

Professionalisierung der Pflege – Verheißungen und Realität

DORIS SCHAEFFER

Prof. Dr. Doris Schaeffer leitet an der Universität Bielefeld die AG6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft sowie das Institut für Pflegewissenschaft. Sie ist seit 2010 Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens (SVR).

Die Professionalisierung der Pflege steht mittlerweile seit ca. Anfang der 1990er Jahre und damit seit 20 Jahren auf der Agenda, denn seinerzeit begann in Deutschland die Vorbereitung von Studiengängen und damit die Akademisierung der Pflege. Seither ist Bewegung in diesen traditionsreichen Gesundheitsberuf gekommen, war und ist diese Entwicklung doch von vielen Hoffnungen und Verheißungen begleitet, ebenso allerdings auch von Unruhe im Gefüge der Gesundheitsprofessionen.

Einleitung

Auslöser für die Professionalisierung der Pflege (und später auch der therapeutischen Gesundheitsberufe¹) waren heute sattem diskutierten gesellschaftlichen Veränderungen, allem voran der demografische Wandel und die ungebrochene Zunahme von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit – Entwicklungen, die in den kommenden Jahren weiterhin an Tempo gewinnen werden. Allein die Zahl Pflegebedürftiger wird sich im Zuge dessen bis 2050 von heute ca. 2,3 Mio. auf nahezu 4,5 Mio. erhöhen und damit verdoppeln (SVR 2009). Ähnlich rasant ist auch der Anstieg vieler chronischer Krankheiten, vor allem von Demenz. Auch die Zahl Demenzkranker soll sich – zeichnen sich keine weiteren Fortschritte in Therapie und Prävention ab – bis 2050 verdoppeln (Beske et al. 2009; Bickel 2001). Die mit chronischen Krankheiten verbundenen Gesundheitsprobleme erfordern – dies zieht sich seit den 1970er Jahren wie ein roter Faden durch die Literatur – einen *multiprofessionellen* Problemzugriff und ebensolche Versorgungskonzepte (Badura/Iseringhausen 2005), in denen allen Gesundheitsberufen eine bedeutende Rolle zukommt – so auch der Pflege

(Schaeffer/Kuhlmey 2011; Schaeffer/Moers 2011). Sie erfordern außerdem eine neue Aufgabenteilung und einen neuen Professionenmix (SVR 2007) und setzen *wissenschaftlich fundierte* Interventions- und Versorgungskonzepte voraus. Beides gab den Ausschlag, dass auch in Deutschland vor mehr als eineinhalb Jahrzehnten, mit erheblicher zeitlicher Verzögerung im Vergleich zu anderen Ländern die Professionalisierung der Pflege – später dann auch therapeutischer Gesundheitsberufe – angeschoben wurde. Damit sollte zugleich der Umbau der Pflege vom »Heilhilfsberuf im Schatten des Arztes« (Grauhan 1990) zu einem attraktiven, modernen professionellen Dienstleistungsberuf erfolgen (Rosenbrock et al. 1993; Schaeffer et al. 2004), denn schon damals war klar, dass den zu erwartenden gesellschaftlichen Herausforderungen sonst nicht zu begegnen ist. Der angeschobene Professionalisierungsprozess verlief zunächst sehr dynamisch, ist aber im Resultat eher *halbherzig* geblieben und bedarf dringend neuer vorantreibender Impulse – so die hier vertretene These.

¹ Dazu zählen etwa die Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie.

Zunächst wird gefragt, was unter Professionalisierung eigentlich zu verstehen ist und welche Merkmale Professionen auszeichnen. Dann erfolgt eine Bestandsaufnahme des angeschobenen Professionalisierungsprozesses in der Pflege und anschließend werden einige Thesen zur aktuellen Situation vorgestellt.

Merkmale professionellen Handelns

Zunächst also zu der Frage, wodurch Professionen charakterisiert sind und was sie von gesellschaftlich anders organisierten Tätigkeiten unterscheidet. Gemeinhin werden Professionen als *Dienstleistungsberufe besonderer Art* verstanden, die sich von Arbeit und Beruf dadurch unterscheiden, dass sie praktisches Handeln unter dem Anspruch von *Erklärung* betreiben (Hartmann 1972). Vor allem drei Merkmale kennzeichnen sie:

1. Professionen sind *akademische* Berufe, die über einen besonderen gesellschaftlichen Status verfügen und deren Handeln auf hoher Fachkompetenz und qualifiziertem wissenschaftlichen Wissen basiert. Heute könnte man schlicht sagen, deren Handeln evidenzbasiert ist, also auf gesicherten, systematisch gewonnenen empirisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Die Aneignung dieses Wissens erfolgt in Hochschulausbildungen.
2. Professionen haben hohe Bedeutung für die Erhaltung des *Wertsystems* der Gesellschaft und gewährleisten die Realisierung von zentralen Werten, die den Fortbestand der Gesellschaft sichern (Parsons 1963). Dazu gehören Recht, Wahrheit, Moral, Konsens und Gesundheit – jene Wertuniversalie, zu deren Sicherung sich die Gesundheitsprofessionen verpflichtet fühlen. Professionelles Handeln ist deshalb *zentralwertbezogen* und – nicht weniger wichtig – *gemeinwohlorientiert*, folgt also herkömmlicherweise *nicht* den Geboten der Profitmaximierung.
3. Professionen verfügen außerdem über ein hohes Maß an *Autonomie*. Gemeint ist, dass sie eigenständig organisiert sind, sie unabhängig von staatlichen Instanzen, auch vom

Markt sind und ihnen die Kontrolle über die Beurteilung ihrer Leistungen sowie über die Standards ihrer Berufsausübung *selbst* obliegt.

Diese drei Merkmale – Akademisierung der Ausbildung bzw. Basierung auf systematischem wissenschaftlichen Wissen, Zentralwertbezug und Autonomie der Kontrolle – gelten über alle professionstheoretischen Schulen hinweg² als charakteristisch für professionelle Dienstleistungsberufe (Dewe et al. 2011; Freidson 1986; Schaeffer 2004; Weidner 1995). Professionalisierung meint in dieser Perspektive nichts anderes als den Prozess des Erwerbs dieser Merkmale³ und nicht – wie alltagssprachlich üblich – die Perfektionierung einer Dienstleistung.

