

Zu hinterfragen ist auch die Zuordnung kirchlicher Einrichtungen zu den staatlichen Pflege- und Versorgungseinrichtungen. Die Entwicklung einer umfassenden Kultur der Selbstsorge und der Fürsorge/Pflege für alle betrifft beide Geschlechter und die Kirche. Kirchliche Einrichtungen wie Schulen, die Katholische Jungschar und Jugend, der Familienverband, aber auch Predigt und Lehre haben Schritte hin zum „gerechten Sorgen“ zu entwickeln.

Fazit

Der Beratungsprozess der Frauenkommission der Diözese Innsbruck zeigte, dass die Pflegeproblematik, die häufig allein unter Gesichtspunkten der gesellschaftlich notwendigen Versorgungsleistung und deren finanziellen Bedeckbarkeit behandelt wird, aus Geschlechterperspektive sehr zu Lasten von Frauen geht. Die vorgeschlagenen Strategien setzen deswegen auch an verschiedensten gesellschaftlichen und kirchlichen Gestaltungsfeldern an, die die Geschlechterfrage mitbearbeiten. Ein Bewusstwerdungs- und Umdenkprozess ist notwendig, der vor allem die häusliche Pflege nicht als private und aus Liebe geleistete Fürsorge selbstverständlich von Frauen erwartet, sondern diese gesellschaftlich notwendige Fürsorge gesamtgesellschaftlich und kirchlich aufwertet, einübt und honoriert.

Literatur

- Beck-Gernsheim, Elisabeth (1993). Generationenvertrag und Geschlechterverhältnis, in: dies.: Was kommt nach der Familie? Einblicke in neue Lebensformen, München, 84–109.
- Bock, Gisela/Barbara Duden (1976). Arbeit aus Liebe – Liebe als Arbeit, in: Frauen und Wissenschaft. Beiträge zur Berliner Sommeruniversität für Frauen, Juli 1976, Berlin, 118–199.
- Fraser Nancy (2001). Nach dem Familienlohn, in: dies.: Die halbierte Gerechtigkeit. Schlüsselbegriffe des postindustriellen Sozialstaats, Frankfurt am Main, 67–103.
- Palaver, Wolfgang (2009). Zwischen nach-konstantinischer Antipolitik und einer Zivilisation der Liebe. Die katholische Soziallehre zur Zivilgesellschaft, in: Arnd Bauerkämper/Jürgen Nautz (Hg.): Zwischen Fürsorge und Seelsorge. Christliche Kirchen in den europäischen Zivilgesellschaften seit dem 18. Jahrhundert, Frankfurt am Main/New York, 63–77.
- Ratzinger, Joseph/Angelo Amato (2004). Schreiben an die Bischöfe der katholischen Kirche über die Zusammenarbeit von Mann und Frau in der Kirche und in der Welt, Rom 31. Mai 2004.
- Schnabl, Christa (2003). Fürsorgearbeit in modernen Gesellschaften – Eine sozial-ethische Reflexion, in: Bernhard Emunds/Heiner Ludwig/Heribert Zingel (Hg.): Die Zwei-Verdiener-Familie. Von der Familienförderung zur Kinderförderung?, Münster, 52–86.

Hanna Mayer

„Verwissenschaftlichung“ der Pflege – Chance zur Emanzipation?

Ein Diskurs aktueller Entwicklungen
unter professionsspezifischem und feministischem
Blickwinkel

Die Geschichte der Pflege als Wissenschaft ist an sich noch relativ kurz – auch wenn sie – betrachtet aus der österreichischen Perspektive – schon vor langer Zeit begonnen hat. Als eigentlicher Ausgangspunkt für die Entwicklung der Pflege als eigene wissenschaftliche Richtung können die wissenschaftlichen Ansätze von Florence Nightingale gesehen werden. Ihre Mitte des 19. Jahrhunderts verfassten Schriften legten nicht nur den Grundstein für die Pflege als eigene Profession, sondern könnten auch als Anstoß für die Entwicklung der Pflege als Wissenschaft gesehen werden. Sie suchte als Erste nach wissenschaftlichen Beweisen für Phänomene, die sie bei der Pflege britischer Soldaten im Krimkrieg beobachtete, und erkannte, dass die genaue Aufzeichnung und Messung der Ergebnisse pflegerischer und medizinischer Betreuung von ungeheurer Wichtigkeit für die Entwicklung effizienter Betreuung und Behandlung kranker Menschen waren. Sie verfügte über Fachkenntnisse in der Statistik und der Epidemiologie (Wissenschaft von der Entstehung, Verbreitung und Bekämpfung von Krankheiten) und war in ihrem Denken dem heutigen Anliegen der Pflegewissenschaft sehr nahe. Denn Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention waren z.B. schon zentrale Anliegen ihrer Arbeit (vgl. Evers 2004).

