfen die Lösungen dann wiederum im täglichen Arbeiten (Zirkulation des Wissens). Als (angehende) Pflegefachmänner/Pflegefachfrauen kennen Sie die Probleme und Themen Ihrer Arbeit, für die Sie in der Praxis Lösungen benötigen. Um eine Lösung zu generieren, müssen Sie die Probleme/Themen an die Forscher weitergeben, denn nur so lässt sich eine Lösung finden und die Pflegepraxis stetig verbessern. Das Ziel der Pflegewissenschaft ist, konkrete Probleme, Pflegephänomene und praktische Fragen darzustellen, um spezifische forschungsbasierte Lösungen zu generieren. Ein weiteres Ziel ist: Pflegewissenschaft möchte eine einheitliche Sprache schaffen, um dem Beruf der Pflege zu einem größeren gesellschaftlichen und politischen Wert/Ansehen zu verhelfen.

Die Pflegewissenschaft ist also ein eigenes Handlungsfeld der Pflege. Handlungsfelder der Pflege sind die **Pflegepraxis**, das **Pflegemanagement**, die **Pflegepädagogik** und die **Pflegewissenschaft**. Nur wenn alle vier Handlungsfelder zusammenwirken, kann sich Pflege als wissenschaftlich fundierte Profession etablieren.



Handlungsfelder der Pflege

1.1 Grundgedanken der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung

Im umgangssprachlichen Gebrauch werden die Begriffe Pflegewissenschaft und Pflegeforschung oft synonym verwendet. Das entspricht aber nicht den Tatsachen. Vielmehr ist die **Pflegeforschung ein Bestandteil der Pflegewissenschaft**. Die **Pflegewissenschaft** beinhaltet:

- wissenschaftstheoretische Grundlagen
- Theorien, Modelle und Konzepte
- die Empirie und die Pflegeforschung

Definition

Die **Pflegeforschung** stellt einen wissenschaftlichen Prozess dar, der vorhandenes pflegepraktisches Wissen überprüft und dementsprechend bestätigt oder widerlegt oder neues Pflegewissen generiert (vgl. Kapitel 3). Es handelt sich um ein theoretisch fundiertes, systematisches und zielgerichtetes Tun zur Erkenntnisgewinnung und dient somit der Wissensvermehrung (vgl. Lehmann, Langer, Behrens, 2016).

1.1.1 Was ist die Empirie?

Empirie umfasst (wissenschaftliche) Erkenntnisse, die nicht bloß theoretisch aus abstrakten Regeln abgeleitet sind, sondern auf Fakten beruhen, die aus Erfahrung gewonnen wurden. Empirische Wissenschaften sind Disziplinen, die Objekte oder Sachverhalte beobachten und beschreiben und durch Experimente oder Befragungen untersuchen. In der Pflegewissenschaft geht es in der Empirie z. B. darum, Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen (und/oder deren Bezugspersonen), von Pflegekräften und Angehörigen anderer naher Berufsgruppen zu beobachten und zu beschreiben. Es geht darum, Pflegephänomene aufzuzeigen und zu untersuchen. Empirie kann auch Theorien prüfen.

Empirie nimmt in der Wissenschaft einen immer größeren Stellenwert ein, da viele Menschen nur das glauben, was sie sehen, erleben oder hören. Diese Wahrnehmungen können zu Hypothesen führen, die schließlich validiert werden, um pflegerelevantes Wissen zu erweitern.