Stand der Professionalisierung

Fragen wir, wieweit die deutsche Pflege in diesem Prozess gekommen ist, der in Deutschland nach langem und zähen Vorlauf vor nun fast 20 Jahren begonnen hat, in vielen anderen Ländern weitaus früher (Bartholomeyczik 2011), weshalb die deutsche Entwicklung auch als Projekt nachholender Modernisierung bezeichnet wird (Schaeffer et al. 2004).

Akademisierung der Ausbildung

Zunächst zur Akademisierung der Ausbildung in der Pflege. Sie wurde in Deutschland zwar später als in vielen anderen Ländern angeschoben, verlief aber dann zunächst unverhofft schwungvoll. Das zeigt sich besonders, wenn die *Studiengangsentwicklung* betrachtet wird. Vergewärtigen wir uns dazu, dass noch 1990 kein Pflegestudiengang existierte. Schon 1995 waren dann erste Studienmöglichkeiten entstanden und bis 2000 hatten sie sich geradezu explosionsartig vermehrt. Um die Jahrtausendwende existierten bereits mehr als 50 Pflegestudiengänge, meist mit mehreren Professuren versehen – eine bemerkenswerte Entwicklung. Überwiegend waren und sind sie an Fachhochschulen angesiedelt, einige wenige auch an Universitäten (Kälble 2001; Schaeffer 2002).

Die Studiengangsentwicklung blieb auch in der nachfolgenden Zeit ein wich-

tiges Thema: Denn kaum waren die Studiengänge etabliert, waren sie durch die europaweite Forderung nach dreistufigen konsekutiven Studiengangsstrukturen (Bologna-Vorgaben) schon wieder überholt und mussten revidiert werden. Diese ressourcenzehrenden Umbauten dauern bis heute an – nicht zuletzt, weil in der Euphorie der Anfangszeit ein bunter Mix an unterschiedlichen Studiengängen entstanden war (Schaeffer et al. 2010).

Hinzu kam, dass die Mehrzahl der anfänglich geschaffenen Pflegestudiengänge sich *lediglich auf Pflegemanagement und -pädagogik konzentrierte*. Dies war politisch gewollt, erwies sich jedoch schon bald als *Engführung* und professionalisierungshemmend. Denn faktisch wurde damit nur eine *Akademisierung* von (speziellen) Teilbereichen erreicht, keine Professionalisierung. Die entstandene Studiengangsstruktur war zudem international nicht anschlussfähig. Denn international haben sich auch in der Pflege längst Studiengänge durchgesetzt, die auf die *gesamte* Pflege zielen

International haben sich auch in der Pflege längst Studiengänge durchgesetzt, die auf die gesamte Pflege zielen.

– wie dies unter Professionalisierungspunkten richtig und sinnvoll ist. International sind zudem dreistufig angelegte Studiengangsstrukturen üblich, die auf der (Eingangs-)Bachelorebene *primärqualifizierende* generalistische Studiengänge vorsehen, die zur Berufsausbildung führen. Ihnen folgen *spezialisierte* Masterstudiengänge, die auf bestimmte Aufgabenfelder und Rollen der Pflege zielen (clinical nurse specialist, nurse practitioner (Keane/Becker 2009)) denen sich als dritter Baustein

2 Dazu gehören die funktionalistische Professionstheorie, die merkmalstheoretische, die machttheoretische, die systemtheoretische, der strukturtheoretische und der interaktionstheoretische Ansatz (zu den Theorievarianten siehe Dewe et al. 2011, Pfadenhauer 2003 und Schaeffer 1990).

3 Prozessuale Aspekte der Professionalisierung und damit das Streben von Berufsgruppen nach Professionalisierung mit allen seinen Fort- und Rückschritten stehen zunehmend im Vordergrund der Professionalisierungsdebatte (Kälble 2005).

strukturierte *Promotionsprogramme* anschließen.

Seit längerem sind solche Strukturen auch für Deutschland gefordert (Bologna-Prozess). Allerdings ist durch den kräfte- und zeitraubenden Umweg über die Teilkademiesierung nicht einfach, dies im Bereich Pflege/-wissenschaft umzusetzen, zumal sich einmal geschaffene Strukturen nur schwerfällig verändern lassen. Erst jetzt entstehen daher ausbildungsintegrierende (duale oder zuweilen auch primärqualifizierende) Bachelorstudiengänge. Sie haben zudem noch mit einer schwierigen Rechtslage zu kämpfen, weil sie nicht nur wissenschaftlichen Ausbildungskriterien, sondern auch dem Krankenpflegegesetz (bzw. der darauf aufbauenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung) folgen müssen, die bis heute nicht weitreichend genug an die begonnene Entwicklung angepasst sind. An den daraus erwachsenen Hürden zerreiben sich meinem Eindruck nach derzeit gute Konzepte fast bis zur Unkenntlichkeit, so dass schwer ist, wissenschaftlich und professionell sinnvolle Studienmöglichkeiten mit befriedigendem Niveau auf die Beine zu stellen. Konsekutive pflegewissenschaftliche Masterstudiengänge sind ebenfalls noch rar. Auch die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses ist – trotz beachtlicher Fortschritte – keineswegs ausreichend, weil die Zahl universitärer Standorte und Lehrstühle zu gering ist. Denn überwiegend ist Pflegewissenschaft – wie erwähnt – bislang an den Fachhochschulen etabliert, lediglich sechs Universitäten engagieren sich auf dem Gebiet und das ist für die Nachwuchsförderung weitaus zu wenig, wie sich aktuell bei manchem Besetzungsverfahren von Professuren zeigt. Erforderlich ist daher, den stagnierenden Ausbau von Pflegewissenschaft an Universitäten und auch die Graduiertenausbildung zu fördern.