Die Entwicklung der Pflegewissenschaft und -forschung ist eng mit der Etablierung der Pflege an den Universitäten (Akademisierung) verknüpft. Diese begann Anfang des 20. Jahrhunderts in den USA. Den ersten Lehrstuhl für Krankenpflege hatte die Krankenschwester Adelaide Nutting inne. 1907 wurde sie als Professorin für Krankenhauswirtschaft an das Teachers College der Columbia University in New York berufen, 1910 wurde dort eine eigene Abteilung „Krankenpflege und Gesundheitsfürsorge“ eingerichtet und der Lehrstuhl hieß dann „Kranken- und Gesundheitspflege“ (Steppe 1993, 19). Die ersten Arbeiten, die in den 1920er- und 1930er-Jahren in den USA publiziert wurden, betrafen meist bestimmte Pflegeverfahren wie z.B. Handreinigung oder Brustpflege stillender Mütter oder die spezielle Pflege Tuberkulosekranker. 1952 wurde erstmals die nationale wissenschaftliche Zeitschrift „Nursing Research“ publiziert, um Forschungsdaten zu verbreiten und zugänglich zu machen (vgl. van Maanen 1996; Majoros et al. 1995; Matherny 1994; Notter/Hott 1994). In Europa erfolgte diese Entwicklung erst einige Jahrzehnte später. Hier war Großbritannien das erste Land, in dem die Pflege wissenschaftlichen Status erhielt. 1956 wurde an der Universität von

Edinburgh der erste Studienlehrgang zur Grundausbildung in der Krankenpflege an der Universität eingerichtet. Die gebürtige Österreicherin Lisbeth Hockey, die dort das erste universitäre Institut für Pflegeforschung begründete, war Großbritanniens (und somit Europas) Pionierin auf dem Gebiet der Pflegeforschung.

Im europäischen Raum gab es allerdings große zeitliche Unterschiede, was die Entwicklung von Pflegewissenschaft und -forschung betraf. Waren die Staaten des nördlichen Europa in diesem Bereich führend, so konnte sich die Krankenpflege an den Universitäten der süd- und mitteleuropäischen Länder nur schleppend etablieren. Betrachtet man heute auch nur den europäischen Raum, so hat sich Pflegewissenschaft mittlerweile in allen Ländern etabliert. Österreich ist eines der Länder, die in dieser Entwicklung das Schlusslicht bilden. Erste Annäherungen an internationale Entwicklungen gab es in Österreich auch schon in den 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts, jedoch in erster Linie auf der persönlichen Ebene von Einzelinitiativen. Erst mit der Etablierung erster pflegewissenschaftlicher Studiengänge an den Universitäten (1999/2000 mit dem Individuellen Diplomstudium an der Universität Wien, 2004 mit dem Pflegewissenschaftsstudium an der Medizinischen Universität Graz und an der privaten Universität UMIT in Hall in Tirol und 2007 an der privaten Universität PMU in Salzburg) hat sich auch Österreich endgültig auf den Weg der Akademisierung der Pflege gemacht. Der Begriff „Akademisierung“ wird in diesem Zusammenhang oft verwendet, er ist jedoch nicht sehr präzise, denn es verbirgt sich dahinter zweierlei: zum einen die Etablierung der Ausbildung auf tertiärem Niveau und zum anderen die Tatsache, dass das berufliche Wissen ein akademisches, wissenschaftliches wird, dass Pflege erforschbar und wissenschaftlich erfassbar wird.

Akademisierung bedeutete in Österreich in den Anfängen in erster Linie ein Angebot an Qualifizierungsmaßnahmen im tertiären Sektor, auf Hochschulniveau. Dieser Schritt ist durchaus kein außergewöhnlicher und ein Bestandteil der „Phase der Annäherung“ in dem Prozess der Entwicklung der Pflegewissenschaft (vgl. Rappold 2009). Diese akademische Qualifizierung betraf vor allem Pflegelehrerinnen und Managerinnen. Die typische „Pflegepraktikerin“ blieb davon weitgehend unberührt und in Folge blieb auch der erwartete „Professionalisierungsschub“ des Pflegeberufs aus. Erst in einem nächsten Schritt ging es um die Entwicklung des Gegenstands der Pflege als Wissenschaft, weniger nur um reine Qualifizierungsmaßnahmen. Dies kann auch als „Phase der Normalisierung“ bezeichnet werden (ebd.). Normalisierung entsteht zum einen, wenn sich eine Wissenschaft formal im universitären Sektor etabliert (z.B. durch fixe Professuren in diesem Fachbereich, reguläre Studiengänge, Promotions- und Habilitationsmöglichkeiten, Einrichtung universitärer und außeruniversitärer Forschungsinstitute, eigene wissenschaftliche Publikationsorgane etc.). Zum anderen, wenn eine neue Art der Wissensproduktion entsteht und sichtbar wird und im Fall der Pflegewissenschaft auch im Kontext der Pflegepraxis rezipiert wird. Dieser Schritt kann durchaus zu Recht als Chance zur Emanzipation der Pflege, die bislang noch immer weitgehend den Status eines medizinischen Hilfsberufs innehat, gesehen werden.

Ich möchte in diesem Beitrag nun weniger den Blick auf die wissenschaftliche Ausbildung in der Pflege oder den Prozess der Etablierung der Pflegewissenschaft an der Universität werfen, sondern auf den Prozess der „wissenschaftlich-Werdung“ von Pflegewissen und den damit einhergehenden Auswirkungen.

