

**Workshop „Alterswissenschaften: Leben 2030“  
am 30. September 2010 in Berlin**

**Vortrag „Erwartungen an die Pflegewissenschaften“**

Die Oma und der Opa sind Teil der Familie. Sie beschäftigen die Enkel, werden aber auch von diesen beschäftigt, gehören zur Familie und wohnen in ganz unterschiedlichen Formen des Ausgedings im Hause. So jedenfalls war das Großelternbild in meiner Jugend.

Nur eines hat uns als Kinder - wenn auch unterschiedlich - beschäftigt: Die Eltern meiner Mutter lebten nicht mehr, aber deren Kinder. Also unsere Onkels und Tanten hatten den Geburtsort verlassen und lebten in anderen Gemeinden und Gesellschaften. Die Großmutter väterlicherseits und der Großvater lebten noch und wurden selbstverständlich von den um oder in den Wohnungen der Großeltern verbliebenen Kinder, die ein Vorrecht im Erben am Familiengrundstück hatten, betreut.

Als ich 30 war, gab es diese Welt nicht mehr. Man sollte sich nicht täuschen. Die Mehrgenerationen-Familie war nicht das Opfer des Krieges oder der Vertreibung sondern sie brach auseinander als eine Folge der Hochaltrigkeit der älteren Generation und der traditionellen Familienstrukturen von Großeltern, Eltern und Kindern.

Es mussten eigene Lebensinhalte für die über 60-Jährigen gefunden, aber auch praktiziert werden, weil es kaum noch Mehrgenerationen-Familien am gleichen Ort gab.

Der rasche Fortschritt der finanziellen Absicherung der Kleinfamilien durch die Vollbeschäftigung, das stabile System der Renten und Pensionen, aber auch der privaten Altersversorgung und der medizinische Fortschritt waren die Fundamente neuer städtischer Lebensmöglichkeiten, die nicht mehr an die Dreiteilung der Familienstrukturen gebunden waren.

Die Eingenerationen-Familie wurde die neue Sozialstruktur und hatte unter anderem auch die Einsamkeit der Alten zur Folge.

Ich habe noch im Ohr, als mein Großvater starb und der Pfarrer in der Predigt dann erwähnte: „Der Georg Ludwig war ausgezeichnet durch Gott. Er wurde 70.“ Heute sind alle Älteren beleidigt, wenn wir nicht davon ausgehen, dass sie 90 werden.

Alle planen wir den sich immer noch verlängernden dritten Lebensabschnitt.

Die Verlängerung des Lebens hat ihren Preis, den allerdings weitgehend nicht die Familie bezahlt. Die Zahl der Mitbürger, die die umfangreiche Lebenshilfe in der Phase der Hochaltrigkeit benötigen, wird immer größer, deren Kosten werden sozialisiert, zumindest für die unteren Einkommensgruppen.

Früher waren die Pflegeheime der Kommunen und der kirchlichen Träger Heimstätten der unteren Schichten der Gesellschaft mit geringen finanziellen Spielräumen.

Sie benötigten die Hilfe der Gemeinden bzw. der Kirchen zum Überleben unter anderem auch deshalb, weil sie aus unterschiedlichsten Gründen keine Familien hatten, die im Alter für sie sorgen konnten.

Zunächst waren die kommunalen und kirchlichen Altenheime Hilfsmittel der Armenfürsorge, häufig auch von bürgerlichen Stiftungen getragen. Sie waren, wie wir heute gern formulieren, Verwahreinrichtungen.

Der Schwerpunkt der Altenpflege lag in den Familien, die sich allerdings in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts phasenweise aufzulösen begannen. Dies war nicht nur die Geburtsstunde der Pflegeversicherung. Die Sorge für die Alten wurde zur Staatsaufgabe.

Der Prozess hat sich in Deutschland, insbesondere im so genannten Westen, bezogen auf die Jahrhunderte wirksam gebliebene Familientradition sehr schnell vollzogen. Dabei spielte in diesem Prozess die damals noch kleine Gruppe der Dementen, die in erster Linie öffentliche Aufmerksamkeit hätte verdienen müssen, zahlenmäßig nur eine geringe Rolle.

