

Beiträge

Ulrike Höhmann, Sabine Bartholomeyczik

Komplexe Wirkungszusammenhänge in der Pflege erforschen: Konzepte statt Rezepte

Researching complex relationships of effects in nursing – concepts instead of prescriptions

Research on effects of complex nursing interventions often is oriented towards normative (natural)scientific models which actually do not meet the subject's requirements. However, the mere utilization of qualitative methods does not result in the intended insight. Considering this, the article shows that every evaluation research has to be primarily oriented towards the theoretical foundation of the research question. Both methodological approaches (quantitative and qualitative) have to relate to each other in an integrated summative and formative evaluation design.

Keywords

theory based evaluation research, effectiveness research, intervention research, complex interventions, programme theory

Die Wirksamkeitsüberprüfung komplexer pflegerischer Interventionen orientiert sich oft normativ an naturwissenschaftlichen Modellvorstellungen, die dem Gegenstand nicht gerecht werden. Jedoch bringt der alleinige Einsatz qualitativer Methoden auch nicht den gewünschten Erkenntnisgewinn. Vor diesem Hintergrund wird das Erfordernis herausgearbeitet, jedes Evaluationsvorgehen an der theoretischen Konzeption der Fragestellung auszurichten und beide Methodenansätze (quantitativ und qualitativ) in einem integrierten summativen und formativen Evaluationsdesign aufeinanderzubeziehen.

Schlüsselwörter

Theoriebasierte Evaluationsforschung, Wirkungsforschung, Interventionsforschung, Komplexe Interventionen, Programmtheorie

1. Problemstellung

Die Frage, wie am sinnvollsten die Auswirkungen pflegerischer Maßnahmen untersucht werden können, ist ein lange diskutiertes Thema, das mit der zunehmenden

Orientierung an medizinischen Forschungsrichtlinien (z. B. Craig et al. 2008) an Brisanz gewonnen hat (Moers et al. 2011, Balzer et al. 2012). Dabei stellen wir mit Bedauern fest, dass auf Seiten der Sozialwissenschaften im Rahmen der Debatte um Evaluationsforschung seit langem selbstverständlich ist, was durch den Blick auf die medizinische klinische Forschung jetzt erst und auch nur in Ansätzen langsam Eingang in Forschungsempfehlungen zu „komplexen Interventionen“ findet (Craig et al. 2008), nämlich verschiedene Methodenansätze zu verknüpfen und den Implementierungsprozess zu begleiten.

Der folgende Argumentationsgang beruht auf dem Vorverständnis der Autorinnen, nach dem wir jedes Pflegehandeln als soziales Handeln im Sinne Webers (1964) auffassen. Dieses soziale Handeln soll deutend und dadurch in seinem Ablauf und seinen Wirkungen ursächlich verstanden werden. Dazu muss berücksichtigt werden, dass pflegerisches Interventionshandeln auf Mikroebene in der direkten Pflegenden-Patienten-Beziehung – in der Regel nicht ohne Zusammenhang mit der Mesoebene – der organisatorischen Eingebundenheit – oft auch nicht ohne die Berücksichtigung von Einflussgrößen der Makroebene – den Gesetzen, politisch-administrativen Regularien – gedacht werden kann.

Zur Darstellung der Bedeutung und Konsequenzen dieses Gegenstandsverständnisses für die pflegebezogene Wirkungsforschung nehmen wir Bezug auf eine sozialwissenschaftlich geformte Methodologie-Methodendebatte, weil wir den allergrößten Teil der Forschungsfragen, den organisch-sozialen Phänomenen und nicht den anorganischen-naturwissenschaftlichen zuordnen, sie also in den allermeisten Fällen einen „komplexen Gegenstand“ betreffen. Dafür müssen fast immer Forschungskonzepte entwickelt werden, da kaum passende fertige Forschungsrezepte vorliegen. Um es klarzustellen, wir argumentieren hier nicht, dass standardisierte und quantitative Methoden grundsätzlich zu kurz greifen oder große Stichproben wenig zusätzliche Erkenntnisse erbringen. Allerdings bringen sie nur eine bestimmte Art von Evidence, die nur einen Teil wichtiger Erkenntnisse darstellt (Galvin et al. 2008). Uns geht es hier um Möglichkeiten des Erkenntnisgewinns bei der Untersuchung pflegerischer Interventionen sowie um die Arten diesen zu erreichen und um die Paradigmen, die hinter verschiedenen Ansätzen stehen mit dem Ziel, erkenntniserweiternde und zugleich pragmatische Empfehlungen zu geben.

Vor diesem Hintergrund müssen bei fast allen forschenden Beschäftigungen mit der Konzeption und Wirkung pflegerischer Interventionen deterministische naturwissenschaftliche Modelle zu kurz greifen. Bei vielen Forschungsförderern gelten die in der Leitdisziplin Medizin dominierenden den Naturwissenschaften entlehnten Forschungslogiken als unverbrüchlich, so dass ein Durchbrechen dieser Anforderungen fast unmöglich erscheint.

Als Problemhintergrund stellen wir hier vereinfacht zwei Forschungslogiken dar, deren Stärken zur Überwindung ihrer jeweiligen Schwächen zusammenführend genutzt werden sollten.

Zunächst ist die aus der klinisch medizinischen Interventionsforschung angewendete Methodologie zu nennen. Sie wurde vorrangig zur Untersuchung der Wirkung von Medikamenten entwickelt mit dem Ziel, Schaden und Nutzen gegeneinander abwägen zu können. Zugrunde liegt eine Hypothese über einen – meist naturwissenschaftlich – begründeten Effekt des Medikaments, das zu einem bestimmten Zeitpunkt einen krankheitsbezogenen Endpunkt (Outcome) im Sinne einer linearen Ursache-Wirkungs-Beziehung beeinflusst (Paterson et al. 2009). Da naturwissenschaftliche Laborexperimente mit Menschen nicht möglich sind, wurde ein Design entwickelt, bei dem alle Einflüsse außer der Intervention selbst auf das zu erwartende Ergebnis, das Outcome, ausgeschaltet oder kontrolliert werden sollen. Die Rede ist hier von experimentellen Designs, speziell das randomized controlled trial (RCT), das in der Regel auch für sehr breite Anwendungsgebiete als Goldstandard empfohlen wird. Dieses Design versteht die Variabilität menschlichen Seins und der Gesellschaft als Störvariablen (confounder), die im Sinne der Forschungslogik entweder kontrolliert oder randomisiert verteilt werden sollen. Das Ergebnis der randomisierten Zuteilung zu Fall- und Kontrollgruppe – oder auch zu mehreren Armen – soll sogar jenen unbekannt sein, die die Intervention (das Medikament) verabreichen, damit im Akt der Intervention kein unbeabsichtigter Einfluss ausgeübt werden kann. So sind alle Maßnahmen und auch alle Messinstrumente, so weit es irgendwie möglich ist, standardisiert.

Das Paradigma unterstellt eine mechanistische Vorstellung von Wirkungsweisen, deren „Mechanismen“ durch ausgeklügelte Designs und statistische Verfahren herausgefunden werden können. Der Mensch funktioniert als naturwissenschaftlich zu verstehender „Mechanismus“ und als Objekt.

Für die Untersuchung von Wirkungen pflegerischer Interventionen bedeutet die prioritäre Anwendung des RCT Designs oftmals, dass die möglichen Ergebnisse eine viel zu geringe Aussagekraft haben, weil immer nur kleine, standardisierbare Interventionen auf ein primäres Outcome untersucht werden sollen. In der eigenen Machbarkeitslogik dieser Ansätze muss zwangsläufig die Anzahl der zu betrachtenden Kausalzusammenhänge stark eingegrenzt, bzw. als Konstanten postulierter Zusatzbedingungen aufgefasst werden. Pflegebezogene Interventionen bestehen nicht nur aus einem Medikament, das in immer der gleichen Art verabreicht wird, sondern aus verschiedenen Teilen, die variieren können, oft müssen, die miteinander interagieren und ihr Ziel unterschiedlich erreichen (z. B. Ulmer et al. 2001). Selbstverständlich bezieht sich das auch auf jede Art anderer, z. B. sozialer Interventionen. Sie lassen sich daher kaum als deterministische Gesetzesaussagen beschreiben, sondern folgen „sozialen“ Regeln. Mehr noch: pflegerische Interventionen sprengen in der Regel einfache kausale Zurechnungsmöglichkeiten der Maßnahmen als empirisch direkt beobachtbare, gesetzmäßige, nicht umkehrbare Ursache-Wirkungs-Beziehungen zwischen zwei oder mehreren Variablen. Ganz selbstverständlich werden auch Fragen der Verblindung längst anders als bei Medikamentenstudien diskutiert, ist doch die Beziehungsgestaltung meist expliziter und wichtiger Teil einer pflegerischen Intervention, Individualität und Persönlichkeit müssen einbezogen und nicht „herausgerechnet“ werden (Cohen-

Mansfield et al. 2007). Zudem birgt der ausschließliche Einsatz standardisierter Erhebungsinstrumente die Gefahr, wesentliche inhaltliche Aspekte zu übersehen.

Die zweite Forschungslogik stellt den Gegenpol zum Paradigma von RCTs dar und wendet sich gegen Standardisierung und Vergleichbarkeit wie sie für die obigen Prinzipien konstitutiv sind. Die als qualitative Methoden der Sozialforschung gekennzeichnete Breite unterschiedlicher Ansätze nennt als wichtigstes Prinzip das „interpretative Paradigma“, das darauf gründet, dass Handelnde sich durch sinngebende Deutungen aufeinander beziehen (z. B. Lamnek 1993). Der Gegenstandsbereich sozialwissenschaftlicher Forschung wird als Produkt interpretationsgeleiteter Interaktionsprozesse angesehen, die interpretierend rekonstruiert werden müssen. Um dem interpretativen Paradigma gerecht zu werden, müssten die im Einzelnen recht unterschiedlichen qualitativen Ansätze ausgeführt werden, was hier aus Platzgründen aber nicht möglich ist. Die differenzierte Erkenntnis und die Einbeziehung individueller Perspektiven mit qualitativen Ansätzen ermöglicht diesen eine Tiefe von Erkenntnissen, die bei quantitativen/ standardisierten Ansätzen nicht möglich ist.

Allerdings ergeben sich auch bei den qualitativen Ansätzen erhebliche Einschränkungen, die sich vor allem auf die Reproduzierbarkeit und Verallgemeinerbarkeit der Erkenntnisse beziehen.

In der RCT-Logik der medizinischen Forschung waren qualitative Methoden immer nur zweitrangig und wurden meist nur im Zusammenhang mit der Entwicklung standardisierter Verfahren genannt. Dies gilt auch für die neuere Diskussion über „komplexe Interventionen“, für deren Entwicklung auch qualitative Ansätze empfohlen werden (Craig et al. 2008, Ludvigsen et al. 2013, Campbell et al. 2000). Qualitative Ansätze sind in diesen Empfehlungen allerdings nur so weit von Bedeutung, als sie die Machbarkeit und den potentiellen Nutzen der Intervention untersuchen können bis zu einer replizierbaren und standardisierbaren Fassung, deren Effektgrößen abgeschätzt werden können, bevor die eigentliche Untersuchung zur Wirkung angesetzt werden kann.

Begriffe

Disziplinspezifische Methoden und Begriffe entwickeln sich häufig ohne dabei die bereits erarbeiteten Prinzipien anderer Disziplinen einzubeziehen. Was für die eine Disziplin eine unverrückbare Bedeutung hat, kann in der anderen Disziplin ganz anders genutzt werden oder mit ganz anderen Begriffen belegt werden. Daher sollen zur besseren Verständigung einige Begriffsdefinitionen folgen.

Das zentrale Thema unseres Beitrags bezieht sich auf die Methoden zur Untersuchung der Auswirkung von pflegerischen Maßnahmen. In den Sozialwissenschaften wird hier der Begriff Evaluationsforschung genutzt. Rossi et al. (2004) definieren Evaluationsforschung „*as a social science activity directed at collecting, analyzing, interpreting, and communicating information about the workings and effectiveness of social programs*“ (Rossi et al. 2004: 2). Ein Kernbestandteil der Evaluationsforschung ist also die

Wirkungsforschung. In der medizinischen Tradition ist von Interventionsstudien (trials of [complex] interventions) oder klinischen Studien (clinical trials) die Rede. Letztere beziehen sich vor allem auf prospektive experimentelle Designs zur Untersuchung von Arzneimittelwirkungen (Campbell et al. 2000).

Die Evaluationsforschung unterscheidet formative und summative Evaluation. Die formative Evaluation bezieht sich auf das Programm bzw. die Intervention, ihre Bewertung, Entwicklung und Möglichkeiten zur Verbesserung. Dies entspricht dem in der Interventionsforschung genutzten Begriff Prozessevaluation oder Implementierungsforschung (Polit et al. 2010). Die summative Evaluation dagegen bezieht sich auf die Zielerreichung durch das Programm, entspricht also dem Effekt der Intervention.

Komplexe Interventionen sind charakterisiert durch verschiedene Komponenten, die miteinander interagieren. Vor dem Hintergrund der medizinischen Interventionsforschung werden ihnen besondere methodische Schwierigkeiten bescheinigt, weil das Design und die Anwendung der Intervention kaum standardisiert werden können, das spezifische Umfeld einen Einfluss darauf nimmt und die Kausalitätskette zwischen der Intervention und dem Outcome komplex und lang ist (Craig et al. 2008). Das in der Evaluationsforschung benannte soziale Programm, das die Intervention darstellt, wird einfach beschrieben als Aktivität zur Verbesserung eines (sozialen) Problems oder sozialer Bedingungen. Pflegerische Interventionen, insbesondere die als komplex bezeichneten – und das sind wahrscheinlich die meisten – sind diesen Aktivitäten zur Verbesserung einer Situation durchaus zuzurechnen. Wesentliche Voraussetzung zur Untersuchung der Auswirkungen eines „Programms“ ist die Programm-Theorie. Diese besteht aus einer Reihe von Annahmen über die Beziehungen des Programms zu den erwarteten positiven Auswirkungen und den Strategien und der Taktik, das angestrebte Ziel zu erreichen (Rossi et al. 2004). Die oben beschriebenen komplexen Interventionen sind derartige Programme.

Das inzwischen auch in der deutschen Forschungsliteratur als Ziel oder Ergebnis bezeichnete Outcome sollte sich nach medizinischer Forschungstradition auf eine primäre Variable konzentrieren. Dieser können weitere sekundäre Outcomes zugeordnet werden. Hierbei stellt sich die entscheidende Frage, welches Outcome als primär zu bezeichnen ist, eine falsche Wahl kann negative Folgen bei der Interpretation von Ergebnissen haben (Mühlhauser et al. 2006, Paterson et al. 2009). Es ist zu hinterfragen, ob es für das Erkenntnisinteresse sinnvoll ist, die Pflegeforschung auf ein primäres Outcome zu reduzieren.

Bei Effektivitätsuntersuchungen, um noch einen weiteren alternativen Begriff für Untersuchungen in der Wirkungsforschung einzuführen, wird erwartet, dass die Größe des Effekts bezogen auf das primäre Outcome vorher empirisch basiert abgeschätzt werden kann. Damit soll die Abschätzung einer erforderlichen Fallzahl für eine Studie gesichert werden, um bei dem erwarteten Effekt ein ausreichendes Signifikanzniveau erreichen zu können. Wichtig ist hier also primär die rein rechnerische Größe und nicht der Inhalt.

Implementierungsforschung, die wir hier ebenfalls erwähnen, ist für uns die Forschung, die sich mit der Umsetzung und Einführung von Interventionen beschäftigt (Grol et al. 2005). Derzeit findet sich die Auffassung, dass Implementierungsforschung nur jene sei, die sich mit der Implementierung evidence-basierter Interventionen in einem breiten Versorgungsfeld befasst. Die Implementierung in einer Wirkungsforschung zu untersuchen, müsse als Prozessevaluation bezeichnet werden. Wir halten diese Unterscheidung für wenig zielführend, da beides zentrale Informationen über Implementierungswege enthält und nutzen diese Begriffe in Anlehnung an Polit et al. (2010: 290) synonym.

Schließlich soll im Rahmen der Begriffserläuterungen eine kurze Anmerkung zu dem Erkenntnisinteresse erfolgen. Grundsätzlich dient Forschung dazu, gerade im heilkundlichen Bereich, über den Einzelfall hinausgehendes, haltbares Wissen zu generieren, mit dem Maßnahmen zum Schutze der Betroffenen abgesichert werden können. Aus dem Englischsprachigen hat sich hier der Begriff Evidence, im Deutschen meist als Evidenz, eingebürgert. Evidence bedeutet „*Beweis, der möglichst auf Forschungsergebnissen basiert*“. Umgesetzt wird dieser Sachverhalt jedoch oft missverständlich, als die Wahrscheinlichkeit, dass das Ergebnis einer Studie verallgemeinerbar ist, ausgedrückt in einem Signifikanztest. Die Gefahr bei einem solchen Verständnis von Evidence ist, dass übersehen wird, dass auch empirische Forschungserkenntnisse nur Wahrscheinlichkeits- und Häufigkeitsaussagen sind, dass sie niemals Gewissheit bringen können. Daher ist vor jeder Forschung die grundsätzliche Frage zu beantworten, welche Erkenntnisse für eine jeweilige Fragestellung möglich, nötig und gewollt sind.

2. Pflegebezogene Wirkungsforschung: inhaltliche und methodische Anforderungen

Wirkungsforschung wird – wie bereits dargestellt – als ein Teilbereich der allgemeinen Evaluationsforschung aufgefasst. Evaluationen untersuchen mit empirischen Methoden Interventionen oder Maßnahmen, die ein vorhandenes Problem vermindern oder lösen sollen (Rossi et al. 2004; Kromrey 2001:109). Sie verstehen sich als empirische Fragen nach

- der Art, dem Ausmaß, der Verteilung eines Ausgangsproblems,
- den Zielen und der Angemessenheit eines darauf bezogenen Interventionsprogramms,
- dem Ablauf der Interventionsmaßnahmen,
- dem Ausmaß, mit dem die beabsichtigten Änderungen bei der Zielpopulation erreicht werden,
- der Art der Wirkungen und Nebenwirkungen,
- sowie der Nützlichkeit des Programms mit eventuellen Kosten-Nutzen Analysen.

Zum Tragen kommt dabei eine: „*systematische Anwendung sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden zur Beurteilung der Konzeption, Ausgestaltung, Umsetzung und des Nutzens sozialer Interventionsprogramme*“ (Rossi, Freemann, Hofmann 1988:3). Sie

folgen dabei systematischen, datenbasierten und rational rekonstruierbaren Beschreibungs- und Bewertungsregeln (z. B. Stockmann 2006).

Damit zielen Evaluationen auf unterschiedliche Schwerpunkte: zum einen auf die Dokumentation und Bedingungsanalyse von Veränderungsprozessen, die „formative Evaluation“ (Stockmann 2006). Der zweite Schwerpunkt bezieht sich darauf, die Wirksamkeit und den Nutzen von Intervention zu erklären und zu bewerten, oft als „summative“ Evaluation bezeichnet (v. Kardorff 2006, Stockmann 2006). Die medizinische Interventionsforschung bezieht sich klassischerweise vorrangig auf diesen letzten Aspekt. Zur Bewertung von komplexen pflegebezogenen Interventionen oder Programmen ist es allerdings in der Regel wichtig, beide Evaluationsschwerpunkte miteinander zu verbinden.

Die Erkenntnisse zum Zielerreichungsgrad von Interventionen sollen in der Regel wissenschaftliche Orientierung oder praktische Planungshilfen geben und Aussagen zu einem legitimen Mitteleinsatz erlauben. Damit greifen die Ergebnisse, wie Luhmann (2000) betont, immer in unterschiedliche Deutungshoheiten von wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Zielsetzungen ein. Denn es ergibt sich nicht von selbst, was z. B. unter einer „akzeptablen“ Risikobewertung oder unter „Erfolgskriterien“ bzw. „Outcomes“ von Veränderungsprozessen jeweils verstanden werden soll. So sind Wirkungsbewertungen immer eingebunden in interessenbezogene Handlungs- bzw. Verwertungszusammenhänge, in Vorstellungen vom Wünschenswerten oder Theorietraditionen, innerhalb derer die Art der Erfolgskriterien und Outcomes festgelegt werden. Jede Wirkungsforschung ist so ein Teilbereich „angewandter“ Forschung, bei der die Responsivität und Kontextgebundenheit des sozialen Umfeldes bzw. der Handelnden eine Rolle spielen und deren entscheidendes Prüfkriterium die Aussagekraft der Ergebnisse über den spezifischen Gegenstand ist.

Wichtigstes Ziel bei der Konzeption jeder Forschung ist es, Fehler in Zurechnungen und Schlussfolgerungen möglichst zu kontrollieren und gering zu halten. Dabei ergeben sich für den Gegenstand der Pflegeforschung besondere Herausforderungen, fast Dilemmata. Gilt doch bei der Erforschung komplexer Interventionen bzw. Interventionsprogramme, das strikte Erfordernis eines aussagekräftigen Gegenstandsbezuges mit den typischen Stärken und Schwächen der klassischen Forschungsparadigmen und -methoden zu verbinden. Das verlangt den Forschern explizite Positionierungen in allen Entscheidungen des Forschungsprozess ab:

- a) allem voran zum unterliegenden Theorierahmen, der Ergebnissen und Erkenntnissen zur Zielerreichung erst Bedeutung verleiht und der ein sinnvolles Studiendesign steuert
- b) bei der Wahl des angemessenen methodischen Vorgehens innerhalb des theoretisch fundierten Designs und
- c) der Berücksichtigung der praktischen Durchführbarkeit der Forschung.