1.1.2 Über Theorien, Modelle und Konzepte

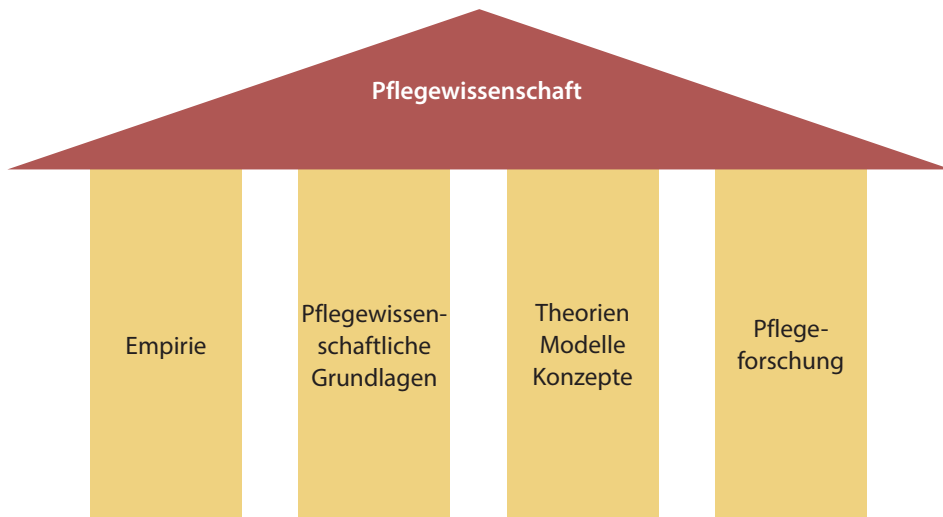
Theorien, Modelle und Konzepte dienen dazu, ein bestimmtes **Phänomen** oder **Ereignis** aus der Pflegepraxis zu betrachten und zu erklären. Sie möchten einen Phänomenbereich darstellen mit dem Ziel, zusammengehörende Themen, Probleme und Gegenstände systematisch zu ordnen. Sie stützen sich auf:

- Erfahrungen (Beobachtung, Versuch, empirische Untersuchung),
- Hypothesen (wissenschaftliche Annahmen) sowie
- daraus abgeleitete Gesetzmäßigkeiten.

In der Pflege existieren viele Theorien. Sie lassen sich danach unterscheiden:

- mit welchen **inhaltlichen Aussagen** sie verbunden sind,
- welche **Zielstellung** sie verfolgen,
- welche **Funktion** sie aufweisen,
- wie sie **Ebenen** und **Reichweiten** zugeordnet sind,
- wie stark ihr **Realitätsbezug** ist.

Die Lehre in der Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann und die Hochschullehre setzen die Säulen der Pflegewissenschaft miteinander in Beziehung und verbinden sie: Die Lehre bringt das wissenschaftlich fundierte Wissen in die Praxis und pflegerelevante Fragen und Probleme in die Forschung, damit Forschung sie klärt.



Die vier Säulen der Pflegewissenschaft

1.1.3 Pflegewissenschaft als eigene Disziplin

Die Pflegewissenschaft als Disziplin existiert noch nicht lange in Bezug zu anderen Wissenschaftsdisziplinen. Zu den Bezugswissenschaften, aus denen Elemente in der Pflegewissenschaft zu finden sind, gehören die Sozialwissenschaft, Erziehungswissenschaft, Medizin, Behindertenpädagogik, Philosophie, Rechtswissenschaft, Psychologie, Kommunikationswissenschaft, Politikwissenschaft und Naturwissenschaften wie Biologie und Mathematik.

Pflege braucht aber eine eigene Wissenschaft bzw. muss sich als Wissenschaftsdisziplin beweisen. Sie soll den spezifischen Wissens- und Tätigkeitsbereich der Pflege definieren und das kann nur gelingen, wenn sich ein „**Body of Knowledge**“ entwickelt. Mit dieser Wissensbasis kann Pflege ihrem Wunsch nachkommen, eigenständiges Pflegewissen zu entwickeln und die Professionalisierung vorantreiben.

Dafür muss die Theorie in der Aus- und Weiterbildung sowie in der täglichen Pflegepraxis ein integraler Bestandteil sein – nur so gelingt es, die Pflegewissenschaft als eigene wissenschaftliche Disziplin durchzusetzen.

Theoriearbeit wird auch benötigt, damit Pflege ihren vielen Anforderungen gerecht werden kann, z. B.:

- Flexibilität hinsichtlich einer sich verändernden Gesellschaft,
- Fähigkeit, sich mit der komplexen Welt auseinanderzusetzen,
- Fähigkeit, theoretisches Wissen in die Praxis umzusetzen,
- Reflexion und kritische Auseinandersetzung mit Praxis und Theorie,
- Fähigkeit, die Politik zu beeinflussen,
- Fähigkeit zur Interdisziplinarität und Multiprofessionalität,
- Fähigkeit, soziales und menschliches Kapital zu schaffen.

Gemeinsam mit anderen Berufen aus dem Gesundheitswesen muss Pflege Erklärungen und Konzepte erarbeiten, um die aktuellen und zukünftigen Aufgaben zu gestalten (vgl. Neumann-Ponesch, 2014). Wenn sich Pflege als Profession etabliert, kann sie sich den vielen Herausforderungen stellen, z. B.:

- neuartigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen,
- soziodemografischen Veränderungen,
- Fortschritten durch neuartige Behandlungsmethoden in der Pflege,
- Ressourcenknappheit in der pflegerischen und medizinischen Versorgung der Bevölkerung,
- zunehmender Migration und Mobilität von Menschen verschiedener Kulturen,
- zunehmender Vergrößerung der Kluft zwischen Arm und Reich,
- neuartigen Kooperationsformen in Betreuung und Therapie und Ökonomisierung, Rationierung und Rationalisierung von Gesundheitsleistungen.