Die zeitliche Inanspruchnahme der Familien durch die älter werdenden Alten läuft fast synchron mit der Industrialisierung der Arbeitswelt, die sich am deutlichsten in der Entwicklung der Zahl der erwerbswirtschaftlich Abhängigen zeigt. Man kann heute sagen: Die klassischen Strukturen der bürgerlichen Familien der letzten 200 Jahre wurden zu Randerscheinungen. Dies traf besonders die Kinder und die Alten, deren wirtschaftliche und soziale Absicherung aus der Familie herausgelöst zur Staatsaufgabe wurde.

Um der Fairness halber muss man aber auch zugeben, dass inmitten der Auflösungserscheinungen der klassischen Familie eine in ihrer Bedeutung heute noch nicht erkannte Aufbruchstimmung in der Gesellschaft begann. Die gesetzliche Neuordnung der Alterssicherung und Investitionen in Betreuungseinrichtungen für die ältere Generation sind ebenso erstaunlich wie die neuen Konturen im Bildungsreich.

Heute sind die Leitungsfunktionen von Senioreneinrichtungen sowohl in Richtung Verwaltung als auch in Richtung Pflege verrechtlicht. In der Pflege gibt es fast keinen Handgriff mehr, der nicht auf Gesetzen, Verordnungen oder Verwaltungsvorschriften beruht.

In den Landratsämtern sind Aufsichtsbehörden im Rahmen der Ordnungsämter dieser Behördenstufen entstanden, die in Geist und Inhalt auf dem Rang der Gewerbeaufsicht und der Gewerbepolizei rangieren. Sie erlassen Verwaltungsakte für Zulassungen unterschiedlichster Art ebenso, wie sie ordnungsaufsichtliche Überprüfungen von Pflegeprozessen und Betreuungsprogrammen, inzwischen sogar Programmen der Ernährung und Betreuung organisieren.

Ergänzt wird dieses Denken in den Kategorien der Verwaltungspolizei durch Maßnahmen der Kontrollinstanzen der Pflegekassen in Form der medizinischen Dienste, wie sie schon im Bereich der Krankenkassen bekannt waren.

Der Gedanke der Selbstverwaltung, aber auch die wissenschaftlich begleitete Selbstdefinition der Pflegeprozesse ist unterentwickelt, obwohl es an sich nahe gelegen hätte, die zwingend notwendigen Selbstkontrollen berufsständisch - also in Form von Kammern - zu organisieren, denen dann auch die Aufgaben der Aus- und Weiterbildung der Pflegekräften zu übertragen gewesen wären.

So wie in der Medizin die berufsständische Organisation die niedergelassenen Ärzte begleitet, die auch die stationären Behandlungen im Auge hat, wird dieses fachliche Wissen durch die Forschung der medizinischen Fakultäten laufend ergänzt. Es hätte auch in der Seniorenbetreuung und -pflege als Ausgleich altersbedingter körperlicher Beeinträchtigungen eine umfassende wissenschaftliche Betreuung dieser Bereiche stattfinden müssen, die in Deutschland im Gegensatz zu den Vereinigten Staaten nur marginal vorhanden ist. Sowohl die Ausbildung der Fachkräfte wie die sachgerechte Überwachung des Pflegeprozesses und seine Weiterentwicklung hätten Kammern übertragen werden müssen in enger Zusammenarbeit mit der Wissenschaft.

Es ist bezeichnend für den Zustand der deutschen Pflegewissenschaft, dass nur die Privatuniversität Witten-Herdecke pflegewissenschaftliche universitäre Studiengänge anbietet. Sie ist unter anderem wegen der geringen Finanzierung in der Forschung in ihrer Wirkung sehr beengt.

In den vergangenen Jahrzehnten hatte eine erstaunlich hohe Zahl der Auszubildenden in der Pflege eine über den Hauptschulabschluss hinaus gehende Schulbildung in den Sekundarschulen bzw. den Oberschulen der früheren DDR. Bezeichnenderweise hat der Staat als Träger der Ausbildung unlängst festgelegt, dass auch Absolventen der Hauptschulen wieder Zugang zur Pflegeausbildung haben sollten.