Entscheidungen über die Verbindung dieser drei Aspekte spielen eine entscheidende Rolle dafür, dass es bei komplexen sozialen Prozessen, die unserer Auffassung nach für

fast alle pflegerischen Interventionen zu unterstellen sind, gelingt, den zentralen Anforderungen an eine „wissenschaftliche“ Evaluation (z. B. v. Kardorff 2006; Pawson et al. 2006; Rossi et al. 2004) nach

- a) kausal begründbaren,
- b) gültigen und
- c) zuverlässigen Erkenntnissen

über die Wirkung der untersuchten Interventionen auf die Zielpopulation möglichst gerecht zu werden. Die dazu jeweils erforderliche Verknüpfung von theoretischen, methodischen und forschungspraktischen Fragen hält v. Kardorff (2006: 70) für einen immer wieder neu zu meisternden „Balanceakt“, für den er ein schematisches Abarbeiten von Rezepten für vergeudete Mühe hält.

Im Hinblick auf das Ziel, die Wirksamkeit komplexer Interventionen oder Programme inhaltsreich zu erforschen, benötigen wir im Sinne Webers (1964) also sowohl kausal- als auch sinnadäquate Erklärkomponenten. Denn Ergebnisse sind immer Denkresultate, die empirische Fakten zu theoretisch sinnhaft verbundenen Handlungsabläufen zusammenfügen. Inhaltlich und methodisch sollte es der Wirkungsforschung also gelingen, die „richtigen“ Kausalbeziehungen herauszuarbeiten und ein aussagekräftiges, valides Ergebnis zu produzieren. Mit Weber bedeutet dann *„eine richtige kausale Deutung eines konkreten Handelns ... , daß der äußere Ablauf und das Motiv zutreffend und zugleich in ihrem Zusammenhang sinnhaft verständlich erkannt sind“*... und weiter ... *„daß der als typisch behauptete Hergang (in irgendeinem Grade) sinnadäquat erscheint, wie in (irgendeinem Grade) als kausaladäquat festgestellt werden kann“* (Weber 1964: 9). Er betont, dass solche Deutungshypothesen, wie alle Hypothesen der Kontrolle bedürfen, im Sinne einer verständlichen Sinndeutung durch die Abbildung des tatsächlichen Verlaufs. Zum Erkennen von Kausalität, gehören also „Kausaladäquanz“, „Sinnadäquanz“, der Hintergrund und Zusammenhang des Hergangs untrennbar zusammen (vgl. Weber 1964:8).

3. Kausalität und Validität in der pflegebezogenen Wirkungsforschung

Aussagen zur Kausalität beruhen immer auf Annahmen, stellen also Hypothesen dar, die sehr gut begründet sein müssen. Sinnvolle inhaltstragende Hypothesen ergeben sich jedoch erst durch ihre theoretische Einbettung. Jegliche Art rechnerischer Zusammenhänge, jede noch so ausgefeilte Statistik kann allein nicht wirklich nachweisen, dass eine kausale Beziehung vorliegt. Rechnerische Zusammenhänge können inhaltlich und theoretisch völlig unsinnig sein. So berichtet Krämer von einer Studie, nach der Personen umso mehr unverheiratete Tanten hatten, je niedriger der Calciumgehalt ihres Skeletts war (Krämer 1991: 126f.). Dieser unsinnige Zusammenhang hat die Erklärung im Alter: junge Menschen haben einen geringeren Calciumgehalt als ältere und auch mehr unverheiratete Tanten. Deshalb gibt es unterschiedliche Annahmen zu Kausalität (Tabelle 1). So muss vorab geklärt sein, ob ein gefundener Zusammenhang

nicht auch völlig anders als erwartet begründet werden kann (vgl. Beaglehole: 111). Beaglehole nennt für die Epidemiologie dazu den Ausschluss von Verzerrungseffekten, Störvariablen und zufälligen Verursachungen; typische ökologische Fehlschlüsse wären im gleichen Atemzug zu nennen (Zusammenhang zwischen Vorkommen von Störchen und der Geburtenrate). Allerdings werden im Zusammenhang mit Verzerrungseffekten, Confoundern, ökologischen Fehlschlüssen in der Regel nur messtechnische Probleme diskutiert und mit immer komplexeren Designs und statistischen Verfahren beantwortet. Auch die Frage nach dem Zufall wird in der Regel mit der Wahl der Methode beantwortet, in erster Linie mit der Berechnung von Signifikanztests. All diese differenzierten rechnerischen Antworten sind jedoch ohne eine inhaltlich gut begründete Theorie und ihre operationalisierten Hypothesen überflüssig, da sich derartige rechnerische Ergebnisse, wie betont, mit jedem „Unsinn“ herstellen lassen. Daher werden inhaltlich sinnhafte Voraussetzungen genannt, ohne die Kausalität nicht angenommen werden kann.

Das klingt klar und einleuchtend. Wie unterschiedlich das jedoch sein kann, zeigt Bhopal mit verschiedenen Modellen verschiedener Disziplinen. Der Einfachheit halber seien hier nur drei aufgeführt (Bhopal 2002: 118f.).

Mikrobiologie (Henle-Koch Postulat)	Ökonomie	Epidemiologie
Mikroorganismus kann in jedem Krankheitsfall nachgewiesen werden	Die Zukunft kann nicht die Gegenwart vorhersagen	Die Ursache geht der Wirkung zeitlich voraus („temporality“)
Der Mikroorganismus kann auf entsprechender Kultur vermehrt werden	Der Effekt kann genauer vorhergesagt werden mit Elementen der Ursache als ohne sie	Die Krankheit kommt bei den Exponierten häufiger vor („strength“)
Lebewesen, die dem Mikroorganismus ausgesetzt sind, entwickeln die Krankheit	Sofortige Verursachung gibt es nicht, weil eine Zeitdifferenz zwischen unabhängigen Aktionen besteht. Wenn A B verursacht und A würde nicht existieren, wäre B nicht eingetreten	Der Umfang der Exponiertheit hängt mit dem Umfang der Krankheit zusammen („dose-response“)
Mikroorganismus kann auch von dem experimentell Infizierten vermehrt werden	Eine Ursache kann viele Wirkungen haben und eine Wirkung viele Ursachen.	Die Ursachen hängen mit der Krankheit in spezifischer und relevanter Weise zusammen („specificity“)
	Die mutmaßliche Ursache A kann eine eigene Auswirkung haben oder Teil der Ursache sein	Veränderung des Umfangs der Exposition gegenüber der Ursache führt zu Veränderung der Krankheit („experiment“)
		Verschieden Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen (consistency)

Tab. 1: Vergleich verschiedener Denkmodelle zu Kausalität (Bhopal 2002: 118f.)

Offenbar sahen selbst die Autoren des Henle-Koch Postulats, dass ihre Kausalitätsvorstellungen nie strikt angewendet werden konnten. Insbesondere mit neueren Techniken wie Antikörpertests und DNA-Analysen sei dieses Modell überholt. Das ökonomische

misch geprägte Kausaldenken ist insofern interessant, als hier Experimente in Annäherung an Naturwissenschaften nicht möglich sind. Kausalität sei hier eher auf Vorhersage orientiert als auf die Herstellung eines Ergebnisses. Ähnlichkeiten mit den Postulaten der Epidemiologie mit der Frage nach der Kausalität zur Untersuchung von Krankheitsursachen sind offensichtlich.

Am Beispiel der für die Epidemiologie beschriebenen Kriterien lässt sich aufzeigen, welche Schwierigkeiten sich für eine Kausalitätsbestimmung bei der Bewertung komplexer Zusammenhänge ergeben: deutlich wird eine einzige *conditio sine qua non*, nämlich dass ein Ereignis zeitlich seinem vermuteten Effekt vorausgeht. Die weiteren Kriterien – auch wenn sie sich eindeutig anhören, setzen wiederum explizite oder implizite theoretische Entscheidungen voraus: z. B. „strength“: Wie eng muss der Zusammenhang sein, um Kausalität zu vermuten? Gleiches gilt für „dose-response“ oder „specificity“: Welche spezifischen und relevanten bekannten Wirkungszusammenhänge sind recherchiert und werden akzeptiert? Oder „consistency“: Welche anderen Studien werden einbezogen? usw. Im Hinblick auf die methodischen Gütekriterien des Studiendesigns und der evidence herrscht aktuell eine paradigmatische Voreinstellung, die die „Vertrauenswürdigkeit“ von Ergebnissen an einer „Evidenzhierarchie“ orientiert und damit auch Aussagen zur „Hochwertigkeit“ von Ergebnissen macht. Für die Phänomene, die naturwissenschaftlichen Gesetzmäßigkeiten folgen, mag man so argumentieren. Wir zweifeln hier an, dass diese Grundvoraussetzung sich regelhaft sinnvoll auf die Bewertung von Wirkungen in pflegebezogenen Kontexten anwenden lässt (vgl. auch Elkeles 2006). Wir begründen dies im Folgenden, indem wir die Bedeutung von Theorien und den darauf zu beziehenden Designs näher begründen.

3.1 Die Bedeutung von Theorien

Zur Vermeidung von Fehlern in den Forschungsergebnissen sind in mannigfaltigen Katalogen seit längerer Zeit Checklisten zusammengestellt, die sich in der Regel auf Messfehler, Analyse- und Designfehler beziehen (z. B. Campbell et al. 1966, Cook et al. 1979, Patton 2002, Scriven 2002, Mühlhauser et al. 2011). Allerdings sind, wie oben erwähnt, weitere zentrale Fehlerquellen nicht empirisch zu prüfen, z. B. ob alle relevanten Zusammenhänge in die Analyse einbezogen wurden, welche Bedeutung „Störvariablen“ haben, ob die Outcome Indikatoren die richtigen sind etc. Diese Probleme führten Klassiker der Evaluationsforschung, wie z. B. Pawson (2003), Chen (1990), Weiss (1995), Lipsey (1993) dazu, von vornherein eine theoriegeleitete Wirkungsanalyse zur Sicherung der Validität der Ergebnisse zu fordern. Das dazu herangezogene Gebäude wird in den Sozialwissenschaften in der Regel als „Programmtheorie“ bezeichnet. Sie soll Auskunft darüber geben,

- warum,
- welche Elemente einer Intervention
- wie
- unter welchen Bedingungen wirken sollen (vgl. Rossi et al. 2004).

Dazu bedarf es jedoch streng genommen zweier Theorien:

a) derer, die sich auf den Gegenstand der Intervention beziehen: Sie stellen die konkrete Grundlage für die Operationalisierung, denn sie steuern die Variablenauswahl, beschreiben in welchem Zusammenhang sie stehen, was abhängige, was unabhängige, was intermediäre Variablen sind, sie geben Auskunft über sinnvolle Ziel- und Outcome Indikatoren, geben möglichst Auskunft über die Zeitkomponenten und Bedingungen der Interventionswirkungen etc.

b) Es bedarf jedoch theoretischer Annahmen zur Erklärung der Ursachen, der Art und Weise des Veränderungsprozesses, der durch eben diese Interventionen erreicht werden soll, aber auch über relevante förderliche und hinderliche Einflussgrößen des angestrebten Prozesses. Denn auch wenn möglicherweise eine gute Theorie über den Gegenstand die Kausalität und Validität für einen Zusammenhang untermauert, ist mit den üblichen Messungen vor und nach einer Intervention oftmals noch offen, wie und warum sie möglicherweise gewirkt hat (Bartholomeyczik 2013). Gerade komplexe Interventionen bzw. Interventionsprogramme stoßen auf sich verändernde Systeme und erzeugen gleichzeitig weitere Veränderungen, für die „Störvariablen“ bzw. Verzerrungseffekte nicht immer ausgeschlossen werden können. Denn sowohl die „Subjekte“, die Intervenierenden, als auch die „Objekte“ der Intervention, die zu Pflegenden/Patienten oder Pflegenden, unterliegen im Zeitverlauf sich ändernden Einstellungen, Lerneffekten, Kontexteffekten etc., deren Bedeutung für die Wirkungsbeurteilung zu klären ist (z. B. Höhmann et al. 2010, Höhmann 2010).

Eine solche theoretische Basierung der Interventionen, der erwarteten Veränderungswirkungen und -mechanismen ist also erforderlich, um eine inhaltliche Interpretierbarkeit, wenn möglich sogar Eindeutigkeit der Ergebnisse zu erreichen und um Bedingungsfaktoren der Wirkungsanalyse klarer und fehlerfreier zu explizieren, damit Interventionen oder Programme sinnvoll bewertet, genutzt und weiterentwickelt werden können.

Deutlich wird daran zum einen die Bedeutung theoretischer Festlegungen für die Validitätssicherung, aber auch die darauf bezogenen Erfordernisse der theoretischen Rückbindung von Forschungsdesigns.

3.2 Die Bedeutung von Designs

Als „Goldstandard“ zur Überprüfung empirischer Kausalität gelten, wie oben beschrieben, in der Regel Experimentaldesigns. Allerdings lässt sich bei komplexen pflegebezogenen Interventionen oder Programmen (z. B. dem Entlassungsmanagement), die dort für eine Wirkungskontrolle geforderte kontrollierte Manipulation einer oder weniger zeitlich vorausgehender unabhängiger Variablen zum einen oft praktisch nur schwer realisieren: z. B. durch die Probleme, wie vergleichbar sind Vergleichsgruppen in einem überaus heterogenen Untersuchungsfeld? Welche Kriterien können als relevante matching Kriterien gelten, wenn Randomisierung nicht machbar ist? Parallele Interaktionseffekte durch individuelle Problemwahrnehmungen, Reaktionen, Kons-

tellationen und Abläufe, das implizite Selbstverständnis, Wissen, die Emotionen oder spontanen Problemlösungsinitiativen der Handelnden in der sozialen Welt sollten nicht als einfache „Confounder“ ausgeschaltet werden, sind aber auch schwer in ihrer Bedeutung und Wirkung zu kontrollieren. Kriz (zit. nach Elkeles 2006: 43f) zeigt dieses Problem an der beispielhaften Mystifizierung der Erfolgsmessungen von Psychotherapieverfahren sehr deutlich auf: *„Was bleibt, als kleine „Zwischenbilanz“, eigentlich noch von der Ausgangsfrage übrig, (z. B.) ob und wie effektiv Therapiemethode A wirkt?“ Was wir (...) erwarten könnten, wäre eine Information darüber, wie Patienten der Gruppe X, nach den Kriterien C, D, E ... zusammengestellt, hinsichtlich Antworten und Beobachtungen der Variablen F, G, H ... bei Therapeuten mit den Eigenschaften I, J, K, ... sich verändern. Beantwortet das noch unsere obige Frage bzw. ist diese Information noch als angemessene Basis anzusehen, um Aussagen über die Therapieform A zu machen? Daß diese Probleme allzu wenig diskutiert werden, mag wohl daran liegen, daß als Metapher (oder gar Ideal) der komparativen Psychotherapieforschung immer noch die Pharma- Forschung angesehen wird, bei der eine Substanz A zu jeder Zeit und an jedem Ort nach einer bestimmten, algorithmusartigen Prozedur hergestellt werden kann und dann auch in der derselben Weise wirken sollte¹. Dabei ist diese Vorstellung schon in der Pharma-Forschung eine Fiktion, da das Resultat der „Einwirkung“ von A auch vom System abhängt und höchstens für isolierte, monoklonale Zellen im Reagenzglas ein zutreffendes Modell sein mag. Daher sind selbst in der Pharma- Forschung ergänzende Feldstudien wichtige Gepflogenheit“.*

Dieses Beispiel zeigt die Schwierigkeiten deutlich auf, anhand einer streng experimentellen Kausalitätsüberprüfung, eindeutige Wirkfaktoren für eine bestimmte komplexe Intervention herausfiltern zu können. Eine große Anzahl theoretisch plausibler Faktoren kann als Bedingungen oder Interaktionseffekte, als „Zusatzgrößen“ auftreten. Allerdings fehlen für solche komplexen Phänomene naturwissenschaftlich deterministische Theorien, die exklusive eindeutige Bedingungsbeziehungen aufzeigen können. Zum anderen wären die für deterministische Theorien erforderlichen vielarmigen Untersuchungen zur Prüfung aller möglichen Konstellationen nicht durchführbar. Komplexe Interventionen verlieren, wie Kriz (2000) zeigt, an Realitäts- und damit auch Problemlösungskapazität, wenn sie einem Design angepasst werden müssen, das an anderen Kausalitätsvorstellungen und Wirkungslogiken hängt. Denn ihrer Logik nach können sie nur sehr kleinteiligen Erkenntnisgewinn für solche Fragestellungen liefern (Moers et al. 2011). Ein Rückbezug auf die oben vorgestellten Kausalitätskriterien der Epidemiologie verweist auf die Bedeutung sinnadäquater Zusatzkriterien, die sich aus theoretischen Einordnungen des zu erklärenden Phänomens und relevanten Zusatzinformationen ergeben. Die oben zitierten Kriterien gelten als „sinnvoll“, um eine wirkungsbezogene Forschungsfrage für dieses Gegenstandsgebiet zu bearbeiten. Dahinter liegen gegenstandsbezogene Hintergrundtheorien, die zur Erklärung der potentiellen Kausalität nutzbar gemacht werden, um ihre Güte und Belastbarkeit bewerten zu können.

¹ Hervorhebung durch die Autorinnen

Eine interessante Kombination zwischen den Anforderungen an standardisierte RCTs, in diesem Fall eine Cluster-RCT, und der Nutzung nicht standardisierter und individualisierter Interventionen stellt Cohen-Mansfields Untersuchung zur Behandlung von Agitation bei Menschen mit Demenz dar (Cohen-Mansfield et al. 2007). Mit Hilfe von Informationen familiärer und professioneller Pfleger, Geriater und direkter Beobachtungen wurde für jede Person eine individuelle Hypothese für den Grund der Agitation erarbeitet. Darauf aufbauend wurde eine individualisierte, auf Persönlichkeit und Vorlieben abgestimmte Intervention entwickelt, die von Musik, Spielen, Puzzles, Puppen, Massage, Schmerzbehandlung bis zu Ausflügen reichte. In einer Vergleichsgruppe wurden die Pflegenden zum Thema Agitation weitergebildet. Obwohl auch in der Vergleichsgruppe ein Effekt bei der Reduzierung der Agitation festgestellt wurde, war der Effekt in den Interventions-Wohneinheiten deutlich stärker ausgeprägt. Nach traditionellem Muster hätten die verschiedenen Interventionen zunächst einzeln auf ihre Effektivität hin untersucht werden müssen. Möglicherweise hätte man, da die Intervention dann nicht individualisiert gewesen wäre, keinen Effekt mehr gefunden.

Im Zusammenhang mit der neueren Diskussion um „komplexe Interventionen“ werden z. B. bei Craig et al. (2008) in einigen Aspekten die sonst gültigen Grenzen von standardisierten deterministischen Designs überschritten, wenn zur Entwicklung von Interventionen eine theoretische Begründung angereichert mit „bestätigender“ Empirie gefordert wird. Auch die Autoren des britischen Medical Research Councils (MRC), wie beispielweise Craig et al. (2008), empfehlen eine Prozessevaluation bei komplexen Interventionen. Explizit wird hierfür auch auf die Nutzung qualitativer Methoden verwiesen, die die Komplexität einer Intervention verstehen und damit weiterentwickeln lässt (Campbell et al. 2000, Wirtz et al. 2011, Ludvigsen et al. 2013). Allerdings zielen die Empfehlungen zur Entwicklung komplexer Intervention vor allem auf die Empirie und vor allem auch auf die Abschätzung von Effektgrößen, bevor der tatsächliche Effekt überhaupt „richtig“ untersucht werden kann.

Für die Wirkungskontrolle komplexer Interventionsprogramme plädieren wir hier deshalb für ein Verständnis von Kausalität, das der Komplexität und prozesshaften Handlungsbezogenheit sozialer Phänomene gerecht wird, indem wir uns erinnern, dass „*The first thinker who proclaimed that every event is effect of something and cause of something else, that every particular existence is both, conditioned and condition, merely put into words the procedure of a workman, converting a mode of practice into a formula*“ (Dewey 1926:84, zit. nach Kelle 2006:120). Eine Intervention bedingt oder bewirkt nicht nur etwas, sondern sie unterliegt gleichzeitig auch Bedingungen. In diesem Sinne müssen Forschungsdesigns, die komplexe Kausalzusammenhänge abbilden wollen, mindestens drei Elemente berücksichtigen: (vgl. Kelle 2006):

1. Angaben zu den externen, situativen Bedingungen, die das Ausgangsproblem möglicherweise (mit)verursachen, z. B. die Auswirkung der DRG Restriktionen auf die Verweildauer im Krankenhaus und dadurch auch für das Entlassungsmanagement.

2. Angaben zu den Zielen der Handelnden, also darüber, was sie mit der Intervention warum und wie bewirken wollen, z. B. die Wiedereinweisungsrate von Patienten mit gleicher DRG innerhalb von 14 Tagen zu vermeiden.

3. Angaben zu kulturell bedeutsamen, als allgemein zu unterstellenden Handlungsregeln, die Handlungsziele und vorgefundene Handlungsbedingungen verbinden, z. B. ethische Selbstverpflichtungen der Kliniken oder fachlicher Ethos der Berufsgruppen, die allgemein geteilt werden.

Als grundsätzliche Schlussfolgerung aus den Passungsproblemen klassischer „Schulendesigns“ plädieren wir dafür, die

- Forschungsmethoden grundsätzlich am Inhalt, also der Fragestellung in ihrer theoretischen Verortung,
- am erwarteten und möglichen Erkenntnisgewinn und nicht zuletzt
- an der praktischen Durchführbarkeit im Feld zu orientieren.