Bedenklich stimmt auch die Heterogenität der Studiengänge, die dringend einer in sich stimmigen Gesamtkontur bedürfen. Außerdem steht nach wie vor aus, die *unterhalb der akademischen Ebene liegenden Ausbildungen (und auch die Fort- und Weiterbildung) sinnvoll an die begonnene Entwicklung anzupassen*. Die Zusammenführung von Kranken-, Alten- und Kinderkrankenpflege zu *einem* Beruf, vor mehr als 10

Jahren in einem ersten Modellversuch vorbereitet (Oelke/Menke 2005), mutet heute überfällig und eher etwas angestaubt als innovativ an. Gleichwohl ist

Bedenklich stimmt auch die Heterogenität der Studiengänge, die dringend einer in sich stimmigen Gesamtkontur bedürfen.

sie – also die Schaffung einer generalistischen, gemeinsamen Grundausbildung, der dann Ausdifferenzierungen/Spezialisierungen folgen – ein wichtiger Schritt, der zugleich zu einer besseren Verschränkung von beruflichen und akademischen Ausbildungsmöglichkeiten führen muss, sodass insgesamt eine abgestimmte, horizontal und vertikal durchlässige Ausbildung in der Pflege entsteht. Das derzeit in Diskussion befindliche Berufsgesetz muss in diese Richtung führen (und noch weiter gehen), soll die auch politisch mit viel Energie unterstützte Professionalisierung nicht in der Sackgasse enden.

Exemplarisch zeigt dies, dass noch etliche Anstrengungen erforderlich sind, um in Deutschland zu einer professionalisierungsförderlichen Ausbildungs- und Studienstruktur zu kommen. Dabei bleibt zu hoffen, dass weitere kräftezehrende Um- und Sonderwege vermieden werden und endlich mutigere, zukunftsweisende Schritte erfolgen. Manches europäische Nachbarland hat dies längst vorgemacht und kurzerhand die gesamte Pflegeausbildung auf akademisches Niveau gehoben – so etwa 2003 Italien; Spanien und Großbritannien schon einige Jahrzehnte vorher. Generell bildet Deutschland, was Stand und Ausmaß der Akademisierung in der Pflege anbetrifft, international noch immer ein Schlusslicht.

Gleichwohl haben die zurückliegenden Schritte – gerade auch die Umwege und Umbauten – viel Energie absorbiert. Andere wichtige Aufgaben auf dem Weg zur Professionalisierung sind daher langsamer als gehofft vorangekommen, so etwa das neue Wissenschaftsgebiet inhaltlich auszubuchstabieren und Pflegeforschung auf- und auszubauen. Letztere ist unverzichtbar, um Pflegewissenschaft

überhaupt als eigene wissenschaftliche Disziplin zu entwickeln. Auch um der Forderung nach Evidenzbasierung entsprechen zu können, die inzwischen alle Gesundheitsprofessionen/-berufe erteilt hat, ist Forschung zwingend.

Trotz zahlreicher Hürden ist auch hier die Bilanz recht gut. Stellvertretend für andere sei auf die drei Pflegeforschungsverbünde verwiesen, die von 2004 bis 2011, also insgesamt 7 Jahre mit zum Schluss insgesamt 22 Projekten und 18 Hochschulen und Forschungsinstituten durchgeführt wurden (Schaeffer et al. 2008).

Sie waren ein Meilenstein, weil Pflegeforschung damit erstmals in diesem Ausmaß Fördermittel des Bundes erhielt und erstmals in diesem Ausmaß Drittmittelforschung möglich war. Natürlich bedürfen auch die vielen inzwischen durchgeführten Einzelprojekte der Erwähnung und ebenso die wissenschaftspolitisch bedeutsame Förderung von Pflege- und Versorgungsforschung im Rahmen des Deutschen Zentrums für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) der Helmholtz Gesellschaft (Bartholomeyczik 2011).

Aber auch hier ist das Wasserglas halbvoll *und* zugleich halbleer. Denn das BMBF hat die verdienstvolle gezielte Förderung von Pflegeforschung mit Auslaufen der Verbünde eingestellt und auch die Robert-Bosch-Stiftung, die die Professionalisierung der Pflege kontinuierlich mit Forschungs- und Entwicklungsmitteln unterstützt hat, zieht sich aus diesem Gebiet zurück. Viele andere wichtige und renommierte Förderinstanzen für Forschung zeigen noch relativ wenig Bereitschaft, sich auf diesem Gebiet zu engagieren.

Nach wie vor ist es also nicht gelungen, Pflegeforschung in Deutschland – wie international üblich und in der Medizin selbstverständlich – als *eigenständiges Gebiet langfristig* in den Fördersystemen für Forschung zu verankern und dies ist unter Professionalisierungs- (und auch Evidenzbasierungs-) Gesichtspunkten wenig erfreulich. Denn nur durch eine eigenständige, langfristig angelegte Forschungsförderung ist eine kontinuierliche Forschungsentwicklung in diesen neuen Professionen möglich (Behrens et al. 2009; Schaeffer et al. 2010).

Hinzu kommt ein anders gelagertes Problem: Mit der Schaffung von aka-

demischen Ausbildungen sollte – wie in Erinnerung zu rufen ist – der Umbau der Pflege zu einem modernen professionellen Dienstleistungsberuf eingeleitet werden, der auf der Basis wissenschaftlicher Standards agiert. »Pflege neu denken«, so der Titel einer der berühmten Denkschriften der Robert-Bosch-Stiftung, der dies auf den Punkt bringt (Robert-Bosch-Stiftung 2000). Fragt man, wie weit dies gelungen ist, zeigt sich, dass trotz schwieriger Bedingungen eine Fülle an wissenschaftlichen Erkenntnissen und Konzepten erarbeitet wurde. Und doch finden sie den Weg nicht so in die Praxis, wie es wünschenswert wäre.