Mit der Entwicklung der Pflegewissenschaft hat sich für die Pflege eine neue Türe der Akzeptanz und der Untermauerung ihres Tuns aufgetan: eine Pflegepraxis, die auf Forschungserkenntnissen basiert. Mit der Adaption des Konzeptes der Evidence based Practice (EBP) scheint sich zum einen eine Möglichkeit eröffnet zu haben, das pflegerische Tun nun endlich auf eine nachweisbare, beweisbare und überprüfbare Basis zu stellen, zum anderen auch die Möglichkeit der Aufwertung bislang „unwissenschaftlicher“ pflegerischer zu einer wissenschaftlichen Tätigkeit, um so mit der Medizin vermeintlich gleich zu ziehen.

Die Frage danach, ob dies und wenn unter welchen Bedingungen eine Chance zur Emanzipation oder eine Erneuerung alter Machtverhältnisse in neuen Kleider ist, drängt sich hier förmlich auf.

Folgende Fragen legen die Grundlage für diesen Beitrag:

- Besteht die Gefahr, dass durch die „Verwissenschaftlichung“ der Pflege „weibliche“ Kompetenzen einem objektivierbaren, wissenschaftlichen Wissen untergeordnet werden?
- Entsteht dadurch ein neues Herrschaftswissen und hierarchisches Machtverhältnis, das sich an einem geschlechtlich determinierten Wissenschaftsverständnis orientiert?
- Bringen Konzepte wie EBN (Evidence based Nursing) eine neuerliche Bindung an die Paradigmen und Strukturen der Medizin und damit eine Wiederholung von alten Macht- und Herrschaftsverhältnissen in neuen Kleidern?

Mit dieser Auseinandersetzung möchte ich mich schlussendlich einer Antwort auf die Frage annähern:

- Wann und unter welchen Bedingungen stellt die Akademisierung oder „Verwissenschaftlichung“ der Pflege eine Chance zur beruflichen Emanzipation dar?

Da die Entwicklung der Pflege als Wissenschaft nicht vor oder gleichzeitig mit der Berufsentwicklung, sondern viel später, also aus dem Beruf heraus entstanden ist, muss man einen kurzen Blick auf die typischen Merkmale dieses Berufs werfen. Pflegerische Tätigkeit ist typischerweise Frauenarbeit, sowohl hinsichtlich der historischen Entwicklung des Berufs als auch der zentralen Eigenschaften, die dieser Tätigkeit zugeordnet werden. Dies wäre an sich noch nichts Wertendes, wenn nicht die zentralen Elemente pflegerischer Tätigkeit in ein stark hierarchisches und machtdominiertes System eingebettet wären. Pflegerische Tätigkeit ist eine andere als die medizinische. Zwar sind beide auf den Menschen ausgerichtet, während jedoch die Medizin auf Heilung (cure) in einem eher funktionalistischen Sinn abzielt, fokussiert Pflege die Bewältigung von Krankheitssituationen, Begleitung und Hilfestellung im Sinne von Care. Grundsätzlich spiegelt diese Tatsache in ers-

ter Linie das Bild eines nach Kompetenzen und Aufgaben geteilten Bereichs im Gesundheitswesen.

Jedoch ist das ein Trugbild, denn diese Tätigkeiten sind in einen gesellschaftlichen Kontext und in den Kontext des Gesundheitssystems gestellt. Hier kommt es zu Zuschreibungen von Wichtigkeit und Bedeutung und damit zu einer Hierarchisierung und schlussendlich zu festgeschriebenen Machtverhältnissen, die auch mit Dominanz- und Definitionsansprüchen über die anderen, in diesem System niedriger Gestellten verbunden sind. Stemmer (2003) verweist in diesem Zusammenhang auf den sprachlichen Ursprung der Begriffe „care“ und „cure“. In ihrer ursprünglichen Bedeutung bezeichneten beide dasselbe, nämlich Sorge oder Fürsorge. Im Englischen Raum haben sie unterschiedliche sprachliche Wurzeln, die nicht unbeachtend sind. Während „care“ seinen Ursprung im Altenglischen hat, kam „cure“ über das Französische aus dem Lateinischen in den englischen Sprachgebrauch. Als die Normannen 1066 England eroberten, wurde die englische Sprache zu derjenigen der Eroberten und das Französische zur Sprache der Eroberer, der Mächtigen. Unter diesem Gesichtspunkt stand der Begriff „cure“ für die Sorge der Mächtigen und er wurde später auch gleichgesetzt mit Heilen, während „care“ für den Sorgebegriff der Machtlosen stand und er wurde auch auf die sorgende Grundhaltung reduziert (ebd., 2). Eine interessante Wurzel, bedenkt man die heutigen Machtverhältnisse zwischen den Berufsgruppen und die Hierarchisierung der Tätigkeiten.