Die sich daraus ergebenden Aufgaben (Beratung, Therapie, Begleitung, Anleitung, Unterstützung, Prävention, Reflexion, Fürsorge und Evaluation) können Pflegekräfte nur mit wissenschaftlich fundierten Kenntnissen erfüllen.



1.1.4 Schlüsselkonzepte

Neben der Entwicklung eines „Body of Knowledge“ steht im Zentrum des Interesses der Pflegewissenschaft, Schlüsselkonzepte der Pflege zu identifizieren und zu beschreiben. Zu den grundlegenden Schlüsselkonzepten auf der abstrakten Ebene gehören die zentralen Faktoren, die jede Pflgetheorie beinhaltet (siehe Kapitel 2 und 3). Weitere Beispiele für Schlüsselkonzepte können z. B. sein:

- die Beziehung von Pflegekräften und Angehörigen,
- die Abhängigkeit der Pflegebedürftigen oder
- die Immobilität von Pflegebedürftigen.

Merke

Schlüsselkonzepte sind Pflegephänomene, die direkt in der pflegerischen Praxis beobachtet werden. Sie zu identifizieren und zu beschreiben führt dazu, konkrete Klienten- und Patientensituationen differenzierter betrachten und verarbeiten zu können.

1.1.5 Pflegewissenschaft fordern und fördern

Mithilfe der Pflegewissenschaft können Pflegende ihre gesamten **Pflegeleistungen transparent gestalten**. Das tun sie mit klar fundierten Theorien, mit haltbaren Definitionen über Pflege, die anhand wissenschaftlicher Kriterien erstellt und überprüft wurden (vgl. Neumann-Ponesch, 2014).

Merke

Wissenschaftlich begründete Theorien über Pflegeleistungen sind also geordnetes und nachprüfbares Wissen über Pflege (vgl. Steppe, 2000).

Das Erarbeiten von Schlüsselkonzepten, der Body of Knowledge und die transparente Gestaltung von Pflegeleistungen treibt die Professionalisierung der Pflege voran. Pflege hat die Chance, sich im gesellschaftlichen Blickfeld zu etablieren, um gehört zu werden, und ihre politischen, sozialen und gesellschaftlichen Forderungen im Sinne der Patienten durchzusetzen.

Auch der **Gesetzgeber fordert von der Pflege**, nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu arbeiten. Das regelt das Sozialgesetzbuch SGB V (gesetzliche Krankenversicherung) und das SGB XI (gesetzliche Pflegeversicherung) und betont neben der Kosteneffizienz bei den Pflegekosten auch die stetige Verbesserung der Pflegequalität.

Indem der Gesetzgeber die Forderung nach wissenschaftlich fundierter Pflege verankert, drückt er die Bedeutung theoriegeleiteter Betreuung und Behandlung von Pflegebedürftigen aus. Das Krankenpflegegesetz und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung verweisen (für die Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann) auch darauf, dass Pflege wissenschaftlich fundiert gelehrt und durchgeführt werden soll. Deshalb wurde die Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann ab 1. Januar 2020 geändert und gleichzeitig ein grundständiges Studium der Pflege eingeführt.

Dieses Pflegestudium – neben dem bereits existierenden Bachelor- und Masterstudien- gang – ist ein weiterer Schritt, Pflege in Deutschland zu professionalisieren. Wendet Pflege ihre spezifischen Theorien an, ist das eine Chance, Pflege von einem Beruf mit Aufgaben, die im gesellschaftlichen Denken eher an hausarbeitsnahe Aufgaben und dazu eher diffus anmuten, zu einer systematischen und konzeptgeleiteten Tätigkeit zu wandeln. Dieser neue, professionelle Rahmen fordert die Pflegenden stärker zu einer eigenständigen, an- leitenden, beratenden, gesundheitsfördernden und rehabilitierenden Haltung auf. Die existierenden Theorien in der Pflege untermauern und begründen, die Verantwortung der Pflegefachkräfte zu erweitern (vgl. Neumann-Ponesch, 2014). Die gelebte Pflegewissen- schaft leistet einen bedeutenden Beitrag zur Professionalisierung der Pflege.