Das hat seinen Grund nicht zuletzt darin, dass der *Wissenstransfer* in der Pflege schwierig ist. Denn noch ist die akademische Durchdringung so gering, dass der Wissenstransfer auf unvorbereiteten Boden stößt – nämlich eine Praxis, die in ihrer beruflichen Ausbildung nicht gelernt hat, systematisch mit wissenschaftlichen Erkenntnissen umzugehen. Erst wenn die Akademisierung der Praxis ein größeres Ausmaß erreicht hat, wird der Wissenstransfer und damit auch die Evidenzbasierung der Pflege gelingen können. Vergewöhnen wir uns dies kurz in Zahlen: So wird in Deutschland – nach konservativen Schätzungen – eine 20%ige akademische Durchdringung der Pflege für sinnvoll erachtet. Das entspricht ca. 200.000 akademisierten Kräften. Bislang haben in Deutschland erst ca. 10.000–15.000 Absolventen die Hochschulen verlassen und das sind knapp 1 %, die – das kommt hinzu – noch keine primärqualifizierenden Studiengänge durchlaufen konnten. Für den früheren NRW-Ministerpräsidenten Rüttgers war dies ausschlaggebend dafür, den Ausbau von akademischen primärqualifizierenden Ausbildungskapazitäten an Fachhochschulen anzustoßen – ein lobenswerter Schritt, dem aber weitere folgen müssen, so nicht zuletzt der dringend nötige universitäre Ausbau von Pflegewissenschaft.

Hinzu kommt, dass die Professionalisierung sich nicht mit dem *gesellschaftlichen Bild von Pflege* deckt. In ihm existiert einerseits *die* Pflege (gleichgesetzt mit Pflegepraxis) und getrennt davon, der Nukleus Pflegewissenschaft, von dem viele insgeheim nicht wissen, wozu er eigentlich da ist. Übertragen wir dies auf die Medizin, wird deutlich, wie be-

fremdlich diese Denkweise ist. Niemand käme bei der Medizin auf die Idee, zwischen Praxis und Wissenschaft zu trennen, denn beides gehört unmittelbar zusammen. Dies deutet an, wie wichtig es unter Professionalisierungsgesichtspunkten ist, diese Trennung bei der Pflege auszumerzen: in den eigenen Reihen, bei anderen Professionen, wie auch in der Gesellschaft und vor allem der Politik. Gelingt dies nicht, wird Professionalisierung (und auch Wissenstransfer) immer als Forderung versponnener Wissenschaftler angesehen und damit abgewehrt werden.

Zentralwertbezug und Autonomie

Die Frage des *Zentralwertbezugs* scheint auf den ersten Blick weitgehend klar zu sein. Die Pflege war und ist einer der traditionsreichsten Gesundheitsberufe und somit dem Erhalt und der (Wieder) Herstellung von Gesundheit verpflichtet. Auch Gemeinwohlorientierung und Altruismus gehören historisch zum Standard pflegerischen Handelns (Steppe 1988). Allerdings haben Kosten- und Profitmaximierungsgesichtspunkte durch die Ausweitung von Marktelementen im Gesundheitswesen an Gewicht gewonnen und dem Charakter nach stehen sie in Konflikt mit dem Ethos der Gemeinnützigkeit. Im Alltag führt dies zu einem kaum lösba- ren Orientierungsdilemma, das sich auf die Frage reduzieren lässt: Wem hat die Sorge zu gelten? Dem Patienten oder dem Budget? Anders gesagt: Kann der Erfolgsindikator noch darin bestehen, dass für den einzelnen Patienten das Bestmögliche getan wurde oder ist er daran zu bemessen, inwiefern optimal im Interesse des Budgets gehandelt wurde?

Dieser Interessenkonflikt zwischen finanziellen Vorgaben und professionellen Ansprüchen ist mittlerweile *allen* Gesundheitsprofessionen wohlvertraut. Er birgt für die alten Professionen Deprofessionalisierungstendenzen in sich und beschneidet bei den neuen wiederum die Möglichkeiten der Professionalisierung.

Auch der erste Teil der vorgenommenen Einschätzung wirft bei genauerer Betrachtung Fragen auf. Ist Pflege wirklich als Gesundheitsberuf zu definieren? Formal ja, aber hat sie den dazu erforderlichen Paradigmenwechsel von

Krankheits- und Defizitorientierung hin zur Gesundheits- und Ressourcenorientierung in Deutschland wirklich – wie seit langem gefordert – inhaltlich und konzeptionell nachvollziehen können? Anders gefragt, gehören Gesundheits-erhaltung und -förderung, Prävention und Rehabilitation wirklich zu ihrem Programm? Es ist unbestritten, dass dies notwendig, aber eher Wunsch als Realität ist, denn die Umsetzung kollidiert mit Strukturdefiziten, vor allem mit dem *somatischen verengten Pflegebegriff im SGB XI*, der nur Teile dessen abdeckt, was eine professionelle Pflege ausmacht und keinen Raum für die genannten Aufgaben, aber auch für »Erklärung« (siehe die eingangs erwähnte Definition von Hartmann), also die vielfältigen kommunikativen, edukativen und auch versorgungssteuernden Aufgaben professioneller Pflege lässt, wie sie gerade bei chronischer Krankheit und dauerhaften Funktionseinbußen gefordert sind. Nebenbei bemerkt zielen viele der neu erarbeiteten pflegewissenschaftlichen Konzepte und Erkenntnisse auf genau diese Bereiche und reiben sich bislang mit dem verengten Pflegebegriff (Wingefeld/Schaeffer 2011). Auch deshalb ist kein Wunder, dass sie in der Praxis nicht wie gewünscht umgesetzt werden. Solange sich also politisch – wie derzeit leider absehbar – kein weitergefasstes Pflegeverständnis durchsetzen lässt, werden auch Professionalisierungsbe-mühungen an Grenzen stoßen.

Professionelle Pflege ist mehr und anderes als Unterstützung bei körperorientierten Selbstversorgungsdefiziten.