Was hat das mit der Verwissenschaftlichung der Pflege und der Frage danach, ob diese eine Chance zur Emanzipation ist, zu tun? Meiner Meinung nach einiges, denn die Entwicklung der Pflegewissenschaft steht nicht alleine für sich, passiert nicht isoliert, sondern ist kontextgebunden. Was wissenschaftlich ist und was nicht, was das wahre Wissen ist, welche Systeme, Methoden etc. die richtigen sind, welche Wege des Erkenntnisgewinns einzuschlagen sind, kommt nicht aus der Pflege per se, sondern wird zu einem großen Teil von dem System, in dem die Entwicklung stattfindet, „vorgegeben“.

Pflegewissenschaft wird oft auch als „Praxiswissenschaft“ bezeichnet (vgl. Kirkevolt 2002; Moers 2000; van Maanen 1996), und zwar nicht so sehr, weil sie sich auf ihren „praktischen“ Aspekt beschränken lässt, sondern weil die Pflegepraxis der Gegenstand ihrer theoretischen Reflexion und Bezugspunkt der wissenschaftlichen Auseinandersetzung ist (vgl. Schrems 2002). Sie ist in ihrer Entwicklung und inhaltlichen Ausrichtung zum einen von dem wissenschaftlichen System abhängig, zum anderen aber von dem Gesundheitssystem und den dort vorherrschenden Machtverhältnissen. Damit ist die Debatte um die Pflegewissenschaft, ihre Entwicklung, ihre Auswirkung nicht nur unter wissenschaftstheoretischen, sondern immer auch unter professionsbezogenen, machttheoretischen und auch – da es sich beim Pflegeberuf um einen Frauenberuf handelt – feministischen Gesichtspunkten zu betrachten.

In der Auseinandersetzung mit den drei Fragen, die ich diesem Vortrag zugrunde gelegt habe, zeigte sich, dass ich diese drei nicht einfach nacheinander abhandeln kann, sondern dass sie fließend ineinander übergehen. Ich möchte diese Fragen

daher hier auch nicht getrennt darstellen, sondern sie eher als einen roten Faden betrachten, der mich schlussendlich zu der vierten Frage, die als Resümee dient, führt. Ausgehen möchte ich nun dieser Logik folgend von dem Verhältnis weiblicher Kompetenzen und wissenschaftlichem Wissen. In der Pflege als Praxisdisziplin gibt es verschiedene wichtige Erkenntnisquellen. Chinn und Kramer (1997) beschreiben vier Aspekte, die in ihrem Zusammenspiel das Handeln von Pflegenden leiten: Intuition (die „Kunst der Pflege“), persönliches Wissen (Erfahrung), Empirie (der wissenschaftliche, „abgesicherte“ Bereich) und Ethik (die moralische Komponente der Pflege). Jede einzelne Komponente steht zwar hinsichtlich der Art des Wissens und des Wissenserwerbs für sich, aber als Grundlage pflegerischen Handelns treten sie nicht in isolierter Form auf. Zum Beispiel kann empirisches, aus Forschung gewonnenes Wissen zwar die abgesicherte Grundlage für pflegerisches Handeln bilden, wird aber meistens mit der eigenen Erfahrung, aber auch mit der des Patienten/der Patientin abgeglichen, um daraus die individuell „richtige“ Handlung abzuleiten. Gerade intuitives Wissen (also eine Erkenntnisquelle, die nicht primär einem Lehrsatz entspricht) und Erfahrungswissen sind zunächst persönlich geprägt und entstehen aus der konkreten praktischen Tätigkeit. PraktikerInnen wissen häufig, was zu tun ist, ohne dass zunächst deutlich ist bzw. deutlich gemacht wird warum. Die reibungslose Pflegepraxis und die angemessene Beziehung zwischen Pflegenden und KlientInnen besteht zum großen Teil aus dieser Art nicht gesicherter Erkenntnis.

Nicht nur die Art des Wissens, das in der professionellen Pflege oft handlungsleitend ist, sondern auch der Kern pflegerischer Arbeit steht auf den ersten Blick im Widerspruch zur „Verwissenschaftlichung“. Pflegeetheoretikerinnen wie Benner/Wrubel (1997), Leininger (1991) oder Watson (1996) beschreiben den Kern der Pflegearbeit als „Fürsorge“, „Sorge“ oder „Caring“. Die zugrunde liegenden Konzepte von Caring, die eher etwas über eine bestimmte Haltung aussagen, als dass sie Handlungskonzeptionen wären und die eng mit Empathie und der Fähigkeit, auf jemand anderen eingehen und zwischenmenschliche Beziehungen knüpfen zu können, verbunden sind, beruhen auf bestimmten Eigenschaften, die vor allem den Frauen zugesprochen werden. Eigenschaften, die zwar einen hohen moralischen, aber geringen gesellschaftlichen Wert und geringen Status haben. Diese zu besitzen wird als wichtig und als eine Grundlage für wirkungsvolle pflegerische Handlungen angesehen, steht aber in der gesellschaftlichen Hierarchie wie auch in derjenigen des Gesundheitswesens an keiner hohen Stelle.