→ Fazit

Die Pflegewissenschaft ist eine junge wissenschaftliche Disziplin, deren Bezugswissen- schaften v.a. die Geistes- und Erziehungswissenschaften, die Rechtswissenschaften und die Medizin sind. Sie basiert auf den vier Säulen Empirie, pflegewissenschaftliche Grundlagen, Pflegeforschung und Theorien, Modelle und Konzepte. Die Pflegewissen- schaft setzt die Handlungsfelder der Pflege (Pflegepraxis, Pflegepädagogik, Pflege- management und Pflegewissenschaft) miteinander in Beziehung und ermöglicht der bisher wenig gesellschaftlich anerkannten Pflege, sich zu professionalisieren. Durch die Professionalisierung ergibt sich für die Pflege, sich politisch zu etablieren und Forde- rungen für die Pflegenden und an Pflegenden durchzusetzen, da sie nun über das argu- mentative Rüstzeug und den wissenschaftlichen Beistand verfügt.

Aufgaben

1. Charakterisieren Sie die Handlungsfelder der Pflege.
2. Warum braucht Pflege eine eigene wissenschaftliche Disziplin?
3. Erklären Sie die Säulen der Pflegewissenschaft. Was fungiert als „Bindeglied“ zwi- schen den Säulen?
4. Charakterisieren Sie den Begriff „Professionalisierung in der Pflege“.
5. Nennen Sie die Bezugswissenschaften zur Pflegewissenschaft. Begründen Sie, warum die genannten zur Bezugswissenschaft zählen.

1.2 Entwicklung der Pflegewissenschaft

Die Pflegewissenschaft ist eine relativ junge Disziplin. Die ersten – und bis ca. 1950 einzi- gen – wissenschaftlich anmutenden Schriften gehen auf Florence Nightingale im Jahr 1860 zurück. Sie wurde am 12. Mai 1820 in Florenz in Italien geboren und gegen den Wil- len ihrer Eltern Krankenschwester. Die Krankenpflege erlernte sie bei den „Barmherzigen Schwestern“ in Paris und in der Diakonissenanstalt in Kaiserswerth bei Düsseldorf. Im Jahr 1854 übernahm Florence Nightingale die Leitung des Hospital for Invalid Gentlewomen in London. Sie galt als die Begründerin der britischen Krankenpflege. Im gleichen Jahr be- gann der Krimkrieg.

Die britische Armee hatte bis dahin keine Ärzte oder Krankenpflegerinnen in ihren Truppen, was sie gegenüber Russland und Frankreich ins Hintertreffen brachte. Deshalb startete die britische Armee in der „Times“ einen Aufruf, in dem sie für den Einsatz von Krankenpflegerinnen und Ärzten im Krimkrieg warb. Am Ende folgten dem Aufruf 38 Krankenschwestern, und Florence Nightingale übernahm die Leitung der Pflege. Während ihrer Arbeit im Heer und im Feldlazarett verbesserten sich die Hygiene (Belüftung, Sauberkeit und Reinheit des Wassers) und die Ernährung der Verletzten. Um deren Sicherheit und pflegerische Versorgung jederzeit zu gewährleisten, unternahm Florence Nightingale auch nachts Visiten und gilt heute noch als „Lady with the lamp“ (die Dame mit der Lampe).



Florence Nightingale

Dank der Hygienemaßnahmen und der besseren Ernährung sank die Sterblichkeitsrate der Verwundeten und Kranken von 43 auf zwei Prozent. Als der Krieg zu Ende war und nach ihrer Rückkehr nach London veröffentlichte sie 1859 das Buch „Notes of Hospital“, in dem sie ihre neuen Erfahrungen verarbeitete. Das erste Lehrbuch für Krankenpflege „Notes on Nursing“ veröffentlichte Florence Nightingale vor Eröffnung der ersten Schwesternschule unter ihrer Leitung in England, der „Nightingale Training School for Nurses“ (1860). Nun war eine professionelle Ausbildung in der Krankenpflege (zwar noch unter ärztlicher Leitung) möglich und gewann seit dieser Zeit an Ansehen. Nightingale erkannte damals bereits, was es brachte, vernünftige, logische Fragen und Beobachtungen sowie Messungen miteinander zu verknüpfen, um der Gesellschaft zu nutzen (vgl. Evers, 2004). Nightingale starb im Jahr 1920 in London. In der Geschichte der Pflege gilt sie als erste Pflege-theoretikerin.