Das schulische Wissen auf der Ebene der mittleren Reife sollte unverzichtbarer Bestandteil der Ausbildung für Pflegefachkräfte sein. Wenn wir den Weg zum Hauptschulabsolventen gehen wollen, dann muss die schulische Ausbildung während der Pflege bei einem hohen Prozentsatz der Auszubildenden auf die Ebene der mittleren Reife angehoben werden. Es muss auch bei den künftigen Führungskräften dafür Sorge getragen werden, dass sie das 12. Schuljahr mit Erfolg abschließen, wenn sie sich für eine Leitungsfunktion in der Pflege, etwa durch das Studium an einer Fachhochschule, qualifizieren wollen.

Das soziale Ansehen der Pflegekräfte ist außerhalb des Kreises der Betroffenen, nämlich der Pflegebedürftigen und ihrer Familienangehörigen, ähnlich gering wie in der Krankenpflege. Die beruflichen Aufstiegschancen enden mit der Pflegedienstleitung, etwa auf dem Gehaltsniveau des Hauptschullehrers. Ein ähnliches Bild haben wir in der ambulanten Pflege, nur mit dem Unterschied, dass in der stationären Altenpflege die Heimleitung das „Sahnetörtchen“ für die Berufslaufbahn darstellt.

In den letzten Jahren drängten immer mehr Absolventen der pflegewissenschaftlichen Studiengänge der Fachhochschulen in die Führungspositionen der Pflege. Ähnliches gilt für die Heimleiterpositionen, wo zunehmend die faktische Lehrausbildung der Heimleiter ersetzt wird durch die Ausbildungen in den Fachhochschulen.

Wir haben zwar umfangreiche Aktivitäten in der pflegewissenschaftlichen Betreuung von Auszubildenden an den Fachhochschulen, doch wird dort ein erheblicher Teil der Kapazität für die Vermittlung von reinem Fachwissen verbraucht. Die Forschung ist, wenn vorhanden, ausschließlich anwendungsbezogen. Für sie stehen nur geringe Mittel zur Verfügung. Grundlagenforschung findet faktisch nur in der kleinen Fakultät in Witten-Herdecke statt. Zwar haben einige Universitäten Professoren für Pflege, deren Wirken jedoch fachlich sehr begrenzt ist.

Aus der Überalterung der Gesellschaft und aus der Verlängerung des Lebens mit entsprechender Hilfsbedürftigkeit haben weder die Länder noch die von ihnen finanzierten Universitäten die notwendigen Konsequenzen gezogen, sich in der Forschung entsprechend zu engagieren. Das Alter wird in der Pflege zwar ordnungspolizeilich überwacht, aber sonst verdrängt.

Wenn man an die zahlreichen Schools of Nursery an den angelsächsischen Universitäten denkt, dann ist die BRD ein armes Land, und das in einer Zeit, in der die Hochaltrigkeit im Vergleich zu den vorangegangenen 200 Jahren stetig zunimmt und damit natürlich auch die Zeiten der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit.

Die Auflösung der mehrere Generationen umfassenden Familien, begleitet von einer fast dramatisch zu nennenden Verlängerung des Lebens, hat uns nicht nur die altersbedingte Pflegeaufgabe beschert, sondern uns auch mit ganz neuen Problemen, insbesondere der Altersdemenz beladen. Heute sind im Durchschnitt mehr als 70 % der Bewohner von Pflegeeinrichtungen hilfsbedürftig durch Störungen ihrer Möglichkeiten zur Selbstorganisation, beginnend mit ersten Orientierungsstörungen, die übergehen in Gedächtnisschwächen und dann in die so genannte schwere Demenz mit weit gehender Störung der Bewegungsfähigkeit, umfassender Hilfsbedürftigkeit in der Körperpflege, verschärft durch Stuhl- und Harninkontinenz.

Die Gesellschaft, der Staat und seine Institutionen, insbesondere die Universitäten und auch die Mediziner haben die Dementen und ihre Angehörigen allein gelassen und ihnen nur ambulante und stationäre Pflege angeboten mit zum Teil überproportionaler Beteiligung der nächsten Generation an den Kosten.

Mit der fortschreitenden Zahl der Dementen – und es spricht viel dafür, dass es bald 80 % der über Achtzigjährigen sein werden – steigt nicht nur der Pflegeaufwand, sondern auch der Bedarf an Zuwendung bei den Betroffenen, wobei vor allem der Respekt vor der Individualität des kranken Menschen erhalten werden muss.