Wissenschaftliches Wissen hingegen hat in unserer Gesellschaft hohen Wert und Autorität. Dem gegenüber steht nun das Erfahrungswissen, das sich im Pflegeberuf als klassisches Frauenwissen konstituiert hat (vgl. Arnold 2001). Zwar ist das Erfahrungswissen der Pflegenden und deren Fürsorgekompetenz für PatientInnen von hohem Wert. Das wesentliche Problem ist aber, dass dieses Wissen nicht in die allgemeine, männlich strukturierte, positivistische Norm von wertvollem theoretischen wissenschaftlichen Wissen passt und als Abweichung davon gewertet wird.

Eine mögliche Reaktion darauf wäre, pflegerisches Wissen zu etwas grundsätzlich anderem machen zu wollen, nämlich zu „wissenschaftlichem“ Wissen. Mit der Akademisierung ist seitens der Pflege natürlich die Erwartung verbunden, endlich

weg von dem Erfahrungswissen hin zu objektiven wissenschaftlichen Wissensquellen zu kommen und damit auf diesem Weg die notwendige Anerkennung im Gesundheitssystem zu erhalten. Eine solche Motivation für die „Verwissenschaftlichung“ der Pflege wäre meiner Meinung nach aus zwei Gründen fatal: Erstens würde man damit eine neue Hierarchie- und Dominanzproblematik schaffen, und zwar innerhalb der Berufsgruppe, und zweitens begibt man sich im System selbst wieder in ein neues Machtverhältnis, in dem man sich an den Wertmaßstäben naturwissenschaftlicher Modelle im Allgemeinen und denen der Medizin im Speziellen orientiert.

Zunächst zu den Macht- und Hierarchisierungsverhältnissen, die durch die Verwissenschaftlichung innerhalb des Pflegeberufs entstehen können: Folgt man der Forderung nach einer auf Forschung basierenden Praxis, so gibt es auf der einen Seite jemanden, der diese Wissen produziert – nämlich die WissenschaftlerInnen, und auf der anderen Seiten jemanden, der diese Wissen dann anzuwenden hat – die PraktikerInnen (vgl. Arnold 2001, 19). Es wäre natürlich eine drastische Verkürzung des Theorie-Praxisverhältnisses im Sinne eines Theorie-Praxisgefälles, von einer wissenden Wissenschaft und einer unwissenden, auf bloßes Handeln beschränkten Praxis zu sprechen (vgl. Moers 2000). Und doch: die Rolle der PraktikerInnen als ForschungsanwenderInnen enthält, obwohl es ein logisches und nachvollziehbares und internationales Modell ist, hier bereits eine Art der Diskriminierung, die sich auf das Verhältnis zwischen Theorie und Praxis auswirkt:

Wissenschaftlich arbeitende Pflegende entwickeln ein Wissen, das eben die Eigenschaft hat, wissenschaftlich begründet zu sein. Diese Eigenschaft bietet nun die Rechtfertigung, dass praktisch arbeitende Pflegende dieses Wissen anwenden müssen, wenn sie „gute Pflege“ ausüben wollen. Dadurch werden sie in ihrer Tätigkeit normiert und kontrolliert. (Arnold 2001, 19)

Dies bringt, auch wenn es unter dem Gesichtspunkt der evidenzbasierten Praxis richtig ist, die PraktikerInnen in eine unterlegene Position. Die durch die Entwicklung von der Pflegewissenschaft entstandene neue Hierarchisierung betrifft also zum einen die Rollenverteilung (AkademikerInnen als WissensproduzentInnen versus NichtakademikerInnen als WissensanwenderInnen), zum anderen kommt es zu einer Hierarchisierung des Wissens in der Pflege – also wissenschaftliches Wissen versus praktisches Wissen (ebd.).

Aber nicht nur die neue Macht- und Dominanzproblematik, die innerhalb des Pflegeberufs durch Verwissenschaftlichung entsteht, muss Gegenstand der kritischen Auseinandersetzung sein. Auch die Machtverhältnisse, die wissenschaftsinhärent sind und sich durch den Akademisierungsprozess auf die Pflege übertragen, sollten beachtet werden.

Es ist ein vielleicht weit verbreiteter Irrglaube zu meinen, dass Wissenschaft grundsätzlich etwas Wertfreies ist. „Wissenschaft“ bezieht sich sowohl auf den akademischen Betrieb als auch auf die dort stattfindende Wissensproduktion und findet daher immer in einem Kontext statt, in dem es genauso Machtverhältnisse und