Den derzeitigen Reformdiskussionen unterliegt unter Professionalisierungsgesichtspunkten eine weitere problematische Engführung, die kurz der Erwähnung bedarf. Ein erweiterter Pflegebegriff wird vor allem im Zusammenhang mit Unterversorgungserscheinungen bei Demenz in Verbindung gebracht. Das ist richtig, aber – nochmals – pragmatisch verkürzt. Denn es geht darum, dass professionelle Pflege mehr und anderes ist als Unterstützung bei körperorientierten Selbstversorgungsdefiziten, also mehr als »hands-on nursing« ist und

beispielsweise auch unterschiedlichste kommunikative und edukative Aufgaben beinhaltet.

Kurz zur *Autonomie* – eine der schwierigen Fragen. Exemplarisch zeigt dies das Thema Pflegekammer. Die Verkammerung ist in korporatistischen Gesellschaften wie dieser wichtig zur Herstellung organisatorischer und inhaltlicher Autonomie, ebenso zur Unabhängigkeit von staatlichen Instanzen. Einzig in Bayern wird die Verkammerung ernsthaft diskutiert, andere Bundesländer tun sich schwer. Auch hier wird also weitere Überzeugungs- und Missionsarbeit erforderlich sein.

Unter Professionalisierungsgesichtspunkten bedeutsam sind leider auch andere Entwicklungen. So unterliegen Bereiche, in denen die Pflege bereits organisatorische Autonomie hatte, seit einiger Zeit gegenläufigen Entwicklungen. Im Krankenhausbereich etwa wurde der Pflege vielerorts die organisatorische Autonomie wieder streitig gemacht und zudem hat sich Personalbestand in der Pflege dort durch den infolge der DRG-Einführung einsetzenden Rationalisierungsdruck so reduziert, dass vielerorts professionspolitisch wichtige Innovationen (wie primary nursing, Zimmer- oder Gruppenpflege) zugunsten der Rationalisierung von Prozessabläufen auf der Strecke geblieben sind. Gerade hier, bei der Herstellung von Autonomie, sind also etliche Aufgaben zu bewältigen, wobei einerseits zu verhindern ist, dass vorhandene Autonomiespielräume weiter beschnitten werden und andererseits größere organisatorische Autonomie erzeugt wird.

Bilanzierend lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass in den vergangenen 20 Jahren beachtliche Schritte in Richtung

hat die Professionalisierung der Pflege – auch anderer Gesundheitsberufe – begonnen und dieses ist, wie ein Blick auf die Geschichte der Professionen bezeugt, ein nicht rückgängig zu machender Prozess. Die aufgezählten Schwierigkeiten können ihn behindern und die Professionalisierungschancen begrenzen, ihn jedoch nicht umkehren. Allerdings sind dringend Gestaltungsherausforderungen anzugehen, um die es nun abschließend thesenförmig gehen soll.

Gestaltungsherausforderungen

1. Soll der begonnene Prozess konstruktiv vorangetrieben und fortgesetzt werden, ist notwendig, *Richtungsentscheidungen* zu treffen. Denn bislang verlief er tendenziell wildwüchsig. Ihm lagen kein vorgefertigter Plan und keine einheitliche Zielvision zugrunde. Das hat zu sehr kreativen Entwicklungen, aber auch vermeidbaren Problemen geführt, wie an der Studiengangsentwicklung sichtbar wurde. Um solchen vermeidbaren Problemen zu entgehen, ist dringend eine einheitliche Zielvision – ein blue print – erforderlich (Schaeffer 2004; Schaeffer et al. 2010). Dabei ist auch zu entscheiden, ob ein wirklicher Professionalisierungsprozess angeschoben werden soll oder nur ein Prozess der Statusverbesserung (Schaeffer 2004), im Zuge dessen sich die Pflege bestenfalls zur »mimic profession« (Etzioni 1969) entwickelt, d. h. einem halbprofessionalisierten Beruf, der nur partiell die genannten Merkmale aufweist (wie etwa die Soziale Arbeit), was im Alltag zu einer Reihe an Handlungsdilemmata führt (Dewe et al. 2011; Sahle 1987). Wird ein Professionalisierungsprozess anvisiert bedingt dies u. a., die noch halbherzige Akademisierung anzugehen: eine in sich stimmige, auf die gesamte Pflege zielende, dreiteilige Studiengangsstruktur herzustellen, wie sie in Ländern mit Erfahrungsvorsprung selbstverständlich ist, ebenso ein schlüssiges und durchlässiges Ausbildungskonzept (gesetzlich) zu verankern und dies so mit den Studiengängen zu verknüpfen, dass weitere kräftezehrende Umwege vermieden und Professionalisierungschancen befördert, statt erschwert werden. Solche Konzepte liegen vor, sie mit mutigen Schritten gesetzlich zu verankern, ist überfällig.

Um die Bedeutung dessen zu unterstreichen, sei noch einmal anders argumentiert. Inzwischen besteht Konsens darüber, wie dringlich es ist, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen, denn schon heute gilt er nicht – wie andere professionelle Dienstleistungsberufe – als statushoch, sondern als statusniedrig, befindet sich in einer Gratifikationsdauerkrise (zur Gratifikationskrise, siehe Siegrist 1996) und leidet seit geraumer Zeit zusätzlich unter bedenklichem Fachkräfte- und Nachwuchsmangel. So sind der Bundesagentur für Arbeit zufolge schon jetzt 23.000 Stellen für Fachkräfte in der Pflege offen, in 15 Jahren, also 2025, sollen es parallel zum Anstieg von Pflegebedürftigkeit bereits 112.000 Vollzeitstellen sein (Afentakis/Maier 2010: 999). Bis 2050 wiederum wird prognostiziert, werden allein in der Altenpflege 430.000 Vollzeitkräfte fehlen (Hackmann 2010).