Welches Ausmaß an Leid in den Familien mit dementen Angehörigen und in den Pflegeinstitutionen täglich verkraftet werden muss, ist kaum zu beschreiben. Wer erlebt schon außerhalb der unmittelbaren Betroffenheit die Depressionen der Betroffenen, ihre Unruhe, ihre zunehmende Aggressivität. Und doch sind dies häufige Begleiterscheinungen bei allen Erkrankungen, die ihren Ursprung in der Demenz haben. Und wer weiß schon, wie wenige Medikamente für die Behandlung zur Verfügung stehen und wie gering die dazu gehörigen wissenschaftlichen Aktivitäten sind. Damit sind noch nicht berücksichtigt die häufigen Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck, Herz-Kreislaufstörungen, Zuckerkrankheit etc., die daneben noch ein zusätzliches Potenzial zur Beschleunigung der Hirnschädigung haben.

Und wer macht sich außer den unmittelbar Betroffenen Gedanken über den Bedarf an Zuwendung, aber auch das Sicherheitsbedürfnis, das Demente haben?

Die Pflegeeinrichtungen müssen sich hauptsächlich auf nicht medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten ihrer dementen Bewohner konzentrieren, wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Validation.

Sie müssen versuchen, aus dem unmittelbaren Umgang mit den Kranken, so weit noch möglich, deren Selbstwertgefühl zu aktivieren bzw. zu reaktivieren, um so lange wie möglich ihren Rückzug in das Vegetieren zu verhindern. Dabei haben sie keine Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit dem Kranken auf der kognitiven Ebene der Realität. Und zu all dem steht ihnen keine wissenschaftliche Methode für den Umgang mit Dementen zur Verfügung, sondern nur Ansätze und Rudimente.

Letztlich hängt vieles vom eigenen Gefühl der Pflegekraft beim Umgang mit Dementen, vom persönlichen Kontakt zu den Betroffenen und ihren Angehörigen ab.

Die Ergänzungsausbildung für Pflegekräfte in der Gerontopsychiatrie ist ein Tropfen auf den heißen Stein. Es sind zu wenige und es fehlt an Zeit.

Für uns stehen der Umgang mit den Dementen und das Erleben der Altersdemenz im Zentrum der Überlegungen, wie wir stationäre und ambulante Pflege für diese Gruppe der Betroffenen vorbereiten und durchführen müssen.

Wir brauchen die Beschäftigung der Universitäten mit dem Prozess des Alterns. Und wir brauchen die Entwicklung neuer Betreuungskonzepte für alle Formen der Altersschwäche, insbesondere aber für die Demenz. Wir brauchen aber auch die Grundlagenforschung, um den Prozess des Abbaus an der Persönlichkeit zu verstehen und später im Idealfall vielleicht zu verhindern, zumindest aber in seinem Verlauf erheblich abmildern zu können.

Wir brauchen die Konzentration der wissenschaftlichen Einrichtungen auf die Probleme des Verwirrtwerdens, und wir müssen dies zu einem Bewertungskriterium für die Politik machen. Wir haben viel zu lange gezögert und die Probleme verdrängt, und keiner scheint sich Gedanken darüber gemacht zu haben, welches Leid diese Erkrankung bei den Betroffenen und ihren Angehörigen hervorruft.

In den ersten Jahren des Bestehens der ProCurand haben wir geschwiegen und gearbeitet, obwohl die Entwicklung erkennbar war. Wir werden in Zukunft das Leid öffentlicher machen und die Intensivierung der Forschung so zu beschleunigen, weil die Entwicklung insgesamt beschämend ist.

Alter ist keine Strafe, sondern Schicksal, also Teil des Lebens. Und Schicksal trifft normalerweise alle. Nicht alle, aber doch die meisten werden alt und von diesen ein hoher Prozentsatz dement, wenn wir weiterhin zu wenig tun. Denn die bloße Überwachung der zu Pflegenden und ihrer Pfleger, auf die sich die Gesellschaft beschränkt, ist keine Problemlösung.

Demenz hat nicht den Stellenwert von Virusinfektionen, obwohl sie als Krankheit mit Stoffwechselhintergrund einen großen Teil von uns allen betrifft bzw. betreffen wird. Dies gilt zumindest für die Forschungsaktivitäten, die die Gesellschaft für diese Erkrankungen aufbringt.