1.2.1 Entwicklung in Amerika

Die Entwicklung der Pflegewissenschaft im angelsächsischen und amerikanischen Raum gliedert sich nach Meleis, Afaf Ibrahim (amerikanische Pflegewissenschaftlerin) in fünf Phasen.

1.2.1.1 1. Phase: Praxisphase (stage of practice)

Die erste Phase begann Mitte des 19. Jahrhundert. Sie war geprägt von Florence Nightingales Schaffen. 1907 wurde Adelaide Mary Nutting (1858–1948) zur ersten Professorin für Kranken- und Gesundheitspflege am Teachers College der Columbia University in New York berufen. In dieser ersten Phase stand das praktische Arbeiten (mit immer neuen Aufgaben) im Mittelpunkt. Gerade in diesem Zeitraum erkannten Krankenpflegerinnen Prob-

leme der Pflege beim direkten Patientenkontakt und suchten direkt nach begründbaren Lösungsansätzen, die nachvollziehbar und beweisbar waren. Im Jahr 1900 wurde zum ersten Mal die Zeitschrift „American Journal of Nursing“ herausgegeben, in der die zunehmenden Fallstudien veröffentlicht wurden. 1923 bot das Teachers College der Columbia-University den ersten Promotionsstudiengang für Lehrer in der Pflege an, und bereits 1929 konnten Pflegekräfte in Yale ihren Magister in Pflege erwerben.

1.2.1.2 2. Phase: Ausbildungs- und Managementphase (stage of education and administration)

Von den frühen 1920er bis Anfang der 1950er Jahre wurden erste curriculare Entwürfe in der Pflegeausbildung (Auf- und Ausbau von Ausbildungsstätten, Diskussionen über Funktion und Rolle der Pflegenden) entwickelt. Die „Landmark-Reports“ mit den „Goldmark-Reports“ von 1923 zeigen, wie notwendig es ist, der Pflegeausbildung ein starkes Public-Health-Profil zu geben und eine akademische Pflegeausbildung an Universitäten anzubieten. Der „Brown-Report“ von 1948 thematisiert die Anforderungskriterien, um die pflegerische Ausbildung und die Analyse der pflegerischen Bedürfnisse der Bevölkerung zu verbessern. Die professionelle Pflege stellte erste theoretische Grundsatzüberlegungen an: Was ist Pflege? Welche Ziele verfolgt die Pflege? Welche Ausbildungsformen und Qualifikationen von Pflegenden sind erforderlich, um bestimmte Pflegeziele zu erreichen?

1.2.1.3 3. Phase: Forschungsphase (stage of research)

In den 1950er Jahren gründeten sich berufsständische Pflegeorganisationen (Berufsverbände) mit dem Ziel, Pflegewissenschaft mittels Forschung zu fördern (z. B. 1952 „National League for Nursing“). Die ersten klinischen Pflegeforschungsprojekte folgten. Im Jahr 1952 kam die Zeitschrift „Nursing Research“ hinzu. 1953 wurde das „Institute of Research and Service in Nursing Education“ und 1955 die „American Nurse Foundation“ gegründet. In dieser Zeit entwickelten sich in den USA und in den angelsächsischen Ländern bereits Diskussionen zu Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. In Deutschland begannen sie erst in den 1980er Jahren. Während Deutschland in der pflegewissenschaftlichen Entwicklung weit zurücklag, fanden im amerikanischen Raum bereits von der American Nursing Association (ANA) organisierte Pflegeforschungskonferenzen statt. Das Ziel: Forschungsergebnisse verbreiten und Forschungsexpertengruppen auf Universitätsniveau etablieren. Um diese Entwicklung voranzutreiben, wurden 1985 auf nationaler Ebene das „National Center for Nursing Research“ und 1991 das „Institut for Nursing Research“ institutionalisiert. Das „International Journal of Nursing Studies“ erschien erstmals im Jahr 1963. Die Pflegeforschung rückte immer stärker ins Zentrum der Pflege, und die American Nurses Association beteiligte sich zunehmend an der Finanzierung von Konferenzen zur Pflegeforschung.