Vor diesem Hintergrund ist ein möglichst aussagekräftiges Evaluationsvorgehen bei jeder neuen Fragestellung je nach Bedingungen immer wieder neu zu gestalten und zu begründen.

Schließlich bleibt noch die Aufforderung, die Galvin et al. so formulieren: *„All researchers must [...] keep in check and in a way control their evolving understanding so that they don't make definite what is indefinite, that is, so that they don't understand too quickly or carelessly“* (Galvin et al. 2008: 973).

3.3 Lösungsansätze für eine aussagekräftige Erforschung von Wirkungen

Festzuhalten ist, dass zur Sammlung von Erkenntnissen über die Wirkungen komplexer Interventionen oder Programme eine Kombination aus kausal- und sinnadäquaten Logiken zu favorisieren ist. Wie lässt sich diese Forderung praktisch umsetzen?

Wir folgen hier Autoren wie z. B. Scriven (1972), Rossi et al. (2004), Kromrey (2001: 117f), die zur Überprüfung komplexer Programmwirkungen (impacts) in der Regel eine Kombination von formativem und summativem Evaluationsvorgehen empfehlen. Dies erlaubt deren unterschiedliche Schwerpunkte und Informationsbeiträge in Abhängigkeit vom Erkenntnisinteresse zusammenzufügen. Wir gehen damit deutlich über die Empfehlungen für die Untersuchung „komplexer Interventionen“ (Craig et al. 2008, Wirtz et al. 2011) formulierten Stufenabfolge hinaus, sondern plädieren für eine Integration beider Designs.

Der summative Teilbereich der Evaluation, nimmt dabei die Outcomes der Intervention in den Blick, die im Rahmen des gegenstandsbezogenen Theorierahmens ausgewählt wurden. Er stützt sich am ehesten auf Designs, die klassischen Experimentalanordnungen möglichst nahe kommen und anhand von Vorher-Nachher Studien, auch prospektiv, möglichst mit einer Vergleichsgruppe einen zentralen Outcome fokussieren. Grundlage ist, dass die „Zielvariablen“ die „richtigen“ Outcomes abbilden.

Aufgrund der Theoriebeschaffenheit für komplexe Zusammenhänge stellt sich oft heraus, dass es keinesfalls nur ein einziges Ziel gibt, auf das die Intervention gerichtet ist. Zum Beispiel: Was soll das Outcome eines erfolgreichen Entlassungsmanagements sein: Eine verhinderte Wiedereinweisung innerhalb von 14 Tagen mit der gleichen DRG Kodierung? Die Zufriedenheit der Patienten/Angehörigen mit dem Entlassungsgespräch, mit der Koordination von Nachsorgenden? Erhöhte Kompetenzen, definierte Pflegeprobleme eigenständig zu bewältigen? Ein selteneres Aufsuchen des Hausarztes? Geringere Folgekosten – doch welche werden da in den Blick genommen – über welchen Zeitraum? Hier bedarf es multipler Festlegungen. Zudem sind aus Gründen der externen Validität meist Nebeneffekte ebenso wie eine gezielte Analyse nicht beabsichtigter Folgen von zentraler Bedeutung für eine übergeordnete Bewertung der Interventionswirkung. Ganz zentral bleiben auch die Fragen nach dem „Wie“ und „Warum“ des Veränderungsprozesses.

Um Erkenntnisse über letztere Fragen zu gewinnen, wird ein formatives Evaluationsvorgehen im Sinne einer strukturierten Prozessbegleitung eines gezielten Monitorings empfohlen. Dabei stehen weniger die Effekte der Intervention für die Zielgruppe im Mittelpunkt des Interesses, sondern die systematische Untersuchung der Aspekte, die sich auf die Elemente der Veränderungstheorie beziehen. Im Sinne einer Vor-Ab-Bewertung beginnt dies in der Regel bereits vor der Intervention im ersten Schritt, in dem die Programmkonzeption, ihre Problemangemessenheit, Passgenauigkeit der Interventionsziele, Art, Inhalt und Umsetzbarkeit der Maßnahmen, Auswahl der geeigneten Zielindikatoren analysiert werden. Im zweiten Schritt gerät dann die Programmdurchführung, also die Umsetzung der Interventionsmaßnahmen, in den Blick. Durch fortlaufende Begleitung und ein Prozessmonitoring können während der Programmdurchführung gegebenenfalls Modifikationen und Optimierungen stattfinden. Wichtige Erkenntnisse liefern solche Monitoringergebnisse beispielsweise um zu überprüfen, ob die intervenierenden Personen die geplanten Maßnahmen, z. B. die Pflegenden ihre neu erlernten Fallbesprechungen wie beabsichtigt umsetzen und mit den Menschen mit Demenz anders umgehen (Bartholomeyczik et al. 2013) oder aus welchem Grund Pflegende gemeinsam erarbeiteten Problemlösungen mit Ärzten zustimmen (vgl. Höhmann et al. 2010). Aus diesem Grunde wird auch im Rahmen medizinischer Forschung empfohlen, die Zwischenebene der Lerneffekte explizit zu evaluieren (Sauerland et al. 2012).

Stehen solche Fragen nach Maßnahmen, Mitteln, Formen der Interventionen im Vordergrund, spricht man auch von Implementierungsforschung oder Prozessevaluation als einem Aspekt der Evaluationsforschung. Die Meinungen gehen darüber auseinander, wie „wissenschaftlich“ solche prozessbegleitenden Ergebnisse sind, oder ob sie eher einem Entwicklungs- bzw. Beraterparadigma als einem Forschungsparadigma folgen. Gleichwohl trägt die Begleitung des Implementierungsprozesses als eine zentrale zusätzliche Informationsquelle zur eindeutigeren Nachweisbarkeit von Programmwirkungen bei. Allerdings nur dann, wenn die angestrebten Zielkriterien auf den verschiedenen Ebenen (vgl. Tabelle 2) schon frühzeitig festgelegt werden und gleich in das Monitoringssystem aufgenommen und daraufhin prozesshaft kontrolliert

werden können. Je nach theoretischer Einordnung sollten Monitoringaktivitäten in engen bzw. definierten Abständen zur Intervention liegen, Wiederholungsüberprüfungen erlauben Hinweise auf Kontexteffekte, neu auftretende Störvariablen oder Zufallsvariationen im Zeitverlauf. So besteht die Hoffnung, dass im Zeitverlauf Störfaktoren schnell sichtbar werden, bevor sie Interventionseffekte überlagern, oder nicht mehr davon zu trennen sind.

Die folgende Übersicht verdeutlicht zusammenfassend, wie je nach Evaluationsvorgehen verschiedene Ebenen von Effekten in den Blick genommen werden können, die zu Aussagen über das gesamte „Wirkungsfeld“ einer komplexen Intervention zusammengesetzt werden können. Sie sind aus den jeweils verschiedenen Teilbereichen der unterliegenden Programmtheorie zu entwickeln.

Inhalte	Operationalisierung	Art der Evaluation
1. Inputs	aufgewendete Mittel, Personal, Zeit	Formativ
2. Programmaktivitäten	Ausmaß der Umsetzung des Programms, Anzahl der Maßnahmen, Veranstaltungen	Formativ
3. Teilnahme	Anzahl, Merkmale, Art der Beteiligung von Zielgruppen	Formativ
4. Reaktionen	Einschätzung des Programms durch Beteiligte: Interesse, Zufriedenheit, Stärken, Schwächen	Formativ + Summativ
5. Veränderung von Wissen, Einstellungen	kognitive, affektive, konative Veränderungen	Formativ + Summativ
6. Veränderung von Handeln	neue Handlungsweisen, -abläufe im Zeitverlauf	Formativ + Summativ
7. Gesamtwirkungen	Einwirkungen auf Gesamtproblem, Nebenwirkungen, soz./ök. Wirkungen/Folgen	Formativ + Summativ

Tab. 2: Sieben Ebenen der Effektmessungen mit Bezügen zum Evaluationsvorgehen (in Anlehnung: an Patton, M. 1997: 235; Rossi et al. 2004: 211)

Fazit

Untersuchungen zur Wirkung pflegerischer Interventionen sind dann sinnvoll, wenn sie sich eines Forschungsdesigns bedienen, das realitätsnahe Auswirkungen untersucht und diese zu erklären vermag. Da solche Interventionen in der Regel in der Alltagswelt des pflegerischen/sozialen Handelns Bedeutung erlangen sollen, erscheinen Interventionsziele im Sinne von „efficacy“, also Wirksamkeit unter Idealbedingungen, meist wenig aussagekräftig (Behrens et al. 2004). So unbestreitbar wichtig die Beachtung von Anwendungsregeln in der empirischen Forschung sein kann, so verheerend wirkt sich eine schematische Abarbeitung unabhängig von Fragestellung und Gegenstand dann aus, wenn sie nur übernommen werden, weil dies z. B. aus Konkurrenz- oder Statusgründen erstrebenswert oder opportun erscheint. Entsprechender Druck wird unseres Erachtens oftmals durch Veröffentlichungsanforderungen von Peer Reviewed Journals oder durch Normen bei der Vergabe von Forschungsmitteln erzeugt. Das „eigentliche“ Ziel von Forschung: Neue, inhaltlich relevante, kreative Erkenntnisse zum erforschten

Gegenstand zur Weiterentwicklung pflegebezogenen Wissens mithilfe gut begründeter empirischer Werkzeuge zu sammeln, scheint uns zu häufig hinter einem Methodenprimat zurückzutreten. Beobachtbar ist unserer Ansicht nach in der Pflegewissenschaft der vergangenen Jahre oftmals fast ein „Gehorsam“ gegenüber Regeln, die aus dem genannten medizinisch-naturwissenschaftlichen Verständnis von Wirkungsweisen stammen, ohne theoretisch sicherzustellen, dass sie dem eigenen Untersuchungsgegenstand und allen Anwendungsbedingungen gerecht werden. Wir bedauern, dass sich die Pflegewissenschaft bei der Suche nach einem eigenen Gegenstandsverständnis oft zu sehr auf eine überkommene Kontroverse zwischen qualitativen und quantitativen Ansätzen reduziert, statt sich gemeinsam auf die Suche nach den besten Erkenntnismöglichkeiten zu begeben. Indem im quantitativ orientierten Bereich Hierarchien von Studienqualitäten ohne die Frage nach der Angemessenheit für den eigenen Gegenstand reproduziert werden, ohne die statistischen Konventionen als „menschengemachte, praktische“ Setzungen zu thematisieren, inflationiert sich die Ernsthaftigkeit dieses „Wahrheitsverständnisses“ selbst – denn viel zu oft können die voraussetzungsvollen Regeln gar nicht eingehalten werden – oder bringen nur sehr wenig Erkenntnis. Ebenso wie – unserem Verständnis nach – qualitative Ansätze nicht grundsätzlich allein Verstehensthematiken für sich reklamieren können.

Oft scheint die Leitlinie wichtiger zu sein als die überlegte Anwendung von Methoden, Reflektionswilligkeit oder vielleicht auch Reflektionsfähigkeit der Forschenden scheinen hinter der Anwendungsbereitschaft von Rezepten zurückzutreten.

Empfehlungen

- Der Untersuchungsplan muss für jedes Forschungsvorhaben auf Grundlage der Programmtheorie maßgeschneidert werden, anstatt Forschungsfragen an standardisierte Methodenregeln anzupassen. Die normative Orientierung an vorgefertigten Standards erhöht das Risiko inadäquater Wirkungsanalysen und dadurch auch das von Fehlschlüssen, auch bei raffiniertesten statistischen Verfahren.
- Mögliche Fehler sollten von Vornherein vermieden werden durch einen transparenten Bezug zu einer begrifflich klar formulierten Programmtheorie. Auf dieser Grundlage sind die empirischen Korrelate zu bestimmen, zu erheben und zu interpretieren aber auch die Erhebungsinstrumente zu begründen. Eine spätere Messung und Fehlerkontrolle durch statistische Verfahren erlauben keine hinreichenden Aussagen über Zurechnungsfehler.
- Bei der Wirkungsanalyse komplexer Interventionen / Programminterventionen spielen in der Regel mehrere Outcomes, die auf verschiedenen Ebenen liegen, eine Rolle. Um möglichst breite Erkenntnisse über die Umsetzungsbedingungen und Wirkungen solcher Interventionen zu bekommen, sind im Evaluationsdesign summative und formative Elemente zu integrieren.
- Da es sich bei solchen Wirkungsanalysen um angewandte Forschung handelt, ist darauf zu achten, dass das Praxisfeld durch die Evaluation möglichst wenig beeinträchtigt wird.

tigt wird. Unrealistische Versuche inhaltlich unangemessener Standardisierungen sind zu vermeiden. Bei Vergleichsgruppendesigns müssen mögliche Verzerrungseffekte und Fehlinterpretationen durch eine gezielte Analyse der Responsivität des Feldes, wie Lerneffekte, Motivationen, Wissen um Gruppenzugehörigkeit etc. herausgearbeitet werden, statt zu meinen, dass sie über Randomisierung inhaltlich unwichtig werden könnten.

- Grundsätzlich gilt: Die Gegenstandsangemessenheit der Methode ist kritisch zu prüfen ebenso wie die Weite des eigenen methodischen Rüstzeugs und der methodologischen Einordnung. Selbstverständlich ist im Einzelfall zu prüfen, ob und wobei Rezepte hilfreich sind.

Abschließend möchten wir darauf hinweisen, dass sich die vorliegenden Überlegungen auf einen Teilbereich angewandter Forschung beziehen und insofern die jeweils spezifischen Gegebenheiten des Feldes die zentrale Verwirklichungsbedingung aller methodischen Überlegungen darstellen.²

Literatur

- Balzer, K., Köpke, S., Langer, G., Meyer, G., & Behrens, J. (2012): Theorieferne Evidenzbasierung? Replik zum Beitrag von Moers et al. *Pflege*, Dezember 2011, Heft 6, Themenschwerpunktheft Theorieentwicklung in der Pflege im 21. Jahrhundert. *Pflege*, 25(2), 137-141
- Bartholomeyczik, S. (2013): Nutzenbewertung in der Pflegeforschung: Beispiele und offene Fragen. *Z Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen (ZEFQ)*, 107, 242-247
- Bartholomeyczik, S., Holle, D., Halek, M. (2013): Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz verstehen. Weinheim: Beltz Juventa
- Beaglehole, R., Bonita, R., & Kjellström, T. (1997): Einführung in die Epidemiologie. Bern: Huber
- Behrens J, Langer G (2004): Evidence-based Nursing. Bern: Huber
- Bhopal, R. S. (2002): Concepts of epidemiology. An integrated introduction to the ideas, theories, principles and methods of epidemiology. Oxford: Oxford University Press
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., Tyrer, P. (2000): Framework for Design and Evaluation of Complex Interventions to improve Health. *British Medical Journal*, 321, 694-696
- Campbell, D.T.& Stanley, J.C. (1966): *Experimental and Quasi Designs for Research*. Chicago: Rand MC Nally
- Cohen-Mansfield, J., Libin, A., & Marx, M. S. (2007): Nonpharmacological Treatment of Agitation: A Controlled Trial of Systematic Individualized Intervention. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 62A(8), 908-916
- Chen, H.T.(1990): *Theory driven Evaluations*. Newbury Park, CA: Sage
- Cook, T.D. & Campbell, D.T. (1979): *Quasi Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings*. Chicago: Rand MC Nally
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Mitchie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008): Developing and Evaluating Complex Interventions: The New Medical Research Council Guidance. *British Medical Journal*. 337, 979-983
- Elkeles, T. (2006): Evaluation von Gesundheitsförderung und die Forderung nach Evidenzbasierung – fünf Thesen zur Anwendbarkeit auf Gesundheit. *Zeitschrift für Evaluation* (1) 39-70
- Galvin, K., Emami, A., Dahlberg, K., Bach, S., Ekebergh, M., Rosser, E., Powell, J., Edlund, B., Bondas, T., Uhrenfeldt, L. (2008): Challenges for future caring science research: a response to Hallberg (2006). *International Journal of Nursing Studies*, 45, 971-974

- Grol, R., Wensing, M., Eccles, M. (Eds.). (2005): Improving patient care. The implementation of change in clinical practice. Edinburgh: Elsevier
- Höhmnn, U., Schilder, M., Metzenrath, A., Roloff, M. (2010): Problemlösung oder Problemverschiebung? Nichtintendierte Effekte eines Gesundheitsförderungsprojektes für Pflegende in der Klinik. Ergebnisausschnitte einer Evaluation. *Pflege & Gesellschaft* 15 (2), 108-125
- Höhmnn, U. (2010): Zum Verhältnis von finanziellem Druck und professionellen Inhalten: Ungenutzte Gestaltungschancen bei der Qualitätsentwicklung in der stationären Altenpflege. In: Köhler-Of-fierski, A., Edtbauer, R. et al. (Hrsg.): Gestaltung und Rationalisierung. Band 6/ 2010 der Ev. Hochschulperspektiven. Freiburg: Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre, 161-177
- Kardorff, E. v. (2006): Zur gesellschaftlichen Bedeutung und Entwicklung (qualitativer) Evaluationsforschung. In: Flick, U. (Hrsg.) (2006): Qualitative Evaluationsforschung. Reinbek: Rowohlt, 63-91
- Kelle, U. (2006): Qualitative Evaluationsforschung und das Kausalitätsparadigma. In: Flick, U. (Hrsg.) (2006). Qualitative Evaluationsforschung. Reinbek: Rowohlt, 117-134
- Krämer, W. (1991): So lügt man mit Statistik. 3. Aufl. Frankfurt: Campus
- Kriz, J. (2000): Perspektiven zur „Wissenschaftlichkeit“ von Psychotherapie. In: Hermer, M. (Hrsg.) Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jh. Tübingen: DGVT Verlag, 43-66
- Kromrey, H. (2001): Evaluation – ein vielschichtiges Konzept. Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. Empfehlungen an die Praxis. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis. 24 (2), S. 105-131
- Lamnek, S. (1993): Qualitative Sozialforschung. Band 1: Methodologie. 2. überarb. Aufl. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union
- Lipsey, M.W. (1993): Theory as Method: Small Theories of Treatment. IN: New Directions for Program Evaluation, 57, 5-38
- Ludvigsen, M. S., Meyer, G., Hall, E., Fegran, L., Aagaard, H., Uhrenfeldt, L. (2013): Development of clinically meaningful complex interventions - The contribution of qualitative research. *Pflege*, 26(3), 207-214
- Luhmann, N. (2000): Organisation und Entscheidung. Opladen, Wiesbaden: Deutscher Verlag
- Moers, M., Schaeffer, D., & Schnepf, W. (2011): Too busy to think? Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft. *Pflege*, 24(6), 349-360
- Mühlhauser, I., Meyer, G. (2006): Evidence Based Medicine: Widersprüche zwischen Surrogatergebnissen und klinischen Endpunkten. *Psychother Psych Med*, 56, 193-201
- Mühlhauser, I., Lenz, M., Meyer, G. (2011): Entwicklung, Bewertung und Synthese von komplexen Interventionen – eine methodische Herausforderung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)*, 105, 751-761
- Paterson, C., Baarts, C., Launso, L., Verhoef, M. J. (2009): Evaluating complex health interventions: a critical analysis of the 'outcomes' concept. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 9: 18, doi: 10.1186/1472-6882-1189-1118
- Patton, M.Q. (1997): Utilisation- focused Evaluation. 3rd Ed. Thousand Oaks: Sage
- Patton, M.Q. (2002): Qualitative Research and Evaluation Methods. Beverly Hill: Sage
- Pawson, R. (2003): Nothing as practical as a good Theory. *Evaluation*, 9 (4) 471-490
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997): Realistic Evaluation. London: Sage
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010): Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., Freeman, H. E. (2004): Evaluation. A Systematic Approach (7th ed.). Thousand Oaks: Sage
- Rossi, P., Freeman, H., Hofmann, G. (1988): Programm-Evaluation. Einführung in die Methoden angewandter Sozialforschung. Stuttgart: Enke
- Sauerland, S., Scheibler, F. (2012): Komplexe Interventionen. Schwer zu definieren, schwer zu evaluieren. *HTA Newsletter*, 110, 1
- Scriven, M. (1972): Die Methodologie der Evaluation. In: Wulf, C. (Hrsg.) Evaluation. Beschreibung und Bewertung von Unterricht, Curricula und Schulversuchen. München: Piper
- Scriven, M. (2002): Evaluation Thesaurus. Newbury Park et al.: Sage

- Stockmann, R. (2006): Evaluation und Qualitätsentwicklung. Eine Grundlage für wirkungsorientiertes Qualitätsmanagement. Münster: Waxmann
- Ulmer, E., Höhmann, U., Linhart, M., Kohan, D. (2001): Der Einsatz von interaktionsintensiven pflegetherapeutischen Maßnahmen und von Hausmitteln in der Pflege. *Pflege* 14 (3), 191-205
- Weber, M. (1964): *Wirtschaft und Gesellschaft*. Erster Halbband. Köln: Kiepenheuer & Witsch
- Weiss, C. H. (1995): Nothing is as practical as a good theory: Exploring theory based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families. In: Conell, J.P. et al. (Eds.) *New approaches to evaluating community initiatives*. Washington D.C., 65-92
- Wirtz, M., Albert, S., Bornemann, R., Ernstmann, N., Höhmann, U., Ommen, O. & Pfaff, H. (2011): Versorgungsnaher Organisationsforschung. In: Pfaff, H., Neugebauer, E., Glaeske, G., Schrappe, M. (Hrsg.) *Lehrbuch Versorgungsforschung*. Stuttgart: Schattauer, 284-289

Prof. Dr. Ulrike Höhmann

Ev. Hochschule Darmstadt, Zweifalltorweg 12, 64293 Darmstadt,
hoehmann@eh-darmstadt.de

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Universität Witten-Herdecke, Department für Pflegewissenschaft, Stockumer Str. 12, 58453 Witten, sabine.bartholomeyczik@uni-wh.de

Maxine Saborowski, Ingrid Kollak

Interdisziplinäres Lernen in der Pflegewissenschaft – mit einem Modell für fallbezogene Projektarbeit

Interdisciplinary learning in nursing science – with a model for a case-related project seminar

Nursing science is interdisciplinary in a double sense: On the one hand, as a young discipline it is interdisciplinary in its internal structure. On the other hand, nursing research and practice increasingly require the ability to work interdisciplinary. This encompasses not only the medical field, also technical and juridical questions need to be covered, as latest studies concerning skills needs for nursing professionals show. The skills needs are increasing: Therefore the Deutsche Wissenschaftsrat (German Science Council) suggests a larger share of academically educated nursing professionals. Working interdisciplinary should already be part of academic education and practiced in multidisciplinary seminars. For teachers, multidisciplinary groups are especially challenging, since students have widely different prior knowledge. To conclude, we describe how to take advantage of the prior knowledge of students in project seminars where students can learn from each other. For this approach, we suggest to use the „Human centered design toolkit“ which we introduce here.

eingereicht 24.07.2013
akzeptiert 06.09.2013

Keywords

Nursing science, design, multidisciplinary, professional education, academic studies, academisation, teaching methods

Pflegewissenschaft ist in zweifacher Hinsicht interdisziplinär: Zum einen ist sie als junges Fach in sich interdisziplinär zusammengesetzt, zum anderen wird in der Praxis die Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit immer wichtiger. Dabei ist nicht nur die Zusammenarbeit mit der Medizin gemeint, sondern auch technische oder rechtliche Fragen, wie aktuelle Studien zu den Qualifizierungsanforderungen für Pflegekräfte betonen. Auch steigt der Qualifikationsbedarf insgesamt: Der Wissenschaftsrat fordert daher einen größeren Anteil akademisch ausgebildeter Fachkräfte in der Pflege. Das interdisziplinäre Zusammenarbeiten sollte bereits im Studium im Rahmen entsprechender fächerübergreifender Veranstaltungen geübt werden. Für Lehrende sind interdisziplinäre Gruppen eine besondere Herausforderung, weil das Vorwissen der Studierenden sehr unterschiedlich ist. Abschließend wird gezeigt, wie das unterschiedliche Vorwissen in der Projektarbeit genutzt werden kann, damit Studierende voneinander lernen. Anhand eines Modells für einen Gestaltungsprozess (dem „Human centered design toolkit“) wird dieses Vorgehen praktisch erläutert.