Die Demenz erscheint vornehmlich in den fortgeschrittenen Stadien, häufig kombiniert mit einer Vielzahl von Begleiterkrankungen mit umfangreichem medikamentösem Aufwand, und wir wissen nicht, ob und in welchem Umfang diese Medikamente den Prozess noch beschleunigen.

Die stationären Senioreneinrichtungen können noch mehr als die ambulanten Stationen Menschen damit vertraut machen, wie Demente in den frühen Stadien noch angesprochen und betreut werden können, um ihr Selbstwertgefühl zu erhalten und den auch von den Betroffenen selbst bemerkten zunehmenden Verlust von Fähigkeiten bis hin zur Selbstversorgung zu mindern. Dies kostet aber Zeit und damit Geld. Der finanzielle Aufwand wird sich allein nicht mindern, wenn wir keine Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten finden.

Im Bereich der stationären Betreuung und auch der ambulanten Unterstützung werden wir uns alle Mühe geben, die Lebensumstände der Betroffenen zu verbessern. Das Grundleiden selbst und seine medizinische Behandlung ist nicht Aufgabe der heutigen Pflegeeinrichtung. Nur andere Einrichtungen haben wir nicht. Die öffentliche Verantwortung kann aber nicht mit der Einweisung in Pflegeeinrichtungen beendet sein.

In den vielen Fällen der Multimorbidität im Alter ist der Anteil vornehmlich in den Frühstadien der Demenz am Alterungsprozess nur schwer abschätzbar. Wir wissen nur, dass ein hoher Prozentsatz der Bewohner der stationären Bereiche unter zu Demenz führenden Erkrankungen leidet und wir hoffen, dass ihre Zahl bei besseren Behandlungsmöglichkeiten abnimmt. Wir hoffen dies auch deshalb, weil der Umgang mit somatisch Pflegebedürftigen für die Mitarbeiter erheblich leichter ist und für die stationären Einrichtungen folglich die extreme Belastung durch den einzelnen Betroffenen abnehmen würde.

Wir werben für eine zunehmende gesellschaftliche Anerkennung der Pflegenden und wünschen uns, dass die Gesellschaft durch wirtschaftlichen Erfolg in der Lage sein wird, den Lebensraum ihrer alten Menschen mit fortgeschrittener Hilfsbedürftigkeit zu verbessern. Die Pflegeheime haben hauptsächlich aus finanziellen Gründen noch zu sehr den Krankenhauscharakter.

Wir sollten alles tun, um die Wohnqualität des stationären Bereichs durch Lösung von der Krankenhausstruktur und Annäherung an die Normalwohnung zu verbessern.

Wir müssen die Ausbildung, aber auch das fachliche Wissen künftig auf ein breiteres wissenschaftliches Fundament stellen, wie sich auch die Forschung mit den denkbaren Pflegemodellen auseinandersetzen muss, zu denen auch neue Wohnformen im Betreuten Bereich gehören.

Die Pflege hat sich in den letzten Jahren nicht wesentlich verbessert, weil die dazu gehörige Forschung fehlt. Ihre wissenschaftliche Basis ist Erfahrungswissen, dessen wissenschaftliche Überprüfung, Erweiterung und Ergänzung aber aussteht.

Es gibt keine von der Selbstverwaltung der Heime getragene Aufsicht, wie es leider auch keine Kammern gibt, die die Aufsicht und die Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals wahrnehmen. Damit gibt es auch kein berufsständisches Selbstbewusstsein der Pflegekräfte.

Die Fachaufsicht über die Pflege gehört in die Selbstverwaltung der Träger und ihre Kammern. Sie gehört in berufsständisch organisierte Kammern, deren Aufsicht in der Hand des Staates liegt. Und sie hat sich am Wohlbefinden der Bewohner und nicht an vordergründigen Formalkriterien zu orientieren. Um eine leistungsfähige berufsständische Organisation aufzubauen, müssen die zur Pflege Berechtigten nicht unbedingt Akademiker sein, doch in der Leitungsebene müssen in jedem Fall Mediziner und Pflegewissenschaftler beteiligt werden. Nur dann kontrollieren nämlich in der Praxis Tätige andere Praktiker und keine Ordnungsbehörden.