1.2.1.4 4.–6. Phase: Theoriephase (stage of theory), Philosophiephase (stage of philosophy), Integrationsphase (stage of integration)

Ab den 1950er Jahren wurden im amerikanischen und angelsächsischen Raum bereits systematisch Pflgetheorien und Pflegemodelle entwickelt. Zu den ersten Pflgetheorien

zählt Peplaus „Theorie der Interpersonellen Beziehungen“, die nach Florence Nightingales 1859 publizierten „Notes on Nursing“ erschien. Beide Theorien hatten maßgeblichen Einfluss auf die Entwicklung der Pflegeforschung, der Pflegebildung, der Pflegekultur und des pflegerischen Selbstverständnisses.

Weitere frühe Theoretikerinnen waren Virginia Henderson („Modell der 14 Bedürfnisse“), Dorothy Johnson („Verhaltensmodell“) und Lydia Hall („Care, Cure, Core model of Nursing“). Den professionell Pflegenden gelang es immer stärker, die Bedeutung theoretischer Konzeptionen hervorzuheben. Die Pflegeforschung in den 1960er Jahren konzentrierte ihre klinischen Studien auf die Pflegequalität und die Erstellung von Kriterien, um die Wirksamkeit von Pflegeinterventionen zu überprüfen.

Ab den 1960er und 1970er Jahren wurde Pflegekräfte aus der Praxis immer stärker daran beteiligt, Modelle, konzeptuelle Rahmen und Theorien zur Anleitung der Pflegepraxis zu entwickeln. Im Jahr 1978 erschien zum ersten Mal die Zeitschrift „Advances in Nursing Science“. Sie veröffentlichte Arbeiten von Pflege theoretikern und damit in Verbindung stehende Forschungen (vgl. Burns, Grove, 2005).

Forschungsergebnisse etablierten sich während der 1970er Jahre immer stärker in der Pflegepraxis. Das führte zur Gründung weiterer wissenschaftlicher Pflegezeitschriften und Organisationen. Die klinische Forschung wurde in den 1980er Jahren vorangetrieben. Veröffentlichte Forschungsarbeiten gliederten sich in vier Bereiche:

- Pflegepraxis
- Ausübung von Pflege
- Pflegeausbildung
- Fragen der Profession der Pflege

Parallel arbeitete die Pflegeforschung zusehends mit qualitativer Forschung, deren holistischer (ganzheitlicher) Ansatz das Ziel verfolgte, Bedeutungen für den Einzelnen zu entdecken und Einblicke in die Pflegephänomene zu gewinnen, um das Verständnis der Pflegekräfte für sie zu vertiefen (vgl. Burns, Grove, 2005).

Zwischen 1992–2000 erfolgte die Gründung, Entwicklung und Etablierung spezieller Fachgebiete in der Pflege, wie gerontological nursing (gerontologische Pflege), home care (Heimpflege) und nursing informatics (pflegerische Informatik).

Das Ziel des 21. Jahrhunderts ist: Entwicklung einer wissenschaftlichen Wissensbasis, die es Pflegefachkräften ermöglicht, eine evidence-based Practice (EBP) zu implementieren (vgl. Brown 1999, Omery und Williams 1999 aus Burns, Grove, 2005, S. 15):

- Pflege für Menschen aller Altersgruppen und in allen Lebensphasen zu schaffen,
 - die Risiken für eine Krankheit oder Behinderung zu reduzieren,
 - einen gesunden Lebensstil zu fördern und
 - die Lebensqualität von Behinderten und chronisch Kranken zu verbessern,
- sind Ziele der aktuellen Pflegeforschung im amerikanischen und deutschsprachigen Raum.

1.2.2 Entwicklung in Deutschland

Deutschland ist noch am Beginn, eine wissenschaftliche Struktur im Bereich der Pflege auszubilden. Im Gegensatz zum amerikanischen und angelsächsischen Raum steckt die Pflegewissenschaft mit ihrer knapp 50-jährigen Entwicklung in Deutschland noch in der „Jugendphase“. Das sollte jedoch nicht dazu führen, sich unkritisch am amerikanischen Stand zu orientieren.

In Deutschland liegt eine andere Wissenschaftstradition vor und es bestehen deutliche Unterschiede im deutschen und amerikanischen Gesundheitssystem. Damit existieren spezifische Fragestellungen der Pflegewissenschaft in Deutschland. Weitere Unterschiede liegen in einer bis jetzt eher rudimentär aufgebauten pflegewissenschaftlichen Infrastruktur sowie eingeschränkten personellen und finanziellen Ressourcen.