Schlüsselwörter

Pflegewissenschaft, Technik, Interdisziplinarität, Ausbildung, Studium, Akademisierung, Lernen

Einleitung

Betrachtet man aus der Sicht der deutschen Pflegewissenschaft das Thema Interdisziplinarität, so begegnet man ihm zweifach (vgl. Meleis 2011: 748): Zum einen ist das Fach selbst noch jung und daher auf dem Weg, aus verschiedenen akademischen Fächern in einem interdisziplinären Prozess sein eigenes Theorie- und Methodenspektrum zu integrieren, zu entwickeln und zu evaluieren. Zum anderen werden Pflegefachkräfte in ihrem Berufsalltag zunehmend mit interdisziplinären Problemen konfrontiert: Neben die Medizin treten neue Technologien, insbesondere zur Aufnahme und Handhabung von Patientendaten, die ein Verständnis für Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) voraussetzen. Es gibt zudem auch vermehrt betriebswirtschaftliche oder rechtliche Aspekte, die in alltäglichen Situationen berücksichtigt werden müssen. Auch und besonders für die akademische Ausbildung von Pflegekräften sind diese interdisziplinären Herausforderungen zu betrachten.

Wenn auch die Pflegewissenschaft schon seit etwa 30 Jahren in Deutschland existiert, so ist sie doch in der Forschung weiterhin auf dem Weg, Theorien und Methoden zu entwickeln und zu integrieren. Dies ist unter anderem darin begründet, dass es nur wenige Universitäten gibt, an denen Pflegewissenschaft als Fach vertreten ist. Die Hochschulen übernehmen zwar zunehmend auch Forschungsaufgaben, können aber zur grundlegenden Theoriebildung und zur Erhöhung des „theoretischen Integrationsniveaus“ (Remmers 2011: 23) nur teilweise beitragen. Hierzu ist man besonders auf die universitäre Grundlagenforschung angewiesen.

In diesem Artikel werden (1) die Pflegewissenschaft und ihre aktuellen „internen“ interdisziplinären Herausforderungen betrachtet, mit besonderem Schwerpunkt auf daraus resultierende Anforderungen an die Ausbildung. Ferner wird (2) Interdisziplinarität im Hinblick auf notwendige Kooperationen der Pflegewissenschaft mit anderen Fächern untersucht: Die Situation wird exemplarisch für eine Zusammenarbeit von Pflege mit Technik beschrieben und bezüglich der didaktischen Anforderungen analysiert. Abschließend (3) soll die Methode der Projektarbeit als didaktisches Instrument für interdisziplinäre Studiengruppen an einem Modell veranschaulicht werden.

Unser Anliegen in diesem Aufsatz ist auch, eine kritische Bestandsaufnahme der akademischen Situation der Pflegewissenschaft zu leisten und Entwicklungspotenziale aufzuzeigen. Bei diesem Anliegen teilen wir die Auffassung von Bartholomeyczik, die feststellt: „*Die Weiterentwicklung der Pflegeforschung und -wissenschaft in Deutschland bedarf trotz aller sichtbarer Erfolge erheblicher Anstrengungen.*“ (Bartholomeyczik 2011: 86)

1. Pflegewissenschaft und ihre „interne“ Interdisziplinarität

Wie bereits beschrieben, ist die Pflegewissenschaft in Deutschland ein relativ junges Fach und entwickelt sich als Disziplin selbst noch. Sie ist „intern“ interdisziplinär und nimmt Methoden und Konzepte anderer Wissenschaften in ihren praxisorientierten Wissenskörper auf.¹ Wie stark die deutsche Pflegewissenschaft in sich selbst interdisziplinär zusammengesetzt ist, lässt sich auch an der disziplinären Herkunft der Professorinnen und Professoren erkennen sowie an der Fakultät, innerhalb derer die Lehrstühle bzw. pflegewissenschaftlichen Institute untergebracht sind. Dies ist oft die medizinische Fakultät oder auch der Kontext der Pädagogik bzw. Berufspädagogik. An den Hochschulen findet man die Pflege häufig bei der Sozialarbeit oder Sozialpädagogik. Momentan gibt es erst selten an Universitäten oder Hochschulen gesundheitswissenschaftliche Fakultäten, in denen Pflege einen eigenen Studiengang darstellt.

Betrachtet man die Herkunft der Professorinnen und Professoren sowie die Inhalte, die in einem Pflegestudium gelehrt werden, so kommen sie – je nach Schwerpunkt – aus der Ökonomie, den Sozialwissenschaften, der Medizin, der Pädagogik, der Politik u. Ä. Da es nur wenige Universitäten gibt, die pflegewissenschaftliche Abschlüsse anbieten, und da nur bei den Universitäten das Promotionsrecht liegt, ist bei Berufungen das Angebot an entsprechend profilierte Kandidatinnen und Kandidaten, die akademisch ausgebildete Pflegewissenschaftlerinnen sind, noch relativ gering.² Aber auch bei einer geringen Auswahl lässt sich fragen: Traut man den Pflegewissenschaftlerinnen noch nicht zu, besser als Mediziner, Betriebswirtinnen oder Sozialwissenschaftler im

1 Remmers bezeichnet die Pflegewissenschaft als transdisziplinäres Konstrukt: Auf der Handlungsebene gehe es nicht nur um den Umgang mit Patienten, sondern auch um viele andere Kontexte (ökonomische, juristische, soziale ...). Daher schlägt er vor, „*der Pflegewissenschaft einen transdisziplinären Wissenschaftsstatus zuzuschreiben*“ (Remmers 2011: 18).

2 Von den Studierenden, die im Jahr 2010 ein Studium der Pflegewissenschaft begonnen haben, waren nur 9% an Universitäten eingeschrieben (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 60). Dieser geringe Anteil erklärt die niedrige Anzahl von schließlich promovierten Kandidatinnen und Kandidaten für spätere fachspezifische Berufungen.

Fach Pflege zu lehren und zu forschen? Sind die existierenden pflegewissenschaftlichen Studiengänge noch zu wenig wissenschaftsbefähigend, als dass man in den Absolventen auch kompetente Forscher sähe?

Eine stichprobenartige Untersuchung deutscher Hochschulen und Universitäten mit pflegewissenschaftlichem Studienangebot hat ergeben, dass die meisten der in diesen Studiengängen lehrenden Professorinnen und Professoren einen „Dr. phil.“ tragen und in einem (berufs-)pädagogischen oder sozialwissenschaftlichen Fach promoviert wurden. Dagegen ist der der Pflegewissenschaft eigene Titel eines „Dr. rer. cur.“ sehr selten zu finden, ebenso der „Dr. rer. medic.“.

Titelbezeichnung	Anzahl der Professoren, die diesen Titel tragen, an Hochschulen	Anzahl der Professoren, die diesen Titel tragen, an Universitäten	Gesamtzahl
Dr. phil.	9	8	17
Dr. rer. pol.	4	2	6
Dr. rer. medic.	2	2	4
Dr. rer. cur.	2	-	2
Dr. P.H.	2	-	2
Dr. med.	2	-	2
Dr. rer. soc.	2	-	2
Dr. rer. biol. hum.	-	1	1

Quelle: eigene Recherchen³

Auch ein pflegewissenschaftliches bzw. pflegepädagogisches Studienfach findet sich in der Stichprobe nur bei einem knappen Viertel der Professoren (10 von 42 Personen), ein Lehramts-Abschluss mit der allgemeinen Fachrichtung „Gesundheit“ bei weiteren 10 Prozent (4 Personen). Demnach sind fast drei Viertel der in Pflegestudiengängen hauptamtlich lehrenden Professoren „Quereinsteiger“ aus anderen Fächern.

Die deutsche Pflegeforschung erfuhr eine erste fachspezifische Förderung aus Bundesmitteln durch das BMG im Rahmen der Studie zur „Pflege bei Schlaganfallpatienten“ (1988). In den 1990er Jahren stand der Aufbau von Pflegestudiengängen im Zentrum, bevor es zu einer intensivierten Forschungstätigkeit kam. Vor gut 10 Jahren dann erhielt die Pflegeforschung eine gebündelte programmatische Förderung durch das BMBF: Als Unterstützung für die ersten Forschungsprojekte hat das BMBF 2001 den Förderschwerpunkt „Angewandte Pflegeforschung“ gegründet. Von 2004 bis 2007 wurden drei „Pflegeforschungsverbände“ (Nord, NRW und Mitte-Süd) mit ins-

³ Zum Umfang der Stichprobe: Es wurden Studienfach, Promotionsfach/-thema sowie Promotionstitel der insgesamt 42 Professoren von vier Hochschulen (Osnabrück, Frankfurt, Ravensburg-Weingarten, Nürnberg) und drei Universitäten (Bremen, Halle und Witten) ermittelt. Zwei Personen tragen einen ausländischen Dokortitel, ein Titel konnte nicht näher spezifiziert werden, eine Person hat keine Promotion, d. h. von 42 Personen konnten 38 mit Titel berücksichtigt werden. Zwei von ihnen vertreten spezielle Fächer: Ein Fachhochschulprofessor war Dr. jur., einer Dr. theol. Diese abgezogen, gingen 36 Professoren in die Tabelle ein.

gesamt gut drei Millionen Euro gefördert.⁴ Weitere drei Verbünde bzw. Projekte⁵ haben in einer zweiten Förderrunde von 2007 bis 2011 eine Finanzierung von insgesamt 5,5 Millionen Euro erhalten (vgl. BMBF 2007: 2). Diese fachspezifische Förderung wurde nicht weitergeführt: Im „Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung“, vom BMBF im Jahr 2010 veröffentlicht, wird die Pflege mit keinem Wort mehr erwähnt. Als Aktionsfelder werden hier medizinische Themen wie Volkskrankheiten, individualisierte Medizin oder allgemein die „Versorgungsforschung“ identifiziert (vgl. BMBF 2010: 3). Die Forschungsthemen werden allgemeiner bzw. interdisziplinärer und die Pflegewissenschaft ist aufgefordert, sich in Zukunft eigenständig neben der Medizin in der gemeinsamen „Gesundheitsforschung“ zu etablieren. Die langfristige und institutionelle Beteiligung von Pflegewissenschaftlerinnen an interdisziplinären Projekten „Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz“ des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) am Standort Witten ist zu begrüßen. Aber auch an diesem Projekt ist die Pflegewissenschaft gemeinsam mit der Allgemeinmedizin beteiligt, es ist also kein eigenständiges Pflegeforschungsprojekt.

Ein strukturelles Problem bei der Einwerbung von Forschungsgeldern für pflegewissenschaftliche Projekte sieht Bartholomeyczik darin, dass die Begutachtung selten durch Pflegewissenschaftler, also durch jemanden „vom Fach“ erfolgt (vgl. Bartholomeyczik 2011: 76). Stellt man z. B. eine Antrag bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft, so steht eine Zuordnung zum Fach „Pflegewissenschaft“ o. Ä. nicht zur Auswahl, sondern entweder medizinische Fachgebiete wie Geriatrie oder sozialwissenschaftliche Gebiete wie Gesundheitsökonomik als Teil der Wirtschafts- und Sozialpolitik. Versorgungsforschung in Kombination mit Public Health und Sozialmedizin (Fach 205-02) ist für einige pflegerelevante Themen noch die passendste Auswahlmöglichkeit. Dieses Fach wird vertreten durch zwei Mitglieder: eine Medizinerin und einen Soziologen. Es ist eingeordnet unter das Fachkollegium 205: Medizin.⁶

Als Erklärung für die bunte Mischung des Lehr- und Forschungspersonals und der Forschungsstrukturen lässt sich auf die Praxisorientierung der Pflegewissenschaft verweisen. Damit hängt zusammen, dass die deutsche Pflegewissenschaft sich nicht aus wissenschaftlichen Projekten und Diskussionen heraus als eigenes Fach mit einem eigenen Gegenstand herausgebildet hat, sondern dass vorwiegend aus berufs-, wissenschafts- und gesundheitspolitischen Diskussionen heraus Ideen und Forderungen entstanden, pflegerelevante Themen gezielt zu erforschen und eine akademische Ausbildung zu etablieren (vgl. Remmers 2011: 9).

4 Der Forschungsverbund „Hebammen“ lief auch unter dem Oberbegriff „Pflegeforschung“, wird hier aber nicht mitgezählt. Vgl. die Liste des BMBF: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1216.php> [Stand 2013-07-15].

5 Titel der Verbünde der zweiten Förderrunde: „Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente“, „Patientenorientierte Pflegekonzepte zur Bewältigung chronischer Krankheit“ und „Chronisch Pflegebedürftige in kommunikativ schwierigen Situationen“ (vgl. BMBF 2007: 2). Daneben gab es 2008-2010 einige pflegespezifische Forschungsprojekte im Rahmen des BMG-„Leuchtturmprojekts Demenz“.

6 Vgl. bei den DFG-Fachkollegien unter „Lebenswissenschaften“ die Auswahl „Medizin“: http://www.dfg.de/dfg_profil/gremien/fachkollegien/liste/index.jsp [Stand 2013-08-30].

Die Pflegewissenschaft nimmt in ihren eigenen fachlichen Korpus Theorien, Methoden und Impulse aus verschiedenen Fächern und Kontexten auf. Einige wichtige Kontexte, die sich aktuell sehr stark verändern, seien in der folgenden Tabelle genannt.

Ebene	Beschreibung
Gesellschaftlicher Kontext	Demographischer Wandel wirkt sich doppelt aus (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 13 ff.): - Fachkräftebedarf steigt - Fachkräftemangel entsteht
Epidemiologischer Kontext	Zunahme chronischer Krankheiten insgesamt und Zunahme von Multimorbidität im Alter, aber auch Erkenntnisse über Lernfähigkeit und Förderbedarf im Alter (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 13 ff.)
Historischer Kontext	Wandel von der Industriegesellschaft zur Dienstleistungsgesellschaft: Das Berufsbild ändert sich, es wird mehr Wert auf die Ausbildung gelegt, Attraktivität des Pflegeberufs steigt
Berufs- und wissenschafts-politischer Kontext	Umstellung auf Bachelor- und Masterabschlüsse erlaubt eine Annäherung an z. B. das amerikanische System (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 72): Berufsbefähigung durch Bachelor an Hochschulen statt durch eine Ausbildung an einer berufsbildenden Schule in Kooperation mit einem Krankenhaus
Technischer Kontext/ med. und wissenschaftlicher Fortschritt	Gesundheitsversorgung wird zunehmend technisiert und datenlastig: Zusammenarbeit mit Informatikern und Medizintechnikern gehört zum Alltag, Weiterbildungsbedarf besteht (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 78)

Zu der beschriebenen internen Interdisziplinarität der Pflegewissenschaft kommt die Anforderung, mit anderen Nachbar-Disziplinen, zu denen praktisch schon ein enger Kontakt besteht, zusammenzuarbeiten. Dies dürfte umso besser gelingen, je klarer die Pflegewissenschaft sich selbst als Disziplin abgrenzen kann (vgl. Meleis 2011: 748; Bartholomeyczik 2011: 87). Im Hinblick auf die aktuellen Anforderungen des beruflichen Alltags in den Gesundheits- und Pflegeberufen hält der Wissenschaftsrat in seinen „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ von 2012 fest: „*Entscheidende Bedeutung kommt [...] insbesondere der sektorenübergreifenden und interdisziplinären Versorgung an den Schnittstellen der unterschiedlichen Gesundheitsversorgungsberufe zu.*“ (Wissenschaftsrat 2012: 7; eigene Hervorhebung) Der Abschlussbericht Public Private Health (2011), der zukünftige Qualifikationserfordernisse in den Gesundheitsfachberufen betrachtet, nennt „interdisziplinäre Kommunikation und Teamorientierung“ als eine von sechs zentralen Qualifikationselementen (Klaes et al. 2011: 18). Demnach heben die Veränderungen der Berufssituation die Notwendigkeit von interdisziplinärer Zusammenarbeit als genuin pflegespezifische Aufgabe hervor, auf die Forschung und Lehre eingehen müssen.

Im Folgenden betrachten wir genauer die Empfehlungen des Deutschen Wissenschaftsrats „zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ bzw. insbesondere für die Pflege aus dem Jahr 2012. In Deutschland erfolgt die berufsqualifizierende Ausbildung im Bereich der Pflege überwiegend in den berufsbildenden Schu-

len für Pflegeberufe (umfasst Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpflegerinnen sowie Gesundheits- und Kinderpflegerinnen). Im Schuljahr 2009/2010 haben 21.284 Absolventen eine solche Berufsausbildung abgeschlossen (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 56). Daneben ist die Anzahl von akademisch ausgebildeten Pflegekräften vergleichsweise niedrig. Direkt berufsqualifizierende Studienangebote gibt es auch erst seit 2007. Der Wissenschaftsrat zählte 2012, also nach fünf Jahren, 22 primärqualifizierende Pflegestudiengänge (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 59). Unsere aktuellen Recherchen vom Juli 2013 haben 28 Studiengänge ermittelt: Es sind seit der Zählung des Wissenschaftsrats einige neue Studiengänge entstanden.⁷ Die primärqualifizierenden Studiengänge führen parallel zum hochschulischen Bachelor-Abschluss und zur staatlichen Prüfung mit Anerkennung als Berufsausbildung. Die patientenzentrierte Ausbildung erfolgt dabei in das Studium integriert, was seit den Änderungen im Krankenpflegegesetz von 2007 möglich ist.⁸ Die meisten, besonders die schon vor 2007 angebotenen Pflege-Studiengänge (früher Diplom, heute Bachelor) setzen eine abgeschlossene Berufsausbildung in der Pflege voraus und ergänzen die patientenzentrierten Inhalte der Pflegeausbildung. In Deutschland gibt es derzeit gut 50 an die Ausbildung anschließende Bachelor-Studiengänge im Bereich Pflegewissenschaft, -management und -pädagogik.

Auf 21.284 Pflegekräfte mit Ausbildungsabschluss kamen im Studienjahr 2009/2010 knapp 700 Studienabsolventen aus dem Bereich Pflegewissenschaft bzw. Pflegemanagement.⁹ Demnach sind nur drei Prozent der Pflegekräfte akademisch ausgebildet (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 60). Angesichts dieses Verhältnisses und der immer komplexeren Berufssituation fordert der Wissenschaftsrat einen höheren Anteil an Akademikerinnen im Pflegebereich: *„Vor dem Hintergrund einer in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu beobachtenden Komplexitätszunahme, einer sich verändernden Arbeitsteilung und der zunehmenden Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit hält es der Wissenschaftsrat für geboten, die mit besonders komplexen und verantwortungsvollen Aufgaben betrauten Angehörigen der Gesundheitsfachberufe zukünftig bevorzugt an Hochschulen auszubilden.“* (ebd.: 81) Empfohlen wird eine Akademikerquote von 10 bis 20 Prozent (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 85).