Wir haben doch in diesem Land einmal von einer Selbstverwaltung der Bürger geredet, und jetzt tun wir das genaue Gegenteil. Wir bauen nicht die Selbstverwaltung, sondern die Aufsichtsbehörden aus, haben also immer noch ganz erhebliche Selbstverwaltungsdefizite. Schon deshalb sollten wir es wagen, das überkommene System umzuwandeln von der Aufsicht in die Selbstverwaltung, die von fachlich gut ausgebildeten Prüfbehörden kontrolliert wird.

Zur Selbstverwaltung gehört auch der Einsatz von Mitarbeitern mit einer soliden wissenschaftlichen Ausbildung in den Leitungsebenen der Einrichtungen. Die Pflegeeinrichtungen der stationären Pflege sind in den letzten Jahren von der Öffentlichkeit fast unbemerkt in Fachabteilungen gegliedert worden, in denen einerseits die somatisch Pflegebedürftigen und andererseits unter Demenz leidende hochaltrige Mitbürger zusammengefasst und betreut werden. An Standorten, die über große Krankenhauseinrichtungen verfügen, entwickelt sich eine dritte Gruppe mit Aufgaben der Rehabilitation hochaltriger Menschen im Anschluss an Krankenhausaufenthalte oder in Phasen, in denen zwar noch eine ambulante ärztliche Begleitung, aber keine stationäre Krankenbetreuung mehr notwendig ist. Bei ihnen steht die Rehabilitation im Vordergrund, um sie in die Lage zu versetzen, wenn nötig mit ambulanter Unterstützung wieder in ihr Wohnumfeld zurückzukehren.

Stationäre Einrichtungen der Altenpflege werden immer mehr auch von älteren Menschen – nicht unbedingt hochaltrigen – in Anspruch genommen, vornehmlich im Anschluss an Tumorerkrankungen. Sie übernehmen dann mit den normalen Pflegekräften Aufgaben, die früher bei Familien der Oberschicht in privaten Hospizen erledigt wurden. Gerade solche Familien nehmen jetzt hauptsächlich aus finanziellen Gründen zunehmend Pflegeeinrichtungen in Anspruch, die mit der finalen Pflege nicht mehr ärztlich behandelbarer Bewohner konfrontiert werden, vor allem dort, wo noch keine Hospizbetreuung notwendig ist. In den ländlichen Räumen werden heute auch Hospizfälle in den Heimen untergebracht. Dies wird wegen der hohen Zahl allein stehender Mitbürger noch zunehmen.

An Standorten mit großen Einrichtungen für Behinderte und in den Großstädten kommen immer mehr Nachfragen für die Aufnahme von Behinderten, die wegen ihres Alters von der klassischen Sozialhilfe als Behinderte nicht mehr finanziert und betreut und deshalb in Pflegeheime verlegt werden. Dies sind schleichende Prozesse ohne entsprechende Vorbereitung und Zusatzausbildung bei den Pflegekräften, die meist nur in der körperlichen Pflege geschult sind, nicht aber in den Tätigkeiten der Betreuung, der Hauswirtschaft und der Beschäftigung dieser Gruppe. Hier muss die Fachkompetenz erst noch aufgebaut werden. Das bedeutet, dass sich die Pflegeheime fachlich weiter untergliedern werden, weil neue Nachfragegruppen mit der klassischen Altenpflegeausbildung nicht versorgt werden können.

Die Pflegeheime werden sich deshalb auch im nächsten Jahrzehnt vielfältigen Anforderungen gegenüber sehen, auf die sie eine Antwort suchen müssen. Sie selbst haben keine Zeit zum Altern, brauchen aber dringend die Hilfe der Forschung, insbesondere auch der Grundlagenforschung.

Niemand will die geschichtliche Entwicklung zurückdrehen, aber Krankenbetreuung und Altenpflege sind Dienstleistungen, die ein ausgeprägtes Verantwortungsgefühl gepaart mit Zuneigung voraussetzen. Dies reicht aber nicht. Zur Pflege gehört immer neues Wissen, das nur begrenzt in der Praxis erzeugt werden kann. Wir brauchen eine wohl differenzierte Pflegewissenschaft.

Berlin, 30. September 2010

Prof. Dr. Adolf Theis  
Geschäftsführer  
gemeinnützige ProCurand GmbH & Co. KGaA