Erste Akademisierungsbestrebungen in der Pflege begannen nach Ende des 2. Weltkrieges mit der Gründung der ersten Schwesternschule an der Universität Heidelberg und der Planung (1946) und Etablierung (ab 1953) einer krankenpflegerischen Grundausbildung mit Krankenpflegeprüfung, um als Krankenschwester/Krankenpfleger arbeiten zu können. In den westlichen Bundesländern blieb es zunächst bei dieser Entwicklung. Dagegen versuchte die ehemalige DDR ab den 1960er Jahren, mit den Studiengängen „Medizinpädagogik“ und „Diplom-Krankenpflege“ an der Humboldt Universität Berlin die Akademisierung voranzutreiben. Damit wurde der Fokus stärker auf die pädagogisch-didaktische und medizinisch-naturwissenschaftliche Perspektive in der Pflegewissenschaft gelegt. Auch die Forschung innerhalb wissenschaftlicher Fachgesellschaften (z. B. ab 1972 Fachgesellschaft Sektion Medizinpädagogik) wurde weiterentwickelt. Die Freie Universität Berlin führte 1982 den dreijährigen Diplomstudiengang „Lehrer für Krankenpflege“ ein.

Erst Anfang der 1980er Jahre entwickelte sich die Pflegewissenschaft in den alten Bundesländern weiter. Diese Bewegung (Institutionalisierung der Pflegewissenschaft) in Deutschland begann vor allem durch Auslandserfahrungen deutscher Pflegenden (vornehmlich im amerikanischen Raum und in Großbritannien). Im Vordergrund stand zu Beginn, pflegewissenschaftliche Projekte zur Berufs- und Ausbildungssituation von Pflegenden durchzuführen. Die wurden allerdings oft nebenberuflich initiiert, da es in Deutschland noch keine pflegewissenschaftlichen Lehrstühle und Professuren gab.

1.2.2.1 Wer fördert, wer gründete sich

Seit 1986 fördert die Robert Bosch Stiftung pflegewissenschaftliche Projekte in größerem Rahmen. Schwerpunkte der geförderten Projekte waren „Häusliche Pflege“ und „Neue Wege in der Alten- und Krankenpflege“. 1987 vergab erstmals eine deutsche Hochschule eine Professur in Pflege- und Sozialwissenschaft. Die Fachhochschule in Osnabrück gilt mit der Vergabe an Ruth Schröck in Deutschland als Vorreiter dieser Entwicklung in Deutschland. 1988 kam die erste pflegewissenschaftliche, deutschsprachige Zeitschrift „Pflege“ heraus. Bis heute erscheint „Pflege“ regelmäßig viermal im Jahr und veröffentlicht aktuelle Forschungen zu vorher festgelegten Schwerpunkten. In den Jahren 1988–1991 leitete Monika Krohwinkel eine pflegewissenschaftliche Studie zum Pflegeprozess am Beispiel von Schlaganfall-Patienten, die das Bundesgesundheitsministerium finanziell

förderte. Die Ergebnisse lieferten wichtige Maßgaben für die Pflegedokumentation, den Pflegeprozess und die Rehabilitation. Krohwinkel entwickelte als erste deutsche Pflegewissenschaftlerin aus den gewonnenen Daten ihre „Theorie der fördernden Prozesspflege“.

1989 gründete sich der „Deutsche Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung“, aus dem die heutige „Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.“ entstanden ist. Im Jahr 1991 eröffnete das „Agnes-Karll-Institut für Pflegeforschung des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe DBfK“. Der Schwerpunkt liegt in der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. Zwischen 1997 und 1999 fanden drei Theoriekongresse in Deutschland statt, um Anschluss an internationale Theoriediskussionen zu finden. Seit 1999 gibt es den „German Center for Evidence-based Nursing“ an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Zu den Aufgaben des Centers zählen:

- gezielte Förderung der Aus- und Weiterbildung von EBN-Trainern und hoch qualifiziertem pflegerischen Nachwuchs in Theorie, Praxis und den EBN-Methoden,
- Entwicklung von Curricula für EBN-Schulungen,
- Erforschung der Diskrepanz zwischen wissenschaftlich fundierten Kenntnissen und der Pflegepraxis,
- Aufbau eines Praxisumfeldes, das es allen pflegerischen Einrichtungen ermöglicht, evidenzbasiert zu arbeiten,
- Förderung der Kooperation vom „Deutschen Netzwerk Evidenzbasierter Medizin e.V.“, dem „Internationalen Netzwerk der Centers for Evidence-based Nursing“ und weiteren Gruppen, die sich für die Arbeit mit EBN einsetzen.