7 Reinhart (2013: 477) nennt die Zahl von 37 Studiengängen, „die grundständig für die Ausübung eines Pflegeberufs qualifizieren“. Die zahlenmäßige Differenz kann auf verschiedene Umstände zurückgeführt werden: Zum einen weist der Wissenschaftsrat darauf hin, dass „primärqualifizierend“ unterschiedlich gebraucht wird. Im engen Sinne meint es ein Studium, in das die Ausbildung integriert ist, also weder eine bloße Anrechnung der Ausbildung in das Bachelorstudium noch ein die normale Ausbildung begleitendes Studium. Reinhart verwendet die Bezeichnung „grundständig“, nicht „primärqualifizierend“, daher rechnet sie ggf. andere Studienangebote mit ein. Zum anderen ist zwischen geplanten und bereits laufenden Studiengängen zu unterscheiden (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 59, Fußnote 99). Reinhart erläutert das Vorgehen zur Ermittlung ihrer Zahl nicht. Der Wissenschaftsrat erklärt explizit, dass nur bereits etablierte „primärqualifizierende Studiengänge mit unmittelbar patientenorientiertem Ausbildungsziel“ eingerechnet wurden. Von den von uns ermittelten 28 primärqualifizierenden Studiengängen sind 5 erst in den Jahren 2012/2013 gestartet und konnten daher vom Wissenschaftsrat noch nicht gezählt werden. Daher sehen wir unsere Zahl als Aktualisierung der Angabe des Wissenschaftsrats.

8 An der HTW Saar im Saarland gibt es seit dem Wintersemester 2012/2013 einen Modellstudiengang, der zugleich mit dem Abschluss des Bachelor of Science „Pflege“ zu den drei anerkannten pflegerischen Berufsabschlüssen führt, also ein generalistisches „Vier-in-Eins-Modell“ (vgl. <http://www.htw-saarland.de/sowi/b-sc-pflege>, Stand 2013-07-15).

9 Hierbei sind die weniger pflegespezifischen, allgemein gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge nicht einberechnet.

In seinen Empfehlungen hat der Wissenschaftsrat neben den bestehenden Studienprofilen auch neue Spezialisierungen auf Master-Niveau vorgeschlagen, und zwar *„die Ausbildung von klinischen Pflegeexperten (Clinical Nurse Specialists) sowie die Qualifizierung von Pflegeexperten für die Primärversorgung und die gemeindenahen bzw. häuslichen Versorgung (etwa in Programmen für Nurse Practitioners oder Gemeindefachkräften (Community Care Nurses).“* (Wissenschaftsrat 2012: 86, Hervorhebungen i. O.) Das Angebot an allgemeinen gesundheitswissenschaftlichen, nicht-patientenorientierten Masterstudiengängen (etwa „Public Health“ oder „Gesundheitswissenschaft“) hat der Wissenschaftsrat dagegen als genügend beurteilt (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 87).

Bereits in den pflegewissenschaftlichen Studiengängen soll es fächerübergreifende Veranstaltungen geben (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 92). Für diese Vernetzung werden zwei verschiedene Modelle vorgeschlagen: Zum einen sollten Hochschulen und Universitäten stärker miteinander kooperieren, um die verschiedenen Gesundheitsstudiengänge z. B. auf einem „Gesundheitscampus“ zusammenzubringen. Auf der anderen Seite wird die Einrichtung von übergreifenden universitären Departments für Gesundheitswissenschaft empfohlen (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 93 f.).

Insgesamt besteht also ein relativ hoher Bedarf an neuen pflegespezifischen Studiengängen und Studienplätzen, um Fachkräfte für die zu erwartenden Anforderungen im Gesundheitssektor angemessen auszubilden. Für die Finanzierung müssten neue Mittel zur Verfügung gestellt werden, da der Hochschulpakt dies nicht allein abdecken kann (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 96).

2. Interdisziplinarität – zwischen Berufsorientierung und Wissenschaftsbefähigung

2.1 Interdisziplinarität in der (Pflege-)Wissenschaft

Der Auftrag der Hochschulen, zu einem berufsqualifizierenden Abschluss zu führen, ist noch relativ neu (vgl. Webler 2002: 36): Als erstes Fach hatte die Chemie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erfahrene Berufstätige als Hochschullehrer berufen. Die chemische Industrie wollte damit Einfluss auf die Universitätsausbildung nehmen. Die Professoren hatten sonst in der Regel keine Erfahrungen außerhalb des (Hoch-)Schulsystems. Mit dieser Ausrichtung auf eine berufsbezogene Ausbildung wurden schließlich die Hochschulen gegründet (vgl. Webler 2002: 38). Die Berufsbezogenheit brachte schließlich den Aspekt der Interdisziplinarität in die Hochschulen, die weiterhin in verschiedene wissenschaftliche Fakultäten unterteilt sind. *„Allerdings richten sich die großen und kleineren Probleme der Menschheit in der Regel nicht nach den historisch gewachsenen und systematisch begründeten Fächergrenzen, ihre Analyse und Lösung erfordern die Kooperation verschiedener Disziplinen, um durch die Ergänzung der je eingeschränkten Sichtweisen ein umfassenderes und adäquateres Bild der Wirklichkeit zu erhalten. Aus solchen eher wissenschaftsexternen Gründen wird für eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit [...] in Forschung und Lehre plädiert“* (Golecki 1998: 29).

Nicht nur in der Pflegewissenschaft, sondern in allen hochschulischen Fächern existiert durch den gesetzlich vorgegebenen Auftrag der Hochschulen eine Spannung zwischen dem Ziel der Berufsbefähigung und dem der Wissenschaftsbefähigung. Nach dem Hochschulrahmengesetz (HRG) haben die Hochschulen folgende Aufgaben: *„Die Hochschulen dienen entsprechend ihrer Aufgabenstellung der Pflege und der Entwicklung der Wissenschaften und der Künste durch Forschung, Lehre, Studium und Weiterbildung in einem freiheitlichen, demokratischen und sozialen Rechtsstaat. Sie bereiten auf berufliche Tätigkeiten vor, die die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse und wissenschaftlicher Methoden oder die Fähigkeit zu künstlerischer Gestaltung erfordern.“* (HRG § 2, Satz 1) Es besteht für die akademische Ausbildung also das Problem, dass sich aus der vorgegebenen Berufsorientierung sehr komplexe und interdisziplinäre Probleme ergeben, für die entsprechende Kompetenzen vermittelt werden müssen, während zugleich die fächerspezifischen Theorien und Methoden entsprechend dem Stand der spezialisierten einzelwissenschaftlichen Entwicklung gelehrt werden müssen („Pflege und Entwicklung der Wissenschaften“). Noch dazu bringt die Spezialisierung der einzelnen Fächer (bzw. innerhalb der Fächer) die Notwendigkeit der fächerübergreifenden Zusammenarbeit mit sich, wenn nicht nur neue Details in der Grundlagenforschung erkundet werden sollen. So hat Perrig-Chiello die Gründe für den Ruf nach Interdisziplinarität folgendermaßen formuliert: *„Die Forderung nach disziplinüberschreitender Zusammenarbeit in Lehre, Forschung und Praxis (...) ist einerseits eine Reaktion auf den ungebremsen Wissenszuwachs innerhalb der einzelnen Disziplinen, andererseits aber auch auf die zunehmende Komplexität von sozialen und umweltbezogenen Problemen im Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen und demographischen Wandel.“* (Perrig-Chiello 2002: 9) Neben diesen allgemeinen Herausforderungen für die Hochschullehre steht die Pflegewissenschaft vor der Situation, dass sie als akademische Disziplin noch in der Entwicklung ist und intern in einem interdisziplinären Prozess Methoden und Theorien zu einem eigenen Fach integriert.

Von vielen Seiten wird betont, dass die bestehende Spannung zwischen der disziplinären Forschung und der interdisziplinären Anwendungsbezogenheit auch den Studierenden vermittelt werden muss. In diesem Sinne bezeichnet Butler ein bloßes Pochen auf die Freiheit der Forschung als einseitig: *„Wenn die universitären Disziplinen sich auf die ‚akademische Freiheit‘ berufen, um sich gegen – scheinbar ungerechtfertigte – Ansprüche von Seiten der Politik oder der Wirtschaft zu verteidigen, verwehren sie sich dann unter Umständen nicht zugleich auch kritischen Ansprüchen interdisziplinärer Forschungsaufgaben oder gar einer Weiterentwicklung ihres eigenen Faches?“* (Vgl. Butler 2011: 6 ff.)

Was können Studierende im Idealfall durch interdisziplinäre Veranstaltungen lernen? Neben ihren fachwissenschaftlichen Arbeitsweisen erfahren sie eben auch eine *„Hinführung zur Fähigkeit und Bereitschaft, an dem Austausch und der Verständigung zwischen unterschiedlichen Fachkulturen und mit Nichtexperten teilzunehmen, an einer Verständigung über Ziele, Wertsetzungen, Zwecke, Mittel, Methoden, Leistungen und Grenzen der Wissenschaften im Dienste der intersubjektiv begründeten Praxis in einer durch Wissenschaft und Technik geformten und zunehmend heterogenen Welt“* (Golecki 1998: 42). Dazu gehört ferner, *„die historischen, sozialen, ökonomischen und philosophi-*

schen Bedingtheiten der Wissenschaften und ihr Verhältnis zur Lebenswelt zu verstehen“ (Golecki 1998: 43). Diese Aufgabe sieht Golecki auch für die gymnasiale Oberstufe gegeben, die ja den Auftrag hat, auf ein wissenschaftliches Studium vorzubereiten und fächerübergreifende Veranstaltungen anzubieten. „Gesundheit“ könnte ein gutes Thema für Projektarbeit in der Oberstufe sein und dabei Erkenntnisse aus Fächern wie Sozialkunde/Sozialwissenschaft, Biologie, Politik, Geschichte, Religion/Ethik/Philosophie, Informatik, Deutsch u. Ä. zusammenbringen. Somit könnten schon Schülerinnen einen Einblick in die interessanten interdisziplinären Arbeitsfelder und Studienmöglichkeiten im Gesundheitswesen bekommen.

2.2 Lehren und Lernen im interdisziplinären Kontext

Welche Besonderheiten sind beim Lehren und Lernen bei interdisziplinären Veranstaltungen oder in einem interdisziplinären Studiengang zu beachten? Die Anforderungen, die hier skizziert werden, beruhen auf der phänomenologischen Theorie des Lernens von Meyer-Drawe (Meyer-Drawe 2008, Meyer-Drawe 1996). Drei Aspekte werden in dieser Theorie besonders betont:

1. Während viele Lerntheorien das Lernen nur von seinen Resultaten her betrachten, möchte die phänomenologische Theorie besonders den Vollzug des Lernens betrachten. Auch wenn der Vollzug des Lernens sich nicht vollständig theoretisch erfassen geschweige denn beobachten lässt, kann er als Phänomen untersucht werden und Aufschluss über die konkreten Anforderungen an die Lehrenden geben (vgl. Meyer-Drawe 2008: 192 f.; Meyer-Drawe 1996: 85).
2. Lernen sollte nicht nur als Erweiterung des Sachwissens thematisiert werden, sondern besonders auch als Weiterentwicklung oder Veränderung des Lernenden selbst: Beim Lernen steht „*die eigene Person zur Disposition*“ (Meyer-Drawe 2008: 206).
3. Schließlich wird Lernen als ein Ereignis beschrieben, an dem gleichermaßen Lehrende wie Lernende beteiligt sind: Die Lehrenden geben nicht nur ihr schon vorhandenes Wissen weiter, sondern sind in den Prozess des Lernens involviert und machen dabei auch eine eigene Erfahrung (vgl. Meyer-Drawe 2008: 193; Meyer-Drawe 1996: 86).

Betrachtet man interdisziplinäre Lernsituationen im Hinblick auf diese Aspekte, so sind komplizierte Bedingungen zu konstatieren: In interdisziplinären Kontexten sind die Verständigungsprozesse im Vollzug des Lernens mindestens ebenso wichtig wie die Resultate. Die Lernenden verändern sich dabei insofern, als sie einen Einblick dahinein bekommen, wie ihre eigene Disziplin aus den Augen einer anderen Disziplin wahrgenommen wird. Damit ändert sich das disziplinäre Selbstverständnis. Schließlich vollzieht sich das Lehren in interdisziplinären Kontexten meist als ein Team-Teaching von Lehrenden verschiedener Fächer – und dabei lernen die Lehrenden im Austausch mit den Kolleginnen mit. Eine interdisziplinär zusammengesetzte Studiengruppe kommt zu Fragen und Antworten, die die Lehrenden mit ihrem eigenen disziplinären Kontext nicht vorwegnehmen können.

Meyer-Drawe geht sehr genau auf die Beziehung des Lehrenden zum Lernenden ein und beschreibt für die Lehre eine schwierige Aufgabe: Über die Gegenstände des Lernens gibt es stets schon ein gewisses Vorwissen, sonst könnte man sich gar nicht darüber verständigen, worüber man etwas lernen will. Dieses Vorwissen entspricht einem lebensweltlichen Sich-Auskennen, das sich im Vollzug des Lernens als eine vor-wissenschaftliche Ansicht erweist: Dem Lernenden wird bewusst, dass er nur eine Meinung, aber kein fundiertes Wissen über den Gegenstand hat (vgl. Meyer-Drawe 1996: 88). Diese Erfahrung einer Ausweglosigkeit schafft den Anreiz dafür, dass der Lernende sich auf die Suche begibt und etwas Neues über den Lerngegenstand herausfindet. So wird ein wissenschaftliches Wissen, eine Erkenntnis allgemeiner Begriffe, Gesetze oder Formeln möglich. Dem Lehrenden kommt dabei die schwierige Aufgabe zu, sich an einen Zustand zu erinnern, den er vergessen hat, weil er sonst nicht gelernt hätte. Jedes Lernen im Sinne einer Umstrukturierung der Erfahrung ist notwendigerweise begleitet von einem Vergessen (vgl. Meyer-Drawe 1996: 87): Man vergisst, wie die Welt aussah, bevor man wusste, wie man dieses oder jenes berechnet; wie man einen Begriff gelesen hat, bevor man seine Herkunft gelernt hat; wie es sich anfühlte, auf einem Fahrrad zu sitzen, bevor man fahren konnte. Meyer-Drawe fasst diesen Zusammenhang folgendermaßen zusammen: „*Die Lernenden können daher von den Lehrenden lernen, was sie noch nicht wissen und können, die Lehrenden von den Lernenden, was sie nicht mehr wissen und können.*“ (Meyer-Drawe 2008:193) Der Lehrende muss sich an das erinnern, was er nicht mehr weiß oder kann, damit er die Lernenden an die Grenzen ihres Vorwissens führen kann.

Wenn der Lehrende an diesem Vorwissen der Lernenden ansetzen muss, um es thematisch werden zu lassen und dadurch Raum für neue Erfahrungen und Erkenntnisse zu schaffen, so folgt daraus, dass dieses Ansetzen am Vorwissen bei interdisziplinären Gruppen besonders schwierig ist, da „*sich die unthematischen Vorverständnisse der Schülerinnen und Schüler stark unterscheiden*“ (Meyer-Drawe 1996: 91). Dies birgt besondere Herausforderungen bei der Schaffung einer günstigen Lernsituation. Möglichkeiten, dieser Herausforderung zu begegnen, wären zum Beispiel kleine Gruppen, in denen die Studierenden sich gegenseitig in den Lernprozessen unterstützen: Es gibt bei gemischten Kleingruppen immer einige, die etwas schon gelernt haben, was die anderen jetzt gerade erst lernen, und sie können sich gegenseitig helfen. Die Lernenden wechseln sich in den Positionen ab, je nachdem, welches Fachthema gerade zentral ist oder welche wissenschaftliche Arbeitsmethode gelernt wird. Fördernd ist auch ein interdisziplinär zusammengesetztes Lehrenden-Team, das sich selbst den Aporien aussetzen wagt, in die man beim Zusammenarbeiten mit anderen Disziplinen gerät.

Im Anschluss an das bisher Ausgeführte könnte man sich fragen: Ist das disziplinäre Wissen wie ein Vorwissen, das im Hinblick auf eine angemessene interdisziplinäre Betrachtung, auf eine Zusammenarbeit und ein Zusammendenken überwunden werden muss? Aber wohin gerät man, von wo aus schaut man dann? Entsteht ein „neuer“ interdisziplinärer (praxisbezogener?) Standpunkt neben den disziplinären? Gibt es ein gemeinsames Außen oder nur die Möglichkeit, die eigene Disziplin in ihrer Beschränktheit aus der Sicht einer oder verschiedener anderer Disziplinen zu betrachten? Ist ein derartiges topologisches Verständnis von einer Disziplin und ihren Grenzen überhaupt

angemessen? Vielleicht hilft auch hier die Konzentration auf den Vollzug des Lernens statt auf die Resultate oder die Gebietserweiterungen: Sicherlich wirkt das eigene Fachwissen wie eine Vorstruktur für die Erfahrungen mit einer komplexen, interdisziplinären Problematik. Allerdings ist dies schon eine Struktur auf der Ebene des wissenschaftlichen Erkennens, nicht mehr des lebensweltlichen Auskennens. Wird dieses Vorwissen thematisch, so wird im idealen Fall deutlich, wie die jeweilige Wissenschaft ihren Gegenstand als etwas adressiert, und zwar als etwas anderes als eine andere Wissenschaft es anspricht: Pflegende betrachten Gesundheit z. B. als subjektives Erleben von Stimmigkeit, Ärztinnen orientieren sich an physiologischen Parametern, Gesundheits- und Sozialwissenschaftler an epidemiologischen Daten, Psychologinnen an einem Konzept von Selbstwirksamkeit, Pädagogen betrachten vielleicht biografische Ressourcen etc. Die Strukturen wissenschaftlicher Erfahrung und Betrachtung eines Gegenstands als etwas können also in einem interdisziplinären Kontext erfahrbar werden. Nimmt man das Konzept von Lernen als Vollzug ernst, in dem der Lernende sich verändert, weil es nicht nur ein Anhäufen von Wissen ist, so dürften auch diese Erfahrungen des interdisziplinären Lernens den Lernenden „unter die Haut gehen“ und nur auf Kosten einer Veränderung der eigenen Person offen stehen.

3. Methoden in der interdisziplinären Lehre: Ein Modell für Projektarbeit

Nehmen wir an, Studierende der Pflegewissenschaft und solche technischer Berufe haben in ihrem Studienplan eine gemeinsame, interdisziplinäre Veranstaltung, an der sich beide Fachbereiche beteiligen. Das Ziel ist dabei, die Studierenden für spätere interdisziplinäre Zusammenarbeit vorzubereiten und die Sichtweisen sowie die Fachsprache des je anderen Fachs nahezubringen. In interdisziplinären Veranstaltungen unterrichten in der Regel Lehrende aus verschiedenen Fächern zusammen, um die unterschiedlichen wissenschaftlichen Arbeitsweisen einzubringen. Dabei eignet sich die Projektarbeit in Kleingruppen sehr gut, weil die Studierenden an einem konkreten Problem gemeinsam lernen. Projektarbeit ist besonders sinnvoll, wenn anhand von Fallstudien („case studies“) gearbeitet wird, was für die Pflege auch methodisch ein wichtiger Aspekt ist: Care and Case Management wird schließlich mehr und mehr zu einer zentralen Methode in der Pflege. Auch Remmers betont die Relevanz von fallbezogenem, exemplarischem Lernen für die Pflegewissenschaft: Dies entspreche ihrem Status als Handlungswissenschaft und den Besonderheiten ihrer Wissensformen (Remmers 2011: 13).

Als Beispiel für interdisziplinäre Projektarbeit wird kurz eine Veranstaltung aus dem Bereich der Stadtteilsanierung vorgestellt, bevor ein Beispiel für die Pflegewissenschaft erläutert wird. In der Lehrveranstaltung zur Sanierung arbeiten Lehrende und Studierende aus den Fachbereichen Ingenieurwissenschaft/Stadtplanung, Sozialwissenschaft und Wirtschaftswissenschaft zusammen. Sie haben die Aufgabe, in einem Planspiel die Stadtteilsanierung in einem südamerikanischen Slum zu planen (vgl. Treuheit 1996).

Projektbeispiel Stadteilsanierung in einem Slumviertel		
Sozialwissenschaft	Ingenieurwissenschaft/ Stadtplanung	Wirtschaftswissenschaft
Sozialstruktur und Gesundheitsversorgung; Bürgerbeteiligung	Städtebauliche Situation und Anforderungen, Bürgerbeteiligung	Vermögensverhältnisse, Finanzierungsmöglichkeiten; Bürgerbeteiligung

Gearbeitet wird in dieser Lehrveranstaltung auf zwei verschiedenen Ebenen: Es gibt interdisziplinär zusammengesetzte „Planungskommissionen“ (ca. 10 TN), die eine praktische Lösungsstrategie entwickeln müssen. Eine Planungskommission ist wiederum in drei „Expertengruppen“ unterteilt: Die Teilnehmer dieser Gruppen analysieren die für eine Disziplin relevanten Fakten und Informationen über den Stadtteil aus der Sicht der Disziplin und entwerfen Vorschläge zum Handlungsbedarf. Diese werden dann in der Planungskommission wiederum gemeinsam diskutiert und entschieden. In den Arbeitsphasen wird also zwischen der interdisziplinären Planungskommission und den Expertengruppen gewechselt (vgl. Treuheit 1996: 60-71). Bei einer Evaluation der Veranstaltung, insbesondere der interdisziplinären Arbeitsphasen, wurde z. B. deutlich, dass in den verschiedenen Disziplinen unterschiedliche Konzepte dazu existieren, was Partizipation oder Bürgerbeteiligung bedeutet. Das Gesamtkonzept der Lehrveranstaltung ist sehr ausführlich dokumentiert und mit vielen, auch selbstkritischen Kommentaren sowie Unterlagen versehen (Arbeitsblättern, Aufgabenstellungen etc.) nachzulesen.