Wertigkeiten gibt. Diese betreffen nicht nur den zugesprochenen gesellschaftlichen Nutzen von Wissenschaftsrichtungen (man erinnere sich nur an die Bezeichnung „Orchideenfächer“), sondern auch die dort angewandten Methoden zur Erlangung von Wissen. Gerade die Naturwissenschaften haben nicht nur in unserer Gesellschaft, sondern auch im Kanon der Wissenschaftsdisziplinen einen hohen Stellenwert. Sie verfügen dadurch über eine nicht zu unterschätzende Definitionsmacht. Dies lässt sich u.a. sehr gut an Qualitätsstandards zu wissenschaftlichen Publikationen und den viel diskutierten (vgl. Müller 2009), aber immer noch als Qualitätsstandard einzementierten Impact-Faktor zur Bewertung der „Wertigkeit“ wissenschaftlicher Journals und damit der Güte der Publikation feststellen, sind es doch in erster Linie die Naturwissenschaften (und in deren Fahrwasser auch die Medizin), die an diesem Standard maßgeblich festhalten. Die Pflegewissenschaft kann zwar als eine querschnitt- und problemlösungsorientierte Wissenschaft bezeichnet werden (vgl. Schrems 2002) und sie lässt sich daher in den bestehenden Wissenschaftskanon nicht eindeutig einordnen, trotz allem ist sie, schon alleine durch den gemeinsamen Forschungsgegenstand und die praktische Anbindung zwangsläufig an den wissenschaftlichen Wertmaßstäben der Medizin orientiert. Und diese sind stark naturwissenschaftlich geprägt. Die Orientierung der Pflegewissenschaft an naturwissenschaftlichen Wissens- und Wissenschaftsmodellen führt nicht nur zu einer pauschalen Abqualifizierung von Erfahrungswissen und Intuition, sondern man blendet damit auch einen wesentlichen Teil pflegerischer Tätigkeit und damit einen Kern der Pflegewissenschaft aus. Naturwissenschaftliche Denkweisen bringen andere Forschungsmethoden hervor als beispielsweise philosophisch-phänomenologische. Ein Beispiel dafür ist das RCT (Randomized Controlled Trial), das „klassische“ Experiment als „Königsweg“, um wissenschaftlich gesichertes Wissen zu generieren. Dem gegenüber stehen qualitative Methoden, z.B. phänomenologische Forschung, die „nur“ zu Erkenntnis, Einsicht und Verstehen führen.

Auch wenn es eine breite sowohl inter- als auch transdisziplinäre methodologische Debatte gibt, so ist unbestritten, dass die Naturwissenschaften eine Wissenschaftsdisziplin mit großer Autorität sind und hohen Wert haben. Nicht nur gesellschaftlich, sondern auch durchaus pekuniär – man muss nur an die sehr unterschiedliche Ausstattung von Instituten, die ungleiche Verteilung der Forschungsförderung oder anderer finanzieller Zuwendungen denken. Die Medizin hat sich diesen (eher funktionalistischen) Denkmustern von Wissenschaft verschrieben und damit auch deren Erkenntniswegen und Forschungsmethoden. Folgt die Pflege nun diesem Weg in der Übernahme der Wissenschaftsausrichtung der Medizin und des EBP-Modells, so hat dies zweierlei zur Folge:

Erstens: Man versucht sich zu emanzipieren, indem man danach trachtet, genau so zu sein wie der, von dem man sich emanzipieren will, und gerät dadurch neuerlich in dessen Abhängigkeit, indem man sich diktieren lässt, was gut, richtig und wertvoll ist. Das heißt, man überlässt die Definitionsmacht über den Gegenstandsbereich und dessen wissenschaftliche Betrachtungsweise den anderen, in unserem Fall z.B. der Medizin.

Zweitens: Wenn man versucht, Pflege auf ein naturwissenschaftlich messbares Ursache-Wirkungsprinzip mit gesetzmäßigem Vorhersagecharakter zu reduzie-

ren, so wird man scheitern. Die Phänomene, die zentral für wirksame pflegerische Handlungen sind, sind hoch komplex und basieren meist auf subjektiven Krankheitstheorien oder Krankheitserleben und Krankheitserfahrung. Pflegerische Interventionen sind daher ihrerseits ebenfalls komplex, kontextspezifisch, sozial konstruiert und ebenso komplex muss Interventionsforschung sein (vgl. Schnepf 2009). Das enge Korsett von Randomized controlled Trial (RCT) trägt dieser Komplexität nicht Rechnung:

RCTs mögen in der Medikamententestung funktionieren, wenn es sich jedoch um eine komplexe soziale Intervention in einem komplexen Kontext handelt, wie es in Pflegeforschung häufig anzutreffen ist, dann besteht durch RCTs nur schwerlich die Möglichkeit zu sagen, was den gewünschten Effekt hergestellt hat. Komplexe soziale Situationen können niemals so unter kontrollierten Bedingungen gehalten werden, wie es für ein RCT erforderlich wäre.“ (Schnepf 2009, 77–78)

Reduziert man Pflege auf die naturwissenschaftliche Betrachtung, so reduziert man nicht nur die möglichen wissenschaftlichen Fragestellungen auf funktionalistische, sondern man nimmt sich auch die Chance, den Kern von Pflege wissenschaftlich zu beleuchten. Theorien oder Modelle, die wie z.B. das Modell zur Pflege chronisch kranker Menschen von Grypdonk (2005) auf Basis gut elaborierter qualitativer Arbeiten entstanden sind, bringen mehr Erkenntnisgewinn und lassen sich sowohl als Erklärung als auch als Handlungshintergrund für die Pflege besser verwenden als ein reduziertes Bild der Wirksamkeit von X auf Y, das zwar auf den speziellen Patienten zutreffen mag, aber nicht muss.