Image- und Attraktivitätsverbesserungen sind also notwendiger denn je. Sie werden aber *nicht* erreicht, wenn vornehmlich gefragt wird, wie der Zugang zur Pflege abgesenkt oder – wie mit Blick auf die aktuelle Situation zu betonen ist – niedrig gehalten werden kann und wie existierende Betreuungslöcher mit niedrig qualifiziertem Personal – Langzeitarbeitslosen und Hartz IV Empfängern etc. – gefüllt werden können. So wünschenswert sinnvolle Optionen für sie sind, zur Imageverbesserung der Pflege trägt diese Strategie gerade bei potenziellem Nachwuchs, also jüngeren Menschen, kaum bei und befördert zudem eher Deprofessionalisierungstendenzen. Um die Attraktivität der Pflege zu erhöhen ist erforderlich, weiter in die Professionalisierung zu investieren und den Umbau der Pflege zu einem *modernen professionellen* Dienstleistungsberuf zu forcieren und hier interessante Bildungs- und Karrierechancen zu eröffnen und attraktive Arbeitsbedingungen zu bieten.

2. In jedem Fall schließt Professionalisierung ein, bisherige *Kompetenzgrenzen zu überdenken und auszuweiten*. Das lehrt die Geschichte aller Länder mit Erfahrungsvorsprung. Am deutlichsten sichtbar ist dies in den USA, denn die US-amerikanische Pflege hat inzwischen eine fast hundertjährige professionelle Tradition und ist im Erscheinungsbild (und Kompetenzprofil) in vielen Bereichen kaum von der Me-

In den vergangenen 20 Jahren wurden beachtliche Schritte in Richtung Professionalisierung der Pflege zurückgelegt.

Professionalisierung der Pflege zurückgelegt wurden. Zugleich zeigen sich jedoch *Schief lagen und gegenläufige Entwicklungen* und daraus erwachsen derzeit viele Schwierigkeiten. Dennoch

dizin zu unterscheiden. Anders die britische Pflege mit ihrer fast 60-jährigen Professionalisierungstradition (Haug 1995). Sie hat sich zunächst vor allem in vernachlässigten und brachliegenden Feldern im Gesundheitswesen engagiert und dort neue Kompetenzen entwickelt – dies aber später korrigiert: Stichwort »chirurgische Eingriffe«. Doch so oder so zeichnet sich professionelle Pflege durch Ausdehnung und Erweiterung bestehender Kompetenzen – vor allem im Bereich der Kommunikation, Edukation, Versorgungssteuerung, Prävention, Rehabilitation etc. – und spezielle Rollen aus, etwa, wie zuvor erwähnt, *advanced nurse practitioner* oder *clinical nurse specialist* (Dale 1995; Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2011; Keane/Becker 2009). Diese Spezialrollen und -kompetenzen sind auch erforderlich, um den gewandelten gesundheitlichen Problemen der Bevölkerung und dem sich rasant entwickelnden demografischen Wandel angemessen entsprechen zu können (SVR 2009). Professionalisierung bedeutet also nicht, einzig die derzeitige verengte Pflegepraxis auf gesicherte Füße zu stellen, sondern – so nochmals – sie um neue Kompetenzen und Rollen zu *erweitern*, so dass sie einen *eigenständigen Beitrag zur Erhaltung der Gesundheit* zu leisten vermag. Dass auch für die Umsetzung dessen eine Erweiterung des Pflegebegriffs unabdingbar ist, sei ausdrücklich wiederholt.

Mit dem § 63c im Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 (Durchführung heilkundlicher Tätigkeiten) wurden erste gesetzliche Weichen in diese Richtung gestellt. Auch die jetzt erfolgte Definition konkreter Tätigkeiten ist ein wichtiger Schritt und ein Erfolg. Dennoch ist Vorsicht geboten, denn mancher der bisher durchgeführten Modellversuche zeigt, dass eine Erweiterung von Kompetenzen *nicht* bedeuten kann und darf, dass die Pflege einmal mehr – ich zitiere – zur »unentbehrlichen und geschätzten Hilfskraft des Arztes« (Blum 1917) wird, der es versteht, den Dienst am Nächsten in den Dienst am Arzt umzuwandeln (Steppe 1988). Anders formuliert: Die Kompetenzausdehnungen müssen dazu dienen, die Professionalität und Eigenständigkeit der Pflege zu erhöhen und die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und demografiefest zu gestalten – nicht den Arzt zu

entlasten. Arztentlastung über die Pflege in Zeiten zunehmenden Pflegebedarfs und wachsender Personalknappheit in der Pflege anzustreben, ist zudem wenig einleuchtend.

3. Faktisch hat der Prozess der Kompetenzerweiterung in vielen Feldern längst begonnen. Zur Illustration seien exemplarisch etwa die Patienteninformationszentren in Krankenhäusern erwähnt, die Qualitätsentwicklungsstellen oder aber die mehr und mehr entstehenden Bereiche der Patientenedukation, Selbstmanagementförderung oder Unterstützung durch Case Management (Ewers 2011; Müller-Mundt 2011). Neue Aufgabenfelder zu entwickeln, bedeutet für die Pflege allerdings, *ungewohntes Terrain zu betreten und neue Verantwortlichkeiten zu übernehmen* und dies ruft unweigerlich Unsicherheit hervor, wie manche professionsinterne Diskussion bezeugt. Doch nützt kein Zittern und Zaudern, die Pflege wird lernen müssen, mit solchen Unsicherheiten zu leben und konstruktiv umzugehen. Zugleich ist auch in diesem Zusammenhang wichtig, die eigentliche Zielvision nicht zu vergessen, wie manche fragwürdige Entwicklung im Krankenhaussektor zeigt (rationalisierendes Prozessmanagement statt patientenorientiertes Case Management).