Überträgt man eine derartige Aufgabenstellung auf eine interdisziplinäre Veranstaltung für Pflegestudierende und Studierende technischer Berufe, so wäre folgendes Beispiel denkbar:

Projektbeispiel Neubau eines Pflegeheims mit Gebäudeautomation und Assistenztechnologien		
Pflegewissenschaft	Architektur	Informatik/Elektrotechnik/ Medizintechnik
Konzeptentwicklung, Bedürfnisse und Bedarfe künftiger Bewohner und Mitarbeiter, Finanzierung/ Trägerschaft	Raumbedarfsplanung, städtebauliche Einbettung, Normen für Barrierefreiheit, gestalterisches Konzept, Integration in den Stadtteil	technische Bedarfsplanung und Nutzerkonzept, Entwicklung von Schnittstellen für Bewohner, Mitarbeiter und Leitung bzw. ggf. externe Partner

Übergreifend könnte mit dem Design-Thinking-Ansatz gearbeitet werden, der Methoden dazu bereitstellt, die Bedürfnisse und Wünsche von Nutzerinnen und Nutzer (desirability), die technische Umsetzbarkeit (feasibility) und die finanzielle Machbarkeit (viability) in einer innovativen, interdisziplinären Lösung zusammenzubringen, wobei in allen drei Dimensionen optimale Ergebnisse erzielt werden sollen. Barrierefreiheit wäre eine vierte Dimension, die im Universal-Design-Ansatz mitbedacht wird (vgl. Steinfeld 2012).

Bei der Bearbeitung von komplexen Problemen, die nicht von einer Disziplin allein gelöst werden können, zugleich aber das spezialisierte und präzise Wissen der jeweili-

gen Wissenschaften benötigen, darf diese Präzision und Differenzierungsfähigkeit nicht zugunsten eines rein lebensweltlichen Urteils vernachlässigt werden. Interdisziplinarität braucht ebenso viel „Spezialistenkönnen“ wie Disziplinarität (vgl. Golecki 1998: 44).

Als praktisches Modell für eine interdisziplinäre Projektarbeit schlagen wir hier das Human-Centered Design Toolkit (IDEO 2011) vor. Es ist besonders für gemeinsame Projekte von Studierenden aus der Pflege und aus technischen Berufen geeignet, wobei die Pflegewissenschaft für die Ermittlung der Bedürfnisse von ihren Zielgruppen diszipliniertes Fachwissen mitbringt, während die Technik für die Gestaltung von technischen Lösungen verantwortlich ist.

Human Centered Design (HCD) ist ein Prozessmodell, um schnell und effektiv neue Ideen und Lösungsmöglichkeiten im Bereich der Entwicklungen von Produkten oder Dienstleistungen zu erarbeiten. Entscheidend ist, dass die zukünftige Zielgruppe mit ihren Bedürfnissen und Lebensumständen als wichtigstes Element in den Mittelpunkt gestellt wird. Zudem sollen innovative Lösungsansätze in die jeweiligen kulturellen und ökonomischen Kontexte integriert werden.

Das HCD Toolkit wurde von der US-amerikanischen Firma IDEO entwickelt. Es ist als PDF kostenlos verfügbar und existiert nur in englischer Sprache. Das HCD Toolkit setzt sich aus einer Vielzahl von Methoden, Techniken und Arbeitsmaterialien zusammen und führt durch die Phasen des Planungs- und Gestaltungsprozesses. Dieses Set von Werkzeugen ist ursprünglich für gemeinnützige und soziale Unternehmen konzipiert, die sich mit nutzerorientierten und innovativen Lösungen im Rahmen der Entwicklungshilfe befassen. Das HCD Toolkit lässt viel Raum, um Methoden und Techniken kontext- sowie situationsspezifisch zu mixen oder ggf. andere Untersuchungsansätze zu integrieren. Somit kann das HCD Toolkit auch im Bereich der Zusammenarbeit von Technik und Pflege zur Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen angewendet werden.

Drei wesentliche Fragestellungen werden im HCD-Prozess bearbeitet. Zu Beginn gilt es herauszufinden, welche Wünsche, Bedürfnisse und Verhaltensweisen potenzielle Nutzer mitbringen. Hier kommen Interviews, Beobachtungs- und Dokumentationsmethoden zum Einsatz. Diese Phase wird „Zuhören“ genannt (Hear). Die Daten werden gemeinsam im Projektteam ausgewertet. Die zentralen Probleme bzw. Gestaltungsaufgaben werden definiert und mit Hilfe von Kreativitätstechniken werden Lösungsansätze entwickelt und durchgespielt. Diese Schritte gehören zur Phase der „Gestaltung“ (Create). Dabei wird auch ermittelt, inwiefern Lösungen technisch, finanziell und organisatorisch praktikabel sind. Letztendlich wird die konkrete „Umsetzung“ (Deliver) durch das HCD Toolkit so angeleitet, dass eine größtmögliche Akzeptanz bei der Zielgruppe erreicht wird. In diesem Sinn unterteilt sich der HCD-Prozess in drei Phasen: Zuhören/Datenerhebung – Gestaltung – Umsetzung.

Das HCD Toolkit ist als Modell gut geeignet für interdisziplinäre, anwendungsbezogene Projektseminare. Es leitet Gruppen an bei der Planung und Durchführungen

der verschiedenen Phasen eines Projektes: Wie sammeln wir die nötigen Informationen und wie ermitteln wir die Interessen der künftigen Anwenderinnen? Wie finden wir innovative Lösungsmöglichkeiten? Was müssen wir bei der Umsetzung beachten, wenn wir die Zielgruppe mit unserem Angebot langfristig erreichen wollen? Es geht um die Bedürfnisse der künftigen Zielgruppe des Produktes bzw. der Dienstleistung, um die technische Umsetzbarkeit und finanzielle Machbarkeit der Lösung.

4. Interdisziplinär Lernen – praxisbezogene und „praktische“ Theorie-Reflexion

Wie beschrieben, können die Studierenden in interdisziplinären Projektseminaren in Kleingruppen viel voneinander lernen. Dabei tragen die Lehrenden die Verantwortung dafür, die Lernsituation zu schaffen und die Gruppe zu leiten. Die Findung eines Projektthemas, die Auswahl von geeigneten Grundlagentexten, die Aufgabenstellung für die Gruppenarbeit etc. müssen vom Team der Lehrenden vorbereitet und geleistet werden. Ferner sollte die Gruppenarbeit durch in regelmäßigen Abständen stattfindende Plenar-Sitzungen begleitet werden. Wichtig ist im Plenum auch die Reflexion darüber, welche Theorien man zur Lösungsfindung brauchte, aus welchen Disziplinen sie kamen, ob sie zu unterschiedlichen oder ähnlichen Ergebnissen führten, oder wo ihre Grenzen liegen (vgl. Webler 2002: 52). In diesen Diskussionen kann deutlich werden, wie eine wissenschaftliche Theorie ein Problem stets als einen wissenschaftlichen Gegenstand fasst und dabei eine Abstraktion erschafft. Diese ermöglicht eine Betrachtung, die weiter geht als ein lebensweltliches Sich-Auskennen und Urteilen – auch wenn es in der Berufspraxis letztlich um praktische Entscheidungen gehen wird.

In der Pflegewissenschaft als einer praxisbezogenen Wissenschaft gibt es somit ein spezielles Charakteristikum für die Ausbildung: Sie geht nicht dem Tun voraus, sondern entsteht im Tun. Die Praxis – und ein praxisorientiertes Lernen – geht in die Qualifizierung ein. Mol et al. (2010: 13) erklären dies an einem Beispiel: Es gibt in der Pflege kein „absolutes“ Gut (wie etwa einen vordefinierten medizinischen Normalwert, der zu erreichen ist), sondern ein Nebeneinander verschiedener auszuhandelnder Güter. Dieser Prozess des Aushandelns muss nicht verbal verlaufen. In der Pflege kann sich die Suche nach dem individuell, situativ und lokal besseren „Guten“ auch als ein Spielen und Experimentieren gestalten. Dieser Findungsprozess muss auch bei der Ausbildung berücksichtigt werden. *„In care, then, ‘qualification’ does not precede practices, but forms a part of them. The good is not something to pass a judgement on, in general terms and from the outside, but something to do, in practice, as care goes on.*“ (Mol et al. 2010: 13, Hervorhebung i. O.)

Damit bleibt für die Pflegewissenschaft zu wünschen, dass sie ihre interne Interdisziplinarität im Sinne einer praxisbezogenen Integration und Theoriebildung weiterführt und dabei als Fach auch nach außen hin mehr und mehr Profil gewinnt, um im Sinne der externen Interdisziplinarität gemeinsam mit anderen Disziplinen Forschung und Lehre zu betreiben.

Literatur

- Bartholomeyczik, S. (2011): Pflegeforschung: Entwicklung, Themenstellungen und Perspektiven. In: Schaeffer, D./Wingefeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Neuauflage. Weinheim und München: Juventa, 67-94
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2007): Newsletter Thema Pflegeforschung. Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen. Juni 2007. Berlin. Download unter: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/12_NL_Pflegeforschung.pdf [Stand 2013-07-15]
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2010): Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung. Berlin. Download unter: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/Gesundheitsforschungsprogramm.pdf [Stand 2013-07-15]
- Butler, J. (2011): Kritik, Dissens, Disziplinarität. Zürich: Diaphanes
- Golecki, R. (1998): Können Computer denken? Fächerübergreifender Unterricht auf der gymnasialen Oberstufe am Beispiel einer Kurskombination Philosophie/Informatik. Hamburg: Kova
- IDEO (Hrsg.) (2011): Human Centered Design Toolkit. Canada. Download unter: <http://www.hcdconnect.org/toolkit/en> [Stand 2013-07-03]
- Klaes, L./Köhler, T./Rommel, A./Schüler, G./Schröder, H. (2011): Abschlussbericht Public Private Health. infas - Institut für angewandte Sozialwissenschaft. 235 Seiten. Download unter: http://www.frequenz.net/uploads/tx_freqprojerg/Abschlussbericht_PPH_web.pdf [Stand 2013-07-03]
- Meleis, A. (2011): Globale Herausforderungen in der Pflege – ein Ausblick. In: Schaeffer, D./Wingefeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Neuauflage. Weinheim und München: Juventa, 745-755
- Meyer-Drawe, K. (1996): Vom andern lernen. Phänomenologische Betrachtungen in der Pädagogik. In: Borelli, M./Ruhloff, J. (Hrsg.): Deutsche Gegenwartspädagogik. Bd. II. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren, 85-98
- Meyer-Drawe, K. (2008): Diskurse des Lernens. München: Fink
- Mol, A./Moser, I./Pols, J. (2010): Care: putting practice into theory. In: Mol, A./Moser, I./Pols, J. (Hrsg.): Care in practice. On tinkering in clinics, homes, and farms. Bielefeld: transcript, 7-25
- Perrig-Chiello, P. (2002): Interdisziplinäres Lehren und Lernen – Facetten der Gratwanderung zwischen Utopie und begründeter Forderung. In: Perrig-Chiello, P./Arber, W. (Hrsg.): Interdisziplinäres Lehren und Lernen. Lausanne: Réalités sociales, 9-12
- Reinhart, M. (2013): Pflegeberufsausbildung an der Hochschule – Duale Studiengänge in Deutschland. In: Die Schwester, der Pfleger 5, 476-478
- Remmers, H. (2011): Pflegewissenschaft als transdisziplinäres Konstrukt. Wissenschaftssystematische Überlegungen – Eine Einleitung. In: ders. (Hrsg.): Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog: eine Forschungsbilanz. Göttingen: V&R Unipress, 7-47
- Steinfeld, E./Maisel, J. (2012): Universal Design: Creating Inclusive Environments. New York: Wiley
- Treuheit, W. (1997): Interdisziplinarität in der Lehre. Planung und Verlauf einer Lehrveranstaltung mit Entscheidungsspiel. TUD-Schriftenreihe Wissenschaft und Technik Band 72. Darmstadt: Präsident der Technischen Universität Darmstadt
- Webler, W.-D. (2002): Von den Problemen disziplinärer zu denen interdisziplinärer Lehre (und einige Lösungsbeispiele aus der Universität Bielefeld). In: Perrig-Chiello, P./Arber, W. (Hrsg.): Interdisziplinäres Lehren und Lernen – zwischen akademischem Anspruch und gesellschaftlichem Bedürfnis. Lausanne: Réalités sociales, 33-65
- Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drs. 2411-12. Berlin 13.07.2012. Download unter: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> [Stand 2013-07-03]

Dr. Maxine Saborowski

Alice Salomon Hochschule Berlin, saborowski@ash-berlin.eu

Prof. Dr. Ingrid Kollak

Alice Salomon Hochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin, [kollak@ash-](mailto:kollak@ash-berlin.eu)

Kerstin C. Freund

Aufgaben und Verantwortlichkeiten von Pflegefachkräften in der vollstationären Altenpflege

Tasks and responsibilities of nurses in Long - Term Care Facilities

Staff shortage requires finding new solutions for saving medical and nursing care of people living in Germany, while nursing is attached with great importance. It is not clear, which tasks are exercise to nurses' responsibility in different settings or have to be assigned to them. It is also unclear, which qualifications are currently provided by nurses in order to meet the requirements of medical and nursing care in future. The present paper considers the setting of long term care facilities. Based on the content analysis according to Mayring, initially responsibility, tasks and activities as well as professional qualifications are described and ___a differentiation between treatment and medical care is made. In a second step, a comparison of the identified tasks is drawn to the qualifications provided by nursing education. As a result, it should be noted that structural changes in health care system are needed to integrate human qualification resources supplied by nurses and to ensure the quality of medical and nursing care.

Keywords

long - term care facilities, tasks, responsibility, qualification

Der Personalmangel im Gesundheitswesen fordert die Verantwortlichen auf, neue Lösungen für die Ausgestaltung der Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung der in Deutschland lebenden Bevölkerung zu finden. Dabei wird der Pflege ein großer Stellenwert beigemessen. Unklar ist bisher, welche Aufgaben und Verantwortlichkeiten Pflegekräften in den unterschiedlichen Settings wahrnehmen oder ihnen zu zuordnen sind und welche Qualifikationen durch die Pflege bereitgestellt werden, um den Versorgungsanforderungen begegnen zu können. Die vorliegende Arbeit betrachtet das Setting „vollstationäre Altenpflegeeinrichtung“. Anhand der Inhaltsanalyse nach Mayring werden zunächst Verantwortlichkeit, Aufgaben und Tätigkeiten sowie berufliche Qualifikationen beschrieben und eine Abgrenzung von Behandlungssicherungspflege zur medizinischen Pflege sowie der Grundpflege vorgenommen. In einem zweiten Schritt erfolgt ein Abgleich der identifizierten Aufgaben zu den bereitgestellten Qualifikationen in der Pflege. Im Ergebnis ist festzustellen, dass strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen erforderlich sind, um die bereitgestellten Personalressourcen der Pflege versorgungs- und qualitätssichernd einzubinden.

Schlüsselwörter

Altenpflege, Aufgaben, Verantwortung, Qualifikationen

eingereicht 30.04.2012
akzeptiert 25.09.2012

1. Hintergrund

Die Ressourcenknappheit und der Personalmangel im Gesundheitswesen nehmen im Zuge der demografischen Entwicklung immer weiter an Bedeutung zu (Schubert 2009). Bereits ab dem Jahr 2018 wird in den „Gesundheitsberufen ohne Approbation“ ein massiver Mangel an Arbeitskräften eintreten. Bis zum Jahr 2025 steigt das Defizit an Pflegevollkräften auf zusätzliche 55.000 bzw. 112.000 Pflegevollzeitkräfte (Afentakis/Maier 2010). Eine übermäßige Belastung einzelner Berufsgruppen ebenso wie die der Ärzte, führt zum Anstieg von Risiken für den Patienten und einer Verschlechterung der Versorgungsqualität (Herbertson et. al. 2007). Dies fordert die politischen Entscheidungsträger auf, eine nachhaltige Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung anzustreben, die auch Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung verbessert (Sachverständigenrat 2007).

Wird der Berufsstand der Pflege näher betrachtet, ist festzustellen, dass die Zulassung zur Berufsausübung in der Pflege derzeit ausschließlich über den Qualifikationserwerb entsprechend der Berufsgesetze in der Pflege erwirkt werden kann. Bachelor-Absolventen von Pflegestudiengängen sind auch dann verpflichtet, einen Abschluss entsprechend der Berufsgesetze zu erlangen, wenn Struktur und Inhalt des Studiums die Anforderungen der Gesetze erfüllt (§ 6 HeimPersV; § 2, 2a AltPflG, § 2 KrPflG). Aufgrund dieser Gesetzeslage sind die Fachhochschulen oder Hochschulen (FH oder HS) dazu übergegangen sogenannte „3+1“-Modelle für Studierende anzubieten, um zum einen dem Arbeitsmarkt ausgebildete Pflegekräfte zur Verfügung zu stellen, die die Berufszulassungsvoraussetzung erfüllen. Zum anderen tragen sie damit dem steigenden Bedarf an hochqualifizierten Pflegekräften Rechnung. So wird beispielsweise an der HS Fulda nach drei Jahren Studium regulär ein Bachelor-Abschluss erworben; nach einem 12monatigen Besuch einer Fachschule kann nach einem Jahr das staatliche Examen in der Alten- oder Gesundheits- und Krankenpflege abgelegt und darüber die Berufszulassung erworben werden. Die FH Bielefeld bietet das „3+1-Modell“ in einem umgekehrten Verhältnis an: zunächst wird nach drei Jahren das staatliche Examen mit Berufszulassung an einer Fachschule erworben und anschließend kann nach weiteren zwei Semestern ein Bachelor in der Pflege erlangt werden. Die Qualifizierung an der FH Bielefeld folgt dem dualen Prinzip, so dass die teilnehmenden Personen einen Doppelstatus aufweisen. Die Universität Witten/Herdecke bietet ein „3+2“-Modell an, das dem Grundsatz „Aus der Praxis – Mit der Praxis – Für die Praxis“ folgt. Hier können berufserfahrene Praktiker mit Berufszulassung direkt ins 3. Fachsemester einsteigen und nach 2 Jahren einen Bachelor-Abschluss erwerben, um anschließend wieder in der direkten Pflege tätig zu sein. Diese Beispiele zeigen auf, wie schwierig es durch die derzeitige Gesetzeslage ist, eine akademische Basisqualifikation mit der Berufszulassung zu verbinden und qualifizierte Pflegekräfte in der direkten Pflege einzusetzen. Hinzu kommt, dass mit der Höherqualifizierung nicht automatisch eine Zunahme an eigen- und selbstständiger Aufgabenausgestaltung einhergeht. Eine Ausweitung des Aufgabenbereichs ist derzeit nahezu ausschließlich auf Basis der Delegation möglich, wenn gleich der Praxis bereits Kompetenzen zugestanden werden, die eine rechtliche Grauzone darstellen (Darmann-Finck/Muths 2011). Insbesondere vor dem Hintergrund

dieser formalen Unklarheiten in der Kompetenzzuständigkeit zwischen Medizin und Pflege (Pflege im Delegationsbereich der Medizin), wird die Kompetenzentwicklung und Aufgabengestaltung von Pflegekräften stark beeinflusst. So muss eine Pflegekraft sich entweder in ihrem Wissen begrenzen und kann es, sofern sie es erworben hat, nicht umsetzen oder sie bringt ihr Wissen und ihre Kompetenzen ein und begeht damit im Rahmen des Delegationsrechts eine formale Grenzüberschreitung (Olbrich 2010). Gerlach (2011) führt vor diesem Hintergrund nochmals die Aussagen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen auf, dass die vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen der Pflege nicht genutzt werden, was insbesondere vor dem Hintergrund der Ergebnisse von Moss et. al. (2010) kritisch anzumerken ist. Sie beschreiben eine zunehmende pflegerische Expertise von Pflegekräften, die sich mit zunehmender Qualifikation und Erfahrung entwickelt und damit einhergehend der zunehmende Wunsch nach autonomer und kritischer Entscheidungsfindung in der pflegerischen Versorgung und Tätigkeit. Mit der Zunahme an Selbstständigkeit und verantwortlicher Kompetenzausübung geht auch eine positive Arbeitszufriedenheit und ein Rückgang der Fluktuationsrate bei Pflegekräften einher (Moss et. al. 2010). Die Qualifikation von Pflegekräften und der Personal-Mix in vollstationären Altenpflegeeinrichtungen werden als ein wesentlicher Faktor zur Förderung von Pflegequalität diskutiert, wenngleich Studien unterschiedliche Ergebnisse vorstellen.

Darmann-Finck/Muths (2011: 1121) führen auf, dass „*das genuin Pflegerische in das Zentrum der Kompetenzentwicklung gestellt werden [muss]*“, wenn die Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen sowie Substitution und Allokation derzeit ärztlicher Tätigkeiten diskutiert werden. Gleichzeitig weisen sie jedoch daraufhin, dass gerade das genuin Pflegerische unklar und nicht definiert ist. Sie kommen zu dem Schluss, dass es sich mit den „*Stichworten Unterstützung bei der Alltagsbewältigung, Lebenswelt- und Ressourcenorientierung umschreiben [lässt]*“ mit dem Ziel „*der Verbesserung der Lebensqualität und [dem] Erhalt eines möglichst hohen Niveaus von Selbstständigkeit*“ (Darmann-Finck/Muths 2011: 1121).