Die Frage, die sich letztendlich stellt: „Wann und unter welchen Bedingungen stellt die Akademisierung oder ‚Verwissenschaftlichung‘ der Pflege eine Chance zur beruflichen Emanzipation dar?“ nimmt durch ihre Weite und Komplexität weitaus mehr Platz in Anspruch, als dieser Beitrag vermag. Ausgehend von den Gedanken, die ich hier kurz dargelegt habe, möchte ich diese Frage nun resümierend folgendermaßen beantworten:

Zunächst muss klar zwischen Akademisierung als Qualifizierungsprozess und „Verwissenschaftlichung“ der Pflege unterschieden werden, da Akademisierung zwar als eine Voraussetzung von Verwissenschaftlichung zu betrachten ist, aber nicht zwangsläufig zu einer solchen führt (vgl. Schaeffer 1994). „Verwissenschaftlichung“ ist immer nur ein Teil beruflicher Emanzipation, genauso wie sie immer nur ein Teil von Professionalisierung ist. Trotzdem trägt sie dazu wesentlich bei, aber nicht per se, sondern nur unter Beachtung bestimmter Bedingungen: Emanzipation kann nicht durch Anpassung erfolgen, sondern nur durch den Prozess des Bewusstmachens, was der eigentliche Kern pflegerischer Arbeit ist. Eine Pflegewissenschaft, die sich dem beruflichen Emanzipationsprozess verschreibt, muss dies in den Mittelpunkt des Interesses rücken. Das heißt den Fokus nicht in erster Linie auf Funktionalitäten und technisches, im naturwissenschaftlichen Sinn beweisbares Wissen zu legen, sondern die Erfahrungs- und Erlebenswelt der kranken

Menschen als Ausgangspunkt empirisch begründeter Praxistheorien zu nehmen. Für Schnepf (1996) liegt ein Grund für die Pflegewissenschaft, sich vermehrt mit dem Phänomen des Sorgens zu beschäftigen, darin, dass sich Pflegewissenschaft zu sehr mit Konzepten anderer Disziplinen beschäftigt habe, die vorgeben, besser als sie selbst zu wissen, was Pflege ist: „Pflegekunde beruht auf menschlicher Sorge, die ihre spezifische Gestalt durch die berufliche Aufgabe erhält. Pflegekunde und -wissenschaft wären gut beraten, nicht auf jeden Zug zu springen, der gerade vorbei fährt, sondern sich auf das zu konzentrieren, was ihre ureigenste Aufgabe ist: nursing care, pflegekundige Sorge.“ (Schnepf 1996, 15). Von entscheidender Bedeutung wird es hier allerdings auch sein, „die bisher als weiblich konnotierten Empathieanteile fürsorglicher Praxis zu verallgemeinern, also aus ihrer geschlechtsspezifischen Zuordnung heraus und allgemeiner (...) Wertschätzung zuzuführen.“ (Senghaas-Knobloch 2008, 40)

Anzuerkennen ist auch, dass wissenschaftliches Wissen eine wichtige, aber eben nur eine Wissensquelle ist. Sie trägt zur beruflichen Emanzipation bei, da sie PraktikerInnen ermöglicht, ihr Erfahrungswissen zu reflektieren, und sie einen breiten Rahmen für pflegerische, individuumsbezogene Entscheidungen bietet. Keinesfalls ist eine Pflegewissenschaft hilfreich, die zu einer pauschalen Abwertung und Disqualifizierung von Intuition und Erfahrungswissen führt.

Der Hierarchie- und Dominanzproblematik innerhalb der Pflege muss sich die Pflegewissenschaft – will sie helfen und nicht unterdrücken – aktiv stellen, u.a. durch Studiendesigns, die das Erfahrungswissen stärker in den Mittelpunkt stellen (z.B. Fallstudien) oder in denen die PraktikerInnen eine gleichwertigere Rolle im Forschungsprozess einnehmen können (z.B. Aktionsforschung). Um den Forschungsprozess insgesamt demokratischer zu gestalten, geben feministische „post-moderne“ oder dem „qualitativen“ Paradigma zugeordnete Forschungsansätze gute Beispiele (vgl. Arnold 2001).

Und schlussendlich muss sich die Pflegewissenschaft auch im Kontext anderer Wissenschaften behaupten. Eine unkritische Übernahme des traditionellen Wissenschaftsverständnisses der Medizin und deren Hierarchisierung von Methoden und Wissen würde nur zu neuen Abhängigkeiten führen.

Pflegewissenschaft als junge Praxiswissenschaft, die sich mit sehr vielfältigen Phänomenen rund um den Menschen beschäftigt und sich einem breiten Spektrum an Wegen des Erkenntnisgewinns und wissenschaftlicher Methoden bedienen muss und auch immer auf ein direktes Handlungsfeld bezogen ist, in dem sehr viel auf „weiblichem“ Wissen aufgebaut ist, könnte jedoch ihrerseits viel dazu beitragen, althergebrachte Traditionen im Wissenschaftsbetrieb unter einem feministischen Blickwinkel kritisch zu hinterfragen.