Nicht unerwähnt bleiben sollte, dass die Ausdehnung von Kompetenzgrenzen und eine entsprechende Neupositionierung der Pflege zwangsläufig Unruhe und auch *Machtprozesse im Gefüge der Gesundheitsprofessionen* nach sich zieht, weil sie gewollt oder ungewollt in die Domänebereiche anderer Professionen hineinwirkt und zum Teil sorgsam bewachte Zuständigkeiten und Professionsgrenzen in Frage stellt. Mit der Sozialarbeit haben solche Auseinandersetzungen bereits vor längerer Zeit begonnen, so etwa bei dem Thema Entlassungs- oder Case Management. Inzwischen erfolgen sie wieder neu mit der Medizin, weitere Professionen werden vermutlich folgen. Solche Machtprozesse sind unumgänglich, wenn gewachsene Strukturen verändert werden und erst recht, wenn sich das hierarchische Machtgefüge im professionellen Gefüge verschiebt und ein neuer Professionenmix entsteht (Kuhlmeier et al. 2011; SVR 2007). Aber

auch hier nützt kein Zittern und Zaudern: die Professionalisierungschancen der Pflege hängen entscheidend davon ab, wieweit sie sich in diesen Macht- und Umverteilungsprozessen behaupten und von der ihr bescheinigten »Selbstbescheidenheit« (Döhler 1997) verabschiedet. Dass dies möglich ist und der Pflege dafür beachtliche Potenziale zur Verfügung stehen, bezeugt die Geschichte der amerikanischen Pflege und auch die anderer Länder mit Professionalisierungsvorsprung. Sie zeigt allerdings auch, dass dafür zwingend politische Unterstützung erforderlich ist. Um diese wird auch künftig weiter zu ringen sein und dies mit jeder politischen Konstellationsveränderung neu.

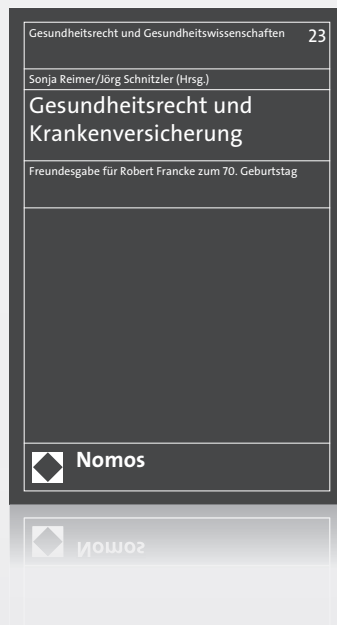
4. Der Weg in die Eigenständigkeit und Professionalisierung ist ohne Wissenschaft und Forschung nicht möglich. Das mag sich lapidar anhören, wird aber genau deshalb noch einmal betont. Auch Evidenzbasierung ist ohne ausgebaute Forschung – einer forschungsförderlichen Infrastruktur und entsprechender kontinuierlicher Fördermittel – nicht möglich. An beiden Stellen ist noch viel zu tun, damit Deutschland sich nicht weiter von der internationalen Entwicklung abkoppelt (Behrens et al. 2009).

5. Zum Abschluss zurück zum Anfang: Die derzeitigen Professionalisierungsprozesse im Gesundheitswesen vollziehen sich unter Bedingungen des demografischen Wandels und der voranschreitenden Zunahme chronischer Erkrankungen. Beide Entwicklungen stellen keine ausschließlich nationalen, sondern internationale Entwicklungen dar. Aber: Deutschland ist das Altenheim Europas, so stellte kürzlich Laslo Andor, EU-Sozialkommissar fest (European Commission 2011: 61). Europaweit steht Deutschland an der Spitze

Es wird unerlässlich sein, die Rolle und Position der Pflege zu stärken und die Professionalisierung zu fördern.

und weltweit an dritter Stelle, was den Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung betrifft. Die daraus erwachsenen Konsequenzen werden bislang noch keineswegs intensiv genug diskutiert. Aber eines ist klar: Es wird unerlässlich sein,

Gesundheits- und Krankenversicherungsrecht



Der Band würdigt das wissenschaftliche Wirken Robert Franckes im Bereich des Gesundheits- und Krankenversicherungsrechts als verfassungsrechtlich geprägter Materien des öffentlichen Rechts. Er vereint analysierende, problemorientierte und weiterführende Beiträge zu aktuellen Fragen des Gesundheits- und Krankenversicherungsrechts.

Weitere Informationen: www.nomos-shop.de/14057

Gesundheitsrecht und Krankenversicherung

Freundesgabe für Robert Francke
zum 70. Geburtstag

Herausgegeben von Dr. Sonja Reimer
und RiLSG Dr. Jörg Schnitzler, LL.M. Eur.

2012, 153 S., brosch., 39,- €
ISBN 978-3-8329-6956-1

(Gesundheitsrecht und
Gesundheitswissenschaften, Bd. 23)



Nomos

die Rolle und Position der Pflege zu stärken und die Professionalisierung zu fördern – sowohl um den demografischen Wandel auffangen zu können als auch, um dem drohenden Fachkräftemangel adäquat und nachhaltig zu begegnen. Damit einhergehend zugleich wird nötig sein, Themen intensiver aufzugreifen, die bislang noch eine untergeordnete Rolle im Pflegediskurs spielen und dringend auf wissenschaftliche Impulse verwiesen sind, etwa das Thema Prävention von Pflegebedürftigkeit, Selbstmanagementförderung als Aufgabe der Pflege, schrumpfendes Pflegepotenzial, Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen etc. Die Liste ließe sich ergänzen, in jedem Fall ist dringend erforderlich, aus dem perspektivisch verengten und zuweilen verkanteten Pflegediskurs in Deutschland hinauszukommen und nach zukunftsweisenden, also vorwärts- statt rückwärtsorientierten Lösungen für die anzugehenden Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung zu suchen, und das heißt auch die Professionalisierung der Pflege (und der therapeutischen Gesundheitsberufe) so voranzutreiben, dass sie erneut zu einem verheißungsvollen Prozess wird.