Die „Enquêtekommission zur Zukunft der Pflege in NRW“ (Bartholomeyczik et al 2002) hat sich mit Aufgaben der und Verständnis von Pflege für Deutschland auseinandergesetzt und beschreibt neun Grunddimensionen in deren Rahmen Pflege handelt. Dem Beratungspapier zufolge verantwortet Pflege den Pflegeprozess und umfasst körperliche, psychische und soziale Aspekte. Pflege verfolgt vorrangig das Ziel die Autonomie des Menschen in der Gestaltung seiner alltäglichen Lebensführung zu erhalten, fördern oder wiederherzustellen. Die Handlungsbereiche der Pflege beziehen sich dabei nicht nur auf kognitive Funktionen, Kommunikation und Beziehungsgestaltung, sondern auch auf Hilfen bei der Tagesstrukturierung, wie dies vermehrt bei Menschen mit Demenz erforderlich wird sowie Beratung, Anleitung und Schulung von pflegebedürftigen Menschen und ihnen nahe stehenden Personen. Die Ausrichtung der Aufgaben der Pflege konzentriert sich auf die Auswirkungen von Krankheit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Selbstbestimmung des Menschen in seinem alltäglichen Handeln. Diese Handlungsbereiche umfassen den gesamten Ver-

sorgungsprozess, d. h. Prävention, Kuration, Rehabilitation, Palliativversorgung und die Begleitung Sterbender (Bartholomeyczik et al 2002).

Kangasniemi et. al. (2010) beschreiben in ihrer Übersicht zum internationalen Forschungsstand, fehlende Publikationen für auf Qualifikation basierende Aufgaben von Pflegekräften. Sie verweisen darauf, dass Studien veröffentlicht sind, die die Rechte aufgrund der Gesetzgebung, wie die Anerkennung bzw. Zulassung zur Berufsausübung beleuchten oder sich mit dem ethischen Hintergrund (ICN - Kodex) pflegerischen Handelns auseinandersetzen. Dabei sind auf Qualifikation basierende Aufgaben von Pflegekräften durch das fehlende allgemeine Recht der Durchführung gekennzeichnet, d. h. Pflegekräfte, die entsprechende Aufgaben ausführen, weisen spezielle Weiterbildungen und Berufserfahrung auf. Eine genauere Bezeichnung der Weiterbildungen sowie der Umfang werden aufgrund fehlender Publikationen nicht beschrieben. Auch Quintaliani et. al. (2005) beziehen sich in ihren Ausführungen auf die ethisch begründeten und nicht auf Qualifikation basierende Aufgaben der Pflege.

Bisher ist der Kompetenz- und Aufgabenbereich der Pflege in Deutschland aufgrund eines fehlenden eigenen Rechtsstatus' erst rudimentär beschrieben und bezieht sich in seiner Definition und Ausgestaltung überwiegend auf die Bezugnahme von abrechenbaren Leistungen nach SGB V und XI, meist aus Sicht der Ärzte und Versicherungsträger. Lediglich Darmann-Finck/Muths (2011) formulieren einen ersten Ansatz anhand von Setting übergreifenden Aufgabenprofilen und verweisen darauf, dass gerade Menschen mit chronischen Erkrankungen von heilkundlichen Aufgabenprofilen profitieren könnten. Diese Personengruppe wird konzentriert in vollstationären Altenpflegeeinrichtungen versorgt.

Um die Versorgungsqualität pflegebedürftiger Menschen auch zukünftig sicherzustellen, sind die Personal- und Qualifikationsressourcen in der Pflege näher zu betrachten und Strategien zu entwickeln, die es ermöglichen bestehende Ressourcen so in das Gesundheitssystem und den pflegerischen Versorgungsprozess einzubinden, dass eine pflegerische Versorgung auch zukünftig auf hohem qualitativem Niveau gewährleistet werden kann.

2. Zielsetzung und Fragestellung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es zum einen, die Aufgaben und Verantwortlichkeiten von Pflegefachkräften in vollstationären Altenpflegeeinrichtungen zu beschreiben. Zum anderen werden auf dieser Basis, die im Pflegesystem bereitgestellten Qualifikationen betrachtet und zu prüfende Substitutionsmöglichkeiten dargestellt.

Zentrale Fragestellungen sind:

- Welche Verantwortlichkeiten und Aufgaben sind Pflegefachkräften in vollstationären Altenpflegeeinrichtungen zu zuordnen?

- Welche Qualifikationen werden durch die Pflege bereitgestellt, um Aufgaben und Verantwortung eigen- und selbstständig wahrzunehmen?

3. Vorgehensweise und Methodik

Die Erarbeitung erfolgte in zwei Schritten. Der erste Schritt fokussierte die Herausarbeitung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Pflege. Im zweiten Schritt erfolgte der Abgleich zwischen den Aufgaben und Verantwortlichkeiten mit den derzeit bereitgestellten Qualifikationen in der Pflege, die zur Wahrnehmung der Aufgaben und Verantwortung voraussichtlich erforderlich sind.

1) Die Literaturrecherche erfolgte im Zeitraum 2012 (KW 8 - KW 10) und wurde in der Meta-Datenbank DIMDI, der Datenbank CINAHL und der Datenbank für Rechtsprechungen „lexetius“ durchgeführt. Berücksichtigt wurden der Europäische Gerichtshof, das Bundesverwaltungsgericht, Bundessozialgericht, Bundesarbeitsgericht, der Bundesgerichtshof und Bundesfinanzhof. Die Rechtsprechungen erfüllten mindestens die Ordnung „Verkündigung“ und umfassten damit Urteile, Beschlüsse und Mitteilungen. Die Rechtsprechungen unterlagen keiner zeitlichen Eingrenzung, sonstige Publikationen wurden ab 2005 eingeschlossen. Die Recherche erfolgte in deutsch und englisch anhand der Keywords: Assignment, nursing, nurse, duties, responsibilities, task, Pflege, Aufgaben, Verantwortlichkeit, Verantwortung, Haftung, Delegation, Pflegefachkraft, Arzt, Vorbehaltsaufgaben, höchstpersönliche Leistungen. Die Handlese bezog sich auf folgende Fachzeitschriften:

- Deutsches Ärzteblatt: 2010; 107 (1-2) bis 2012; 109 (10)
- Die Schwester / Der Pfleger: 01/10 - 12/11
- Pflegezeitschrift: 01/10 - 03/12
- Pflege- und Krankenhausrecht: 01/10 - 12/10
- Die Gesundheitswirtschaft: 2010 Nr. 1 - 2011 Nr. 6
- Pflege & Gesellschaft: 2010 Heft 1 - 2011 Heft 4

Darüber hinaus erfolgte eine Sichtung der Stellungnahmen und Positionspapiere der Bundesärztekammer und des Deutschen Pflegerates, veröffentlicht im Zeitraum 01/2010 bis 03/2012.

Über die zuständigen Ministerien bzw. Behörden des Bundes oder bei entsprechender Zuständigkeit der Länder, wurde nach länderspezifischen (rechtlichen) Regelungen zur Berufsausübung recherchiert. Die eingeschlossenen Veröffentlichungen führten Aufgaben oder Verantwortlichkeiten einer der beiden Berufsgruppen auf. Ausgeschlossen wurden Kataloge, die ausschließlich der Auflistung abrechenbarer Leistungen dienen.

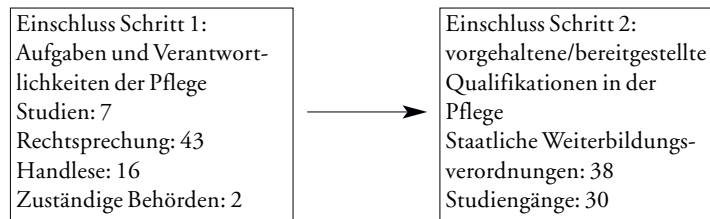
2) Basierend auf diesen Ergebnissen erfolgte für die Pflegeberufe die Recherche der entsprechenden Weiterbildungsverordnungen der Länder sowie Studienangebote der (Fach)Hochschulen und Universitäten. Für die eingeschlossenen Studiengänge mussten entweder die Modulhandbücher vorliegen oder die inhaltlichen Beschreibungen

auf den hochschulspezifischen Webseiten über eine einfache Auflistung der Module hinausgehen und Rückschlüsse auf die Berücksichtigung des vollständigen Pflegeprozesses zulassen. Dies traf zu, wenn Aussagen zur Diagnostik/Anamnese, Therapie/Intervention/Pflegemaßnahmen und Evaluationen formuliert waren.

Die Analyse des Materials erfolgte im ersten Schritt induktiv, im Zweiten deduktiv über die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2010; Mayring/Gläser-Zikuda 2008).

4. Ergebnisse

Für Schritt 1 wurden 68 Dokumente in die Analyse aufgenommen, davon 43 Rechtsprechungen und Gesetze bzw. Verordnungen, die Qualitätsprüfungs-Richtlinie mit MDK-Anleitung sowie eine länderspezifische Regelung zur Durchführung von behandlungspflegerischen Maßnahmen (SGB V-Leistungen) in Einrichtungen der stationären Altenhilfe der Hessischen Heimaufsicht. Mit Ausnahme von Sachsen-Anhalt konnten die der staatlichen Anerkennung zugrunde liegenden Weiterbildungsverordnungen aller Bundesländer einbezogen werden. Die Stellungnahmen konnten keine Berücksichtigung erfahren, da sie ausschließlich Meinungsäußerungen ohne konkrete Benennung von Aufgaben oder Verantwortlichkeiten darstellten.



4.1 Kategorien

4.1.1 Verantwortlichkeit

Allgemein:

Das Bundessozialgericht (BSG) unterscheidet in seiner Terminologie zum einen zwischen „Leitung“ und „Verantwortung“, zum anderen differenziert es zwischen den Settings, in dem die Begriffe Anwendung finden. Es ist zwischen leitungsbezogenen Anforderungen und der fachlichen Verantwortung für die zu erbringende Leistungen zu unterscheiden. Das BSG weist daraufhin, dass Unterschiede im Bezug auf den Träger der Verantwortung (Medizin bzw. Pflege) bestehen. Nach Aussage des BSG bedarf die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages nach §69 SGB XI im Interesse der Solidargemeinschaft einer besonderen Qualifikation (verantwortliche Pflegefachkraft), um das Dreiecksverhältnis zwischen Pflegekasse – Einrichtung – Versicherten angemessen zu gestalten und den Pflichten der Gewährung von Pflegeleistungen im Kontext der gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen nachzukommen (BSG 22.04.2009 - B 3 P 14/07 R).

Medizin:

Dem BSG zufolge, bezieht sich die ärztliche Verantwortung auf die konkrete Behandlung im Einzelfall und ihre Anleitung, wenn sie eine ärztliche Entscheidung darstellt. Dabei gilt die Versorgung ärztlich verantwortet, wenn die Versicherten unter ärztlicher Betreuung stehen und die Versorgung ärztlich überwacht wird, d. h., dass „*Aufnahme- und Abschlussuntersuchung von einem Arzt durchgeführt werden, dieser den Therapieplan erstellt und die Erbringung der nichtärztlichen Leistungen überwacht*“. Dies schließt die Beteiligung von nicht - ärztlichen Berufsangehörigen in der Leistungserbringung mit ein (BSG 22.04.2009 - B 3 P 14/07 R).

Pflege:

Dieser Verantwortungsbegriff findet auch im Kontext des §71 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI Anwendung (BSG 22.04.2009 - B 3 P 14/07 R). Demzufolge steht die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen nur dann unter ständiger Verantwortung, wenn eine verantwortliche Pflegefachkraft die Pflegeleistungen zumindest in den Grundzügen selbst festlegt, ihre Durchführung umsetzt und die Umsetzung kontrolliert (BSG 22.04.2009 - B 3 P 14/07 R).

Fazit:

Analog zur Definition der ärztlichen Verantwortung gilt, dass eine Versorgung in Einrichtungen mit Verträgen nach § 75 SGB XI dann pflegerisch verantwortet ist, wenn Aufnahme- und Abschlussuntersuchung bzw. -gespräch von einer verantwortlichen Pflegefachkraft durchgeführt werden, diese den Pflegeplan erstellt und die nicht-pflegerischen Leistungen überwacht. Dies schließt die Beteiligung von weiteren nicht-ärztlichen Berufsangehörigen mit ein.

4.1.2 Aufgaben und Tätigkeiten

Allgemein:

Aufgaben und Tätigkeiten sind als Leistungen mit entsprechenden Zuständigkeiten im Kontext von Berufsgruppen und Qualifikationen im Sinne des SGB V und SGB XI sowie begleitenden bzw. ergänzenden Richtlinien und Verordnungen beschrieben. Zu berücksichtigen ist, dass die Berufsausübung nur durch ein Gesetz oder auf Grundlage eines Gesetzes geregelt werden kann (Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG; BSG 24.09.2002 - B 3 P 14/01 R). Im Rahmen der Rechtsprechung und -ausgestaltung wird die Zuständigkeit seitens der Ärzte überwiegend im Zusammenhang mit Vergütungsansprüchen und Abrechnungsmöglichkeiten behandelt. In Einrichtungen mit Verträgen nach § 75 SGB XI werden die Aufgaben und Tätigkeiten von Pflegenden indirekt durch die Qualitätsprüfungs-Richtlinie beschrieben und beziehen sich grundsätzlich auf den gesamten Pflegeprozess (MDS 2009: 91 „*Pflegeanamnese/Isterhebung, Pflegeplanung, Anleitung der Pflegehilfskräfte, Einbeziehen der anderen an der Pflege und Betreuung Beteiligten und die Evaluation der Pflege*“).

Medizin:

Werden ärztliche Aufgaben betrachtet und hinsichtlich ihres Vorbehalts überprüft, kommt der Bundesgerichtshof zu dem Schluss, dass eine eindeutige rechtliche Abgrenzung zur Pflege nicht möglich ist. Nicht übertragbare Leistungen sind solche, die der Arzt wegen ihrer Schwierigkeiten und Gefährlichkeit oder Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen unter Einsatz seiner speziellen Fachkenntnisse und Erfahrungen höchstpersönlich erbringen muss. Als höchstpersönliche Leistungen werden folgende benannt:

- Anamnese
- Indikationsstellung
- Untersuchung des Patienten, einschließlich invasiver Leistungen
- Stellen einer Diagnose
- Aufklärung und Beratung der Patienten
- Entscheidung über die Therapie und
- die Durchführung invasiver Therapien

(BGH 30.11.1982 Az: VI ZR 77/81; BGH 15.06.1993 Az: IV ZR 175/92; BGH 12.07.1994 Az: VI ZR 299/93; BGH 13.06.2006 Az: VI ZR 223/93; BSG 13.07.2004 - B 1 KR 33/02 R; nieders. LG 27.10.2004 Az: L3 KA 209/04 ER). Eine detaillierte Aufgaben- und Tätigkeitsbestimmung erfolgt weder in der MBO-Ä noch über das Heilpraktikergesetz (HeilpraG). Eine Konkretisierung erfolgt bei Fachausbildungen separat bzw. ergänzend im Rahmen abrechenbarer Leistungen, wie in der Onkologie - Vereinbarung formuliert. Die Nicht-Beteiligung an der Versorgung kann ermächtigten Ärzten grundsätzlich nur auf Basis einer gesetzlichen Grundlage verwehrt werden, z. B. über Ausschlussbestimmung, wie dies im Rahmen der Schmerztherapie-Vereinbarung der Fall ist (§ 1 Abs. 2 Schmerztherapie-Vereinbarung, DÄ 1997, C - 1186ff).

Innerhalb der Medizin beziehen sich Vorbehaltsaufgaben auf Abrechnungsmöglichkeiten gemäß EBM - Ä (BSG 01.07.1998 - B 6 KA 23/97 R; BSG 20.01.1999 - B 6 KA 23/98 R; BSG 02.04.2003 - B 6 KA 19 30/02 R; BSG 28.04.2004 - B 6 KA 19/03 R).

Pflege:

Eine nähere Bestimmung der Aufgaben von Pflegekräften erfolgt explizit für verantwortliche Pflegefachkräfte im Sinne des § 71 Abs. 3 SGB XI in Verbindung mit den Prüfrichtlinien der Qualitätsüberprüfung durch den Medizinischen Dienst der Kassen (MDK). Demnach ist eine verantwortliche Pflegefachkraft *„für die Anwendung der Qualitätsmaßstäbe im Pflegebereich, die fachliche Planung der Pflegeprozesse, die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation, die am Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte sowie die regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegebereiches“* zuständig. Darüber hinaus hat die verantwortliche Pflegefachkraft die Pflegeleistungen der pflegebedürftigen Menschen *„zumindest in den Grundzügen selbst festzulegen [...] und ihre Umsetzung angemessen zu kontrollieren“* (BSG 22.04.2009 - B 3 P 14/07 R).

Eine Konkretisierung für Pflegefachkräfte erfolgt über das Berufsgesetz in der Altenpflege. Diesem zufolge übt die Pflegefachkraft, die Pflege, einschließlich Beratung, Begleitung und Betreuung selbständig und eigenverantwortlich aus (§ 3 AltPflG); die Verantwortung für den Pflegeprozess liegt bei den Pflegefachkräften (MDS 2009: 91). Dies umschließt auch das Feststellen, Ermitteln und Überprüfen von Pflegebedürftigkeit und damit verbundenen Leistungsansprüchen (S. 191 - 193; BSG 10.02.2000 - B 3 P 12/99 R; BSG 22.07.2004 - B 3 P 6/03 R; BSG 30.03.2000 - B 3 P 21/99 R; BSG 18.03.1999 - B 3 P 31/98 R; BSG 18.09.2008 - B 3 P 5/07 R; BSG 19.04.2007 - B 3 P 8/06 R).

Die Qualitätsprüfungen binden Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 87b SGB XI ein und umfasst auch die medizinische Behandlungspflege einschließlich Leistungen nach § 37 SGB V (häusliche Krankenpflege).

Die Rechtslage weicht insofern von denen der Ärzte ab, dass bei Pflegemängeln die Einrichtung und nicht direkt die verantwortliche Pflegefachkraft haftet (BSG 22.04.2009 - B 3 P 14/07 R).

Fazit:

Eine Nicht-Beteiligung von Pflegefachkräften (mit erweiterten Kompetenzen) bei gleichwertiger Qualifikation an der Versorgung ist nur auf Basis einer Ausschlussbestimmung möglich. Primäre Aufgabe der Pflege ist die verantwortliche Steuerung des gesamten Pflegeprozesses mit den Komponenten, Anamnese, pflegediagnostische Untersuchung des pflegebedürftigen Menschen oder Patienten, Stellen der Pflegediagnose, Aufklärung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen oder Patienten und seiner Angehörigen bzw. seines Betreuers, Entscheidung über die Pflegetherapie/-intervention, einschließlich der Durchführung medizinischer Pflege, die nicht der Behandlungssicherung, sondern pflegetherapeutischen Zielen dient sowie die Evaluation des Pflegeprozesses. Folgende Inhalte werden der Zuständigkeit der Pflege zugerechnet (MDS 2009): Schmerzen (S. 142-146), Ernährung einschließlich Flüssigkeit (S. 171-177), Chronische Wunden und Dekubitus (S. 148-155), Sturz und Kontrakturen (S. 159-169), Urininkontinenz (S. 178-183), Demenz und Angehörigenarbeit (S. 184-190), Hygiene und Infektionskontrolle (S. 117-121), soziale Betreuung – umfasst auch das Integrationsgespräch (S. 130-135), Freiheitsentziehende Maßnahmen (S. 195-198) und Feststellen von Pflegebedürftigkeit und damit verbundenen Leistungsansprüchen (S. 191-193).

4.1.3 Berufliche Qualifikation

Allgemein:

Die Berufsausübung wird durch ein Gesetz oder auf Grundlage eines Gesetzes geregelt (Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG; BSG 24.09.2002 - B 3 P 14/01 R). Der Beruf des Altenpflegers stellt einen „anderen Heilberuf“ im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG dar (BVerfG 24.10.2002 - 2 BvF 1/01).

Medizin:

In seinem Urteil vom 20.01.1999 B 6 KA 23/98 R verweist das BSG darauf, dass die Erbringung und Abrechnung bestimmter ärztlicher Leistungen nur dafür besonders qualifizierten Ärzten vorbehalten sei, um die Qualität der Versorgung zu sichern. Fachfremde Leistungen sind nicht abrechenbar (BSG 02.04.2003 - B 6 KA 30/02 R; BSG 28.04.2004 - B 6 KA 19/03R).

Pflege:

Die Verantwortungsbereiche und Aufgaben von Pflegefachkräften, Altenpflege- und Krankenpflegehelfern sowie angeleiteten Pflegekräften müssen im Rahmen von Stellenbeschreibungen, die den entsprechenden Qualifikationen entsprechen, geregelt sein (MDS 2009:27, 86, 199-201). Ein qualifikationsgemäßer Einsatz der Pflegekräfte besteht dann, wenn der Erwerb von Kompetenzen oder einer formal erworbenen Qualifikation es ermöglicht, zeitnah Folgen oder Gefährdungen des eigenen Handelns für eine pflegebedürftige Person oder Patienten zu erkennen und prophylaktisch tätig zu werden (SG Speyer 27.07.2005 - S 3 P 122/03; MDS 2009: 27, 86, 92, 105, 108, 199 - 201; hess. Heimaufsicht, 2008: 2, 4f). Dies ist gegeben, wenn die durchführende Person über eine Qualifikation verfügt, die zweckmäßig ist und eine Gewähr für eine rasche und sichere Heilung bietet sowie objektiv eine erfolgreiche Behandlung annehmen lässt (BSG 06.08.1998 - B 3 P 8/97 R) und dem aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstands entspricht (BSG 18.03.1999 - B 3 P 3/98 R; MDS 2009: 36, 108f).