1.2.2.2 Entwicklung der Expertenstandards

Aus den wissenschaftlichen Bemühungen, die Pflege in Deutschland zu professionalisieren, entstanden national gültige Expertenstandards für die Pflege, nach denen alle professionellen Pflegeeinrichtungen in Deutschland arbeiten. Der erste nationale Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ erschien im Jahr 2000. Aktuell liegen folgende Expertenstandards vor:

1. Dekubitusprophylaxe in der Pflege
2. Entlassungsmanagement in der Pflege
3. Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen
4. Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen
5. Sturzprophylaxe in der Pflege
6. Förderung der Harnkontinenz in der Pflege
7. Pflege von Menschen mit chronischen Wunden
8. Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege
9. Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz



Merke

Die Expertenstandards sind wissenschaftlich validiert, werden regelmäßig auf ihre Gültigkeit hin überprüft und in den Pflegeeinrichtungen in den daraus abgeleiteten hausinternen Pflegestandards verankert.

Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2017 wurde den Vertretern der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen übertragen, die Expertenstandards zu erstellen und zu aktualisieren. Dieses Vorgehen ist im § 113 SGB XI (Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität) in der Pflege verankert.

In den Jahren 2004–2007 förderte das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) insgesamt 25 Teilprojekte unter Beteiligung von 24 Hochschulen und Forschungsinstituten. Das zeigt, dass die Pflege in Deutschland professionalisiert und gesellschaftlich anerkannt werden soll. Deshalb bildeten sich in Deutschland auf der politischen Ebene der Deutsche Pflegerat (DPR), Pflegekammern (in Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz, Mecklenburg-Vorpommern), Pflegefachgesellschaften (z. B. DIVI, DGIIN, Pro-Pflege), Berufsverbände (z. B. DBfK, DPV), Interessensvertretungen, Netzwerke und Vereine. Zwischen 2007 und 2011 förderte das Bundesministerium für Bildung und Forschung drei weitere Forschungsverbände.

Die Entwicklung und Förderung ist in den vergangenen zehn Jahren vorangeschritten. Trotzdem liegt die Pflegewissenschaft in Deutschland noch weit hinter der im amerikanischen Raum und England zurück. Der Weg zu einer gleichwertigen – und genauso selbstverständlichen – Wissenschaftsdisziplin wie Sozial- und Geisteswissenschaften ist noch weit.

Dennoch hat sich viel getan. Das ist an den aktuell über 60 Pflegestudiengängen, vielen Pflegeforschungsprojekten (und deren Veröffentlichung) und der Durchführung und Teilnahme an internationalen Pflegefachtagungen zu erkennen. Aufgrund dieser Entwicklung beruht Pflegewissenschaft in Deutschland nicht mehr nur auf der Aufarbeitung amerikanischer und englischer pflegewissenschaftlicher Literatur. Die meisten Pflegemodelle und -konzepte, mit denen deutsche Pflegeeinrichtungen arbeiten, stammen jedoch immer noch aus dem angelsächsischen Raum.

→ Fazit

Die Geschichte der Pflegewissenschaft als eigenständige, wissenschaftliche Disziplin ist relativ jung. Die ältesten zurückverfolgbaren Schriften sind die von Florence Nightingale im Jahr 1860. Ihre Suche nach Beweisen für die Effizienz oder Ineffizienz der Pflege setzte hierfür den Grundstein. Nightingale erkannte als erste den gesamtgesellschaftlichen Nutzen aus der Verbindung von logischen Fragestellungen aus Beobachtungen und Messungen heraus und ihrer praktischen Umsetzung.

In den USA, den angelsächsischen und skandinavischen Ländern wurde die Pflegewissenschaft in den vergangenen 125 Jahren zu einem anerkannten und eigenständigen Handlungsfeld der Wissenschaften. In Deutschland setzte diese Entwicklung erst vor ungefähr 50 Jahren ein, wird aber (politisch unterstützt) vorangetrieben, damit die (Gesundheits-)Politik ihren gesellschaftlichen Auftrag der qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung erfüllen kann und das Ansehen der Profession der Pflege in der Gesellschaft steigt.

Die erste deutsche Pflegetheoretikerin ist Monika Krohwinkel, die nach ihrem Forschungsprojekt zum Pflegeprozess am Beispiel von Schlaganfall-Patienten ihre Theorie der „Fördernden Prozesspflege“ entwickelte. Mit dieser Theorie arbeiten deutsche