Literatur

- Afentakis, A./Maier, T. (2010):** Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik* Nr. 11, 990–1002
- Badura, B./Iseringhausen, O. (Hg.) (2005):** Wege aus der Versorgungskrise. Beiträge aus der Versorgungsforschung. Bern: Huber
- Bartholomeyczik, S. (2011):** Pflegeforschung: Entwicklung, Themenstellungen und Perspektiven. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Neuausgabe. Weinheim: Juventa, 67–94
- Behrens, J./Görres, S./Schaeffer, D. (2009):** Zur Förderung der Pflegeforschung in Deutschland: Interdisziplinarität setzt entwickelte Disziplinen voraus. *Pflege & Gesellschaft* 14, Nr. 4, 382–383
- Beske, F./Katalinic, A./Pteres, E./Pritzku-leit, R. (2009):** Morbiditätsprognose 2050. *Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig Holstein*. 114. Aufl. Kiel: Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheitssystemforschung
- Bickel, H. (2001):** Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34, 108–115
- Blum, A. (Hg.) (1917):** *Handbuch der Krankenpflege*. Berlin
- Dale, A.E. (1995):** A research study exploring the patient's view of quality of life using the case study method. *Journal of Advanced Nursing* 22, Nr. 6, 1128–1134
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2011):** *Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. Berlin: DBfK
- Dewe, B./Ferchhoff, W./Scherr, A./Stüwe, G. (2011):** Professionelles soziales Handeln. Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis. 4. Auflage. Weinheim: Juventa
- Döhler, M. (1997):** Die Regulierung von Professionsgrenzen. Köln: Campus
- Etzioni, A. (Hg.) (1969):** *The semi-professions and their organization*. New York: The Free Press
- European Commission (2011):** *Demography Report 2010*. Verfügbar unter: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/documents/Tab/report.pdf> (13.4.2011)
- Ewers, M. (2011):** Case Management und andere Steuerungsaufgaben der Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Neuausgabe. Weinheim: Juventa, 643–660
- Freidson, E. (1986):** Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge. Chicago: Chicago University Press
- Grauhan, A. (1990):** Development in nursing research and academic education in the FR Germany. Paper presented at the Nursing Research for professional practice
- Hackmann, T. (2010):** Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. *Sozialer Fortschritt* 59, Nr. 9, 235–244
- Hartmann, T. (1972):** Arbeit, Beruf, Profession. In: Luckmann, T./Sprondel, W.M. (Hg.): *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 36–52
- Haug, K. (1995):** Professionalisierungsstrategien, Durchsetzungspotentiale und Arbeitsteilung – eine Untersuchung bei deutschen und englischen Pflegekräften. Berlin: WZB
- Käible, K. (2001):** Im Labyrinth gesundheitsbezogener Studiengänge. *Pflege Aktuell* 55, Nr. 7/8, 394–398
- Käible, K. (2005):** Modernisierung durch wissenschaftsorientierte Ausbildung an Hochschulen. In: Bollinger, H./Gerlach, A./Pfadenhauer, M. (Hg.): *Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen*. Frankfurt am Main: Mabuse, 31–53
- Keane, A./Becker, D. (2009):** Emerging Roles of the Advanced Practice Nurse. In: Joel, L.A. (Hg.): *Advanced Practice Nursing. Essentials for Role Development*. 2nd edition. Philadelphia: S. A. Davis Company, 23–45
- Kuhlmei, A./Höppner, K./Schaeffer, D. (2011):** Neue Aufgabenzuschnitte, Arbeitsteilungen und Kooperationsformen. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Neuausgabe. Weinheim: Juventa, 661–679
- Müller-Mundt, G. (2011):** Patientenedukation als Aufgabe der Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Neuausgabe. Weinheim: Juventa, 705–726
- Oelke, U./Menke, M. (2005):** Gemeinsame Pflegeausbildung. Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. 2. korrigierte und erweiterte Auflage. Bern: Huber
- Parsons, T. (1963):** Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychiatrie* 3, Nr. 3 (Sonderheft: Probleme der Medizinsoziologie), 10–57
- Pfadenhauer, M. (2003):** Professionalität. Eine wissenssoziologische Rekonstruktion institutionalisierter Kompetenzdarstellungskompetenz. Opladen: VS Verlag
- Robert-Bosch-Stiftung (2000):** *Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung*. Stuttgart: Schattauer
- Rosenbrock, R./Noack, H./Moers, M. (1993):** Öffentliche Gesundheit und Pflege in NRW. Qualitative Abschätzung des Bedarfs an akademischen Fachkräften. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- Sahle, R. (Hg.) (1987):** Gabe, Almosen, Hilfe – Fallstudien zu Struktur und Deutung der Sozialarbeiter-Klient-Beziehung. 8. Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Schaeffer, D. (1990):** Psychotherapie zwischen Mythologisierung und Entzauberung. Therapeutisches Handeln im Anfangsstadium der Professionalisierung. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Schaeffer, D. (2002):** Pflegeforschung: aktuelle Entwicklungstendenzen und -herausforderungen. *Pflege & Gesellschaft* 7, Nr. 3, 73–79
- Schaeffer, D. (2004):** Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.): *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. 2. Auflage. Berlin: edition sigma, 103–126
- Schaeffer, D./Kuhlmei, A. (2011):** Neue Modelle für die pflegerische Versorgung alter Menschen – Herausforderungen und Perspektiven in der ambulanten Pflege. In: Günster, C./Klose, J./Schmacke, N. (Hg.): *Versorgungsreport 2012, Schwerpunktthema »Gesundheit im Alter«*. Stuttgart: Schattauer, 177–192
- Schaeffer, D./Moers, M. (2011):** Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Neuausgabe (1. Auflage 2000). Weinheim: Juventa, 329–363
- Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.) (2004):** *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. 2. Auflage (1. Auflage 1994). Aufl. Berlin: edition sigma
- Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S. (Hg.) (2008):** Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. München: Juventa
- Schaeffer, D./Moers, M./Hurrelmann, K. (2010):** *Public Health und Pflege – zwei neue gesundheitswissenschaftliche Perspektiven. Eine Zwischenbilanz nach 15 Jahren*. In: Gerlinger, T./Kümpers, S./Lenhardt, U./Wright, M.T. (Hg.): *Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock*. Bern: Huber, 75–92
- Siegrist, J. (1996):** *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe
- Steppe, H. (1988):** Dienen ohne Ende. Die historische Entwicklung der Arbeitszeit in der Krankenpflege Deutschland. *Pflege* 1, Nr. 1, 4–17
- SVR – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2007):** *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Gutachten. Berlin
- SVR (2009):** *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009*. Bonn
- Weidner, F. (1995):** Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt: Mabuse
- Wingenfeld, K./Schaeffer, D. (2011):** Die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens in der Pflegeversicherung. *G + G Wissenschaft* 11, Nr. 3, 7–13