Eine Chance zur Emanzipation ist vor allem in der Arbeit an Differenz und Gleichheit im Sinne von Arnold zu sehen, und zwar durch das Sichtbarmachen und die Wertschätzung von Frauenwissen und Frauenarbeit in der Pflege einerseits und die Herausarbeitung dessen, was Care ausmacht – also die Betonung der Differenz zu anderen Wissenschaften (auch zur Medizin) – und andererseits durch das Streben nach Gleichheit im Status zwischen Pflege und Medizin, z.B. durch akademische Ausbildung, fundiertes wissenschaftliches Wissen als eine Grundlage

beruflichen Handelns, damit „care“ und „cure“ als gleichwertige Aspekte der Heilung von Menschen anerkannt werden (ebd.).

Literatur

- Arnold, Doris (2001). Das Verhältnis zwischen Pflegewissenschaft und Pflegepraxis: Anmerkungen aus feministischer Sicht, in: *Pflege & Gesellschaft (PflGe)*, 6. Jg., Nr. 1, 18–30.
- Benner, Patricia/Judith Wrubel (1997). *Pflege, Stress und Bewältigung. Gelebte Erfahrungen von Gesundheit und Krankheit*, Bern.
- Chinn, Peggy L./Maeona Kramer (1997). *Pflegeethorie. Konzepte – Kontext – Kritik*, Wiesbaden.
- Evers, George (2004). Die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Europa, in: *Pflege*, Jg. 17, H. 1, 9–14.
- Grypdonk, Mike (2005). Ein Modell der Pflege chronisch Kranker, in: Elisabeth Seidl/Ilsemarie Walter (Hg.): *Chronisch kranke Menschen in ihrem Alltag. Pflegewissenschaft heute*, Bd. 8., Wien/München/Bern.
- Kirkevold, Marit (2002). *Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin*, Bern.
- Leininger, Madeleine (1991). *Culture care diversity and Universality. A theory of nursing*, New York.
- Majoros, Maria/Marion Hagn/Eva Knipfer (1995). Pflegeforschung ist in Deutschland den Kinderschuhen entwachsen, in: *Pflegezeitschrift* 9, 555–558.
- Matherny, Modly Doris (1994). Ein Überblick über die Entwicklung der Pflegeforschung und der Pflegewissenschaft, in: *Pflege Orientierung* 1, 8–11.
- Moers, Martin (2000). Pflegewissenschaft: Nur Begleitwissenschaft oder auch Grundlage des Berufes?, in: *Pflege & Gesellschaft (PflGe)*, 5. Jg., Nr. 1, 21–25.
- Müller, Marianne (2009). Der Impact Factor, in: *Pflege* 1, 22, 3–5.
- Notter Lucille Elizabeth, Hott Jacqueline Rose (1994). *Grundlagen der Pflegeforschung*, Bern.
- Rappold, Elisabeth (2009). Pflegewissenschaft in Österreich – eine Standortbestimmung, in: Hanna Mayer (Hg.): *Pflegewissenschaft – von der Ausnahme zur Normalität. Ein Beitrag zur inhaltlichen und methodischen Standortbestimmung*, Wien, 10–25.
- Schaeffer, Doris (1994). Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege, in: Doris Schaeffer/Martin Moers/Rolf Rosenbrock (Hg.): *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*, Berlin, 103–126.
- Schnepp, Wilfried (1996). Pflegekundige Sorge, in: *Pflege & Gesellschaft (PflGe)*, Jg. 1, Nr. 2, 13–16.
- Schnepp, Wilfried (2009). Pflegeforschung in Zeiten der Evidence Based Healthcare: das Ende methodologischer Argumente?, in: Hanna Mayer (Hg.): *Pflegewissenschaft – von der Ausnahme zur Normalität. Ein Beitrag zur inhaltlichen und methodischen Standortbestimmung*, Wien, 72–88.
- Schrems, Berta (2002). Perspektiven der Pflegeforschung in Österreich. Zwischen Grenzziehung und Grenzüberschreitung, in: Elisabeth Seidl/Ilsemarie Walter (Hg.): *Pflegeforschung aktuell. Studien – Kommentare – Berichte*, Wien, 151–175.
- Senghaas-Knobloch, Eva (2008). Care Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis, in: *Berliner Journal für Soziologie*, Jg. 18, H. 2, 221–243.
- Stemmer, Renate (2003). Zum Verhältnis von professioneller Pflege und pflegerischer Sorge, in: *DV Pflegewissenschaft (Hg.): Das Originäre der Pflege entdecken*, Frankfurt am Main, 43–62.
- Steppe, Hilde (1993). Pflege als Wissenschaft – Am Beispiel der Entwicklung in den USA, in: Elisabeth Seidl (Hg.): *Betrifft: Pflegewissenschaft. Beiträge zum Selbstverständnis einer neuen Wissenschaftsdisziplin*, Wien.
- van Maanen, Hanneke (1996). Pflegewissenschaft in den USA, in: Helga Krüger et al. (Hg.): *Innovation der Pflege durch Wissenschaft. Perspektiven und Positionen*, Bremen, 148–158.
- Watson, Jean (1996). *Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung*, Bern.