Fazit:

Das Erbringen und Abrechnen von Leistungen ist nur durch dafür besonders qualifizierte Kräfte möglich. Der Komplexitätsgrad der jeweiligen Pflegesituation ist ausschlaggebend für die erforderliche Qualifikation bzw. Kompetenzprofil, das die durchführende Pflegekraft vorzuhalten hat. Die Aktualität des medizinisch-pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstandes ist über regelmäßige Fort- und Weiterbildungen nachzuweisen.

4.1.4 Grund- und Behandlungspflege**Allgemein:**

Das BSG bezeichnet „Behandlungspflege“ als einen Sammelbegriff für alle krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen und konkretisiert diese nochmals auf Maßnahmen, die nur durch eine bestimmte Krankheit erforderlich werden und speziell auf den Krankheitszustand des Betroffenen ausgerichtet sind. Ziel dieser Maßnahmen ist es, die Krankheit zu heilen, einer Verschlimmerung entgegenzuwirken, Beschwerden zu verhindern oder diese zu lindern (BSG 10.11.2005 - B 3 KR 38/04). Die Begriffe „Grundpflege“ und „Behandlungspflege“ sind sowohl in der sozialgerichtlichen Rechtsprechung als auch in der Pflegewissenschaft umstritten. Tätigkeiten können je nach Indikation sowohl der Grund- als auch der Behandlungspflege zu geordnet werden (Einmalkatherisierung zur Harnableitung vs. zur Behandlung einer Blasenläh-

mung) (BAG 28.03.2007 - 10 AZR 390/09; BSG 30.03.2000 - B 3 KR 23/99 R). Die Medikamentengabe ist immer der Behandlungspflege zu zuordnen (BSG 17.03.2005 - B 3 KR 8/04 R). Der Inhalt der Behandlungspflege im Sinne des § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V ist im Gesetz nicht definiert. In Einrichtungen mit Verträgen nach § 75 SGB XI im Sektor der vollstationären Altenhilfe umfasst die Behandlungspflege der Sache nach alle Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, d. h. analog der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege in der Fassung vom 17.09.2009 BAnz. Nr. 21a (Beilage) vom 09.02.2010, letzte Änderung: 21.10.2010 BAnz. Nr. 8 (S. 140) vom 14.01.2011 (BSG 07.12.2006 - B 3 KR 5/06 R; BAG 28.03.2007 - 10 AZR 390/09). Dabei handelt es sich bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege um, in aller Regel zeitlich befristete und erheblichen Änderungen unterliegenden Maßnahmen (BSG 17. 3. 2005 - B 3 KR 35/04 R). Bei der Anordnung von Behandlungspflege kann einer Pflegefachkraft oder Einrichtung grundsätzlich nicht angelastet werden, wenn die Anordnung des Arztes nicht dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnis entspricht. Es ist nachzuweisen, dass die Pflegefachkraft den Arzt daraufhin hingewiesen hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und dieser seiner Anordnung nicht geändert hat (MDS 2009: 139, 145, 151, 181). Heilkundliche Verrichtungen, die keine nennenswerten Gesundheitsgefahren zur Folge haben, fallen nicht unter die Erlaubnispflicht des Heilpraktikergesetzes, auch wenn sie ärztliche Fachkenntnisse erfordern (BVerwG 24.10.2011 - 3 B 31/11; BVerwG 25.06.1970 - 1 C 53.66; BVerwGE 35, 308 <311> = Buchholz 418.04 Heilpraktiker Nr. 10 S. 23).

Die rechtliche Verpflichtung zur Dokumentation einer angeordneten behandlungspflegerischen Maßnahme in der Pflegedokumentation durch den Vertragsarzt, ist juristisch ungeklärt. Die Kommunikation mit dem Arzt muss jedoch nachvollziehbar dargelegt werden (MDS 2009: 139).

Fazit:

Alle medizinischen Tätigkeiten, die nicht der Behandlungssicherungspflege, sondern dem Erreichen oder Sicherstellen eines pflegetherapeutischen Ziels dienen, sind als medizinische Pflege dem Pflegeprozess zuzuordnen und bedürfen keiner ärztlichen Anordnung. Dies umfasst auch Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel. Das pflegetherapeutische Ziel bezieht sich dabei immer auf das Wiederherstellen, Fördern oder den Erhalt von Selbstbestimmung und Selbstsorge. Die Verantwortung liegt vollumfänglich bei der entsprechenden Pflegekraft.

Alle medizinischen Tätigkeiten, die nur durch eine bestimmte Krankheit erforderlich werden, unterliegen im Rahmen der Behandlungssicherungspflege der ärztlichen Anordnungspflicht.

Auch bei vorliegender ärztlicher Anordnung ist die Pflegekraft weiterhin verpflichtet die Angemessenheit hinsichtlich des aktuellen Standes des Wissens zu überprüfen und den Arzt gegebenenfalls auf die Notwendigkeit der Anpassung hinzuweisen.

4.2 Verfügbare Qualifikationen in der Pflege

Die Auswertung der Quellen bezieht sich jeweils auf den vollständigen Pflegeprozess, d. h. alle Schritte des Pflegeprozesses, wie unter 4.1.2 aufgeführt, werden im Rahmen der Qualifizierung vermittelt. Die Betrachtung der Aufgaben umfasst ausschließlich die unter 4.1.2 aufgeführten Aufgaben.

Aufgabe der Pflege	Ebene der verfügbaren Qualifikation Ausbildung (AB), Weiterbildung (WB), B (Bachelor), M (Master)					Anmerkung
	AB	WB	WB (tertiär)	B	M	
Schmerzen / Palliativversorgung	1	2	1, 2	1, 2	2	1 = Bestandteil 2 = eigen-ständige WB oder Studium
Ernährung, einschl. Flüssigkeit	1	1, 2		1	2	WB in NRW (nicht Pflege)
Chron. Wunden und Dekubitus	1	1, 2	2	1, 2		
Urininkontinenz	1					
Feststellen der Pflegebedürftigkeit	1			1		
Demenz und Angehörigenarbeit	1	2		1, 2	2	
Soziale Betreuung	1			1, 2		Überwiegend nicht Pflege
Sturz und Kontraktoren	1			1		
Hygiene und Infektionskontrolle	1	2		1		
Freiheitsentziehende Maßnahmen	1			1		
Prävention, Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung	1			1, 2	2	
Rehabilitation	1	2		1, 2		nicht Pflege

Ausnahmslos alle ermittelten Aufgaben der Pflege sind Bestandteil der Ausbildung. Die Weiterbildungen widmen sich in aller Regel einem spezifischen Thema, vereinzelt werden die Kompetenzen im Kontext eines anderen Schwerpunkts erworben, z. B. Ernährung im Kontext spezifischer Erkrankungen (z. B. Demenz, Diabetes mell.). Das Bundesland Rheinland-Pfalz bietet über die aufgelisteten Aufgabenkomplexe hinaus eine „Weiterbildung zur/zum Diabetesberater/in im Gesundheitswesen und der Altenpflege“ an (520 Stunden Theorie, 860 Stunden Praxis). Für die Aufgabenkomplexe „Schmerzen/Palliativversorgung“, „Demenz und Angehörigenarbeit“ sowie „Rehabilitation“ werden Qualifikationen auf allen verfügbaren Fachebenen (Berufsausbildung, Weiterbildung, Bachelor, Master) angeboten. Die Aufgaben „Feststellen der Pflegebedürftigkeit“ und „Sturz/Kontraktoren“ finden sich im Komplex „Rehabilitation“ wieder, „Freiheitsentziehende Maßnahmen“ werden im Kontext des Aufgabenkomplexes „Demenz und Angehörigenarbeit“ behandelt. Für den Aufgabenkomplex „Urininkon-

tinenz“ fehlen derzeit Weiterbildungsmöglichkeiten; auch der Bereich Prävention/Gesundheitsvorsorge/Gesundheitsförderung stellt derzeit nur einen Bestandteil der Ausbildung und des Bachelorstudiums dar. Eine Spezialisierung ist fast ausschließlich auf Masterebene möglich.

4.3 Definition Pflege

Pflege ist der umgesetzte Pflegeprozess in all seinen Schritten. Sie richtet jeden Schritt darauf aus, die Selbstbestimmung des Menschen in der individuellen Gestaltung seines alltäglichen Lebens zu fördern, zu erhalten oder wieder herzustellen. Sie bezieht sich auf die Auswirkungen von Krankheit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die individuelle Gestaltung des alltäglichen Lebens. Sie berücksichtigt dabei soziale, psychische und physische Aspekte. Sie handelt, um den Menschen zu stärken und ihn auf mögliche zukünftige gesundheitliche Beeinträchtigungen vorzubereiten (Gesundheitsförderung). Sie handelt, wenn Menschen bereits einem Risiko ausgesetzt sind (Prävention), eine akute Erkrankung oder Beeinträchtigungen zu bewältigen haben (Kuration) oder im Anschluss anstreben, die Selbstständigkeit wiederzuerlangen (Rehabilitation). Zur Sicherung ihres Ziels wendet sie heilkundliche Tätigkeiten selbstständig und eigenverantwortlich an. Sie berücksichtigt in ihrem Handeln die Angehörigen. Sie begründet und verantwortet ihr Handeln voll umfänglich gegenüber dem Patienten oder pflegebedürftigen Menschen, der eigenen Profession, der eigenen Person und vor dem Recht. Heilkundliche Tätigkeiten, die nicht der pflegerischen Zielerreichung dienlich sind, kann sie auf ärztliche Anordnung durchführen und verantwortet sie eingeschränkt. Sie ist an der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der in Deutschland lebenden Bevölkerung gleichberechtigt neben dem Arzt beteiligt. Sie bildet sich regelmäßig weiter, um die Qualität ihres Handelns zu sichern und dem Menschen die aktuellen medizinisch-pflegerischen wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Versorgung zu kommen zu lassen.

5. Diskussion

Die vorliegende Arbeit weist Einschränkungen auf. Die Darstellung des Aufgabenbereiches beschränkt sich auf einen Umriss, wie er sich überwiegend in der Rechtsprechung und im Kontext von Qualitätsüberprüfungen widerspiegelt und kann daher weder als abschließend noch als umfassend bezeichnet werden. Die Studienlage in Deutschland ist derzeit unzureichend, um eine klare Abgrenzung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten zwischen Medizin und Pflege zu beschreiben sowie Schnittstellen zu definieren oder gemeinsame Verantwortungsbereiche aufzuführen. Insbesondere wenn Aufgaben sowohl von Pflegekräften als auch von Ärzten übernommen werden können. Auch stoßen die Darstellung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie die Abgrenzungen zwischen Behandlungssicherungspflege und medizinischer Pflege an strukturelle Grenzen: so beruht die Anordnungspflicht von Teilhabeleistungen und Behandlungspflege auf der Möglichkeit der Leistungsabrechnung, die nur in Zu-

sammenhang mit der ärztlichen Qualifikation möglich ist (Urteil vom 12. 8. 1987 - 8 RK 22/86). Aufgrund der sich deutlich weiter entwickelten Qualifikations- und Kompetenzprofile in der Pflege, ist diese Regelung kritisch zu prüfen und eine Abkopplung der Leistungserbringung im Sinne des SGB V anzustreben (vgl. Sachverständigenrat 2007). Darüber hinaus sind spezifische, der medizinischen Pflege zuzuordnenden ärztlichen Tätigkeiten darauf hin zu prüfen, welches Qualifikations- und Kompetenzprofile für eine qualitativ hochwertige Versorgung erforderlich ist und von welcher Profession diese vorgehalten werden. Die Zulassung zur Versorgung sowie Leistungserbringung und Abrechnung für entsprechend qualifizierte Pflegekräfte ist zu ermöglichen. Kritisch anzumerken ist, dass die Pflege zwar theoretisch gleichberechtigt neben der Medizin steht, die rechtlichen Grundlagen jedoch der Pflege keinen eigenen Rechtsstatus zusprechen, was die praktische Umsetzung und Rechtspraxis erschwert. Die Definition von Pflege ist als Basis pflegerischen Handelns in ein neues Berufsgesetz aufzunehmen.

Im Rahmen der Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen durch den MDK sind die Prüfkriterien an die Rechtsprechung und den Aufgaben und Verantwortungsbereich anzupassen. Die Dokumentationspflicht des Nachweises einer ärztlichen Anordnung durch Pflegekräfte muss sich auf die Behandlungssicherungspflege begrenzen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Versorgung durch Ärzte in Pflegeeinrichtungen als unzureichend beschrieben wird. Modellprojekte wie „Integrierte Versorgung Pflegeheime“ sind mit hohem Aufwand und Personalzeit verbunden (Buchinger 2011). Die medizinische Pflege ist im Rahmen der Pflegeplanung aufzuführen, entsprechend anderen pflegerischen Tätigkeiten zu dokumentieren und in Pflegesatzverhandlungen zu berücksichtigen.

Die in Kapitel 4 aufgeführten Ergebnisse stellen erste Anhaltspunkte des Aufgabenspektrums von Pflegekräften in vollstationären Pflegeeinrichtungen dar und sind anhand des Versorgungsprozesses im Setting zu vervollständigen (vgl. Offermanns 2011) sowie mit erforderlichen und bereitgestellten Kompetenzprofilen abzugleichen und Strukturen entsprechend anzupassen. Auffällig ist in diesem Kontext, dass originäre pflegerische Aufgaben im Bereich der Selbstversorgung mit Schwerpunkten wie „Kleiden“ oder „Waschen“ weder in der Qualitätsprüfungs-Richtlinie explizit aufgeführt werden noch Inhalt von Rechtsprechungen sind.

Einschränkungen weist die Arbeit auch hinsichtlich der bereitgestellten Qualifikationen auf. So konnten für den Weiterbildungsbereich nicht alle Angebote eingeschlossen werden, da einzelne Verordnungen die Zulassungsvoraussetzungen auf einen Berufsabschluss gemäß § 2 KrPflG begrenzen und Altenpflegekräften der Zugang verwehrt ist. Diese Zugangsbegrenzungen sind aufzuheben. Diese Eingrenzung liegt bei den Studiengängen zwar nicht vor, jedoch war es insbesondere für die Masterebene schwierig, Materialien zu finden, die den Einschlusskriterien entsprachen. Es ist davon auszugehen, dass auch die nicht eingeschlossenen Studiengänge eine Ausrichtung am Pflegeprozess vorweisen, dies jedoch aufgrund der „Selbstverständlichkeit des Pflegeprozesses in der Pflege“ nicht mehr separat aufführen bzw. bei der Beschreibung der

Studiengänge darstellen. Modulhandbücher konnten überwiegend für Pflegestudiengänge auf Bachelorebene hinzugezogen werden. In der Außendarstellung (z. B. Öffentlichkeitsarbeit) und bei der Ausgestaltung der Berufsbildung sollten auf allen Qualifikationsebenen ersichtlich werden, dass sich die Ausbildung am Pflegeprozess orientiert. Inhaltlich ist kritisch anzumerken, dass selbst Qualifizierungsmöglichkeiten auf Masterebene nicht zwischen medizinischen Tätigkeiten der Behandlungssicherungspflege und medizinischer Pflege differenzieren. Grundlage der Vermittlung scheint demnach weniger das Selbstverständnis der Pflege selbst mit ihren Aufgaben zu sein. Vielmehr scheinen eine von außen vorgegebene Definition der Aufgaben von Pflege angenommen und vermittelt zu werden sowie die aus dem Medizinsystem an die Pflege angelegte Definition von Pflege zu internalisieren. Pflege ist an dieser Stelle aufgefordert, der eigenen Definition und dem eigenen Selbstverständnis zu folgen und sich nicht unreflektiert und kritiklos dem Fremdverständnis Dritter zu fügen.

Literatur

- Afentakis, A.; Maier, T.; (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 11/2010; 990 - 1002
- AltPflG (2003): Altenpflegegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), das zuletzt durch Artikel 12b des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist
- Bartholomeyczik, S., Bienstein, C., Schaeffer, D. (2002): Grunddimensionen einer Definition von Pflege. Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. Beratungspapier 6/05.12.2002/2
- Buchinger, S. (2001): Schritt für Schritt optimal versorgt. Pflegezeitschrift Jg. 64, Heft 6: 350 - 352. Kohlhammer
- Böhme, H. (2010): Physiotherapeuten haben Anspruch auf beschränkte Heilkundeerlaubnis. Pflege- & Krankenhausrecht. 13. Jg., 1/10: 21 - 22. Bibliomed
- Böhme, H. (2010): Heilkunde Verrichtungen ohne nennenswerte Gesundheitsgefahren sind nicht erlaubnispflichtig. Pflege- & Krankenhausrecht. 13. Jg., 1/10: 22 - 23. Bibliomed
- Böhme, H. (2010): Zur Abgrenzung der Behandlungssicherungspflege von Grundpflege und Hauswirtschaftsdienstleistungen bei Dauerbeatmung. Pflege- & Krankenhausrecht. 13. Jg., 4/10: 103 - 105. Bibliomed
- Crößmann, G./Böhme, H. (2010): Rechtssicherheit in der Behandlungspflege in Komplexeinrichtungen. Pflege- & Krankenhausrecht, 13. Jg., 1/10: 2 - 6. Bibliomed
- Darmann-Finck, I./Muths, S. (2011): Heilkunde durch Pflegenden mit Bachelorabschluss. Die Schwester Der Pfleger 50. Jahrg. 11/11: 1120 - 1122. Bibliomed
- Gerlach, A. (2011): Spezialisten braucht das Land. Pflegezeitschrift Jg. 64, Heft 7: 406 - 409
- Di Bella, M. (2008): Delegation der Behandlungspflege - Perspektiven für die praktische Umsetzung. Kölner Schriften für das Gesundheitswesen. Band 2. G & S Verlag Köln
- Gesell, D./Eichhorn, A. (2011): Wissen teilen, Verantwortung übernehmen. Führen & wirtschaften im Krankenhaus 01/2001: 41 - 43. Bibliomed
- Gläseker, E./Osterbrink, A. (2012): Alte Zöpfe abschneiden. Pflegezeitschrift Jg. 65, Heft 2: 68
- HeimPersV (1993): Heimpersonalverordnung vom 19. Juli 1993 (BGBl. I S. 1205), die durch Artikel 1 der Verordnung vom 22. Juni 1998 (BGBl. I S. 1506) geändert worden ist
- Herbertson, R./Blundell, A./Bowman, C. (2007): The role of clinical support workers in reducing junior doctor's hours and improving quality of patient care. Journal of evaluation in clinical practice 13; 272 - 275

- Kangasniemi, M./Viitalahde, K./Porkka, S. (2010): A theoretical examination of the rights of nurses. *Nursing ethics* 17 (5); 628 - 635
- KrPflG (2003): Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das zuletzt durch Artikel 35 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11. Aktualisierte überarbeitete Auflage. Beltz Verlag. Weinheim/Basel
- Mayring, P./Gläser-Zikuda, M. (2008): *Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse* (Hrsg.), 2. Auflage. Beltz Verlag. Weinheim/Basel
- MDS (2009): *Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege* (Fundamentals of MDK-quality assessment in inpatient care). http://www.mds-ev.de/media/pdf/2010-02-16-MDK-Anleitung_stationaer.pdf
- Moss, C./Grealish, L./Lake, S. (2010): Valuing the gap: a dialectic between theory and practice in graduate nursing education from a constructive educational approach. *Nurse education today*; 30: 327 - 332
- Müller von der Grün, C.P. (2011): Aus Vor-Sicht: Die Pflege steigt auf. *Die GesundheitsWirtschaft*, 5. Jg. 1/11: 14 - 16. Bibliomed
- Müller von der Grün, C.P. (2011): Neue Berufe für die alternde Gesellschaft. *Die GesundheitsWirtschaft*, 5. Jg. 1/11: 6 - 9. Bibliomed
- Muench, U./Simon, M. (2010): Heißes Eisen Aufgabenverteilung. *Die Schwester Der Pfleger* 50. Jahrg. 04/10: 356 - 361. Bibliomed
- Olbrich, C. (2010): *Pflegekompetenz*. 2. vollst. überarb. und erw. Auflage, Hans Huber Verlag, Bern
- Offermanns, M. (2011): Von der einzelnen Tätigkeit zur tatsächlichen Delegation. *Die Schwester Der Pfleger* 50. Jahrg. 04/11: 386 - 392. Bibliomed
- Quintaliani, G./Gori, F./Lenci, E./Benci, L./Fioroni, S. (2005): La responsabilità professionale dell' infermiere (Die Verantwortung professionell Pflegender). *Giornale Italiano di Nefrologia* 22 S - 31; 94 - 100
- Sachverständigenrat (2007): *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2007
- Schubert, M. (2009) : Planung des Pflegepersonalbedarfs in Europa durch präzise Vorhersagemodelle : RN(4)CAST. *Pflege* 22; 251 - 253
- Wrana, M. (2011): Grundpflege gegen Behandlungspflege. *Die Schwester Der Pfleger plus+* 01/11: 1 - 3. Bibliomed
- Wagner, F. (2012): Mehr Fragen als Antworten. *Pflegezeitschrift* Jg. 65, Heft 2: 69
- Zarzycka, D./ Slusarska, B. (2007): The essence of nursing care: polish nurses' perspectives. *Journal of Advanced Nursing* Vol 59: 370 - 378

Kerstin C. Freund

Doktorandin, MScPH, Dipl. Pflegewirtin (FH)

Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke, Alfred-Herrhausen-Straße 50, D-58448 Witten, k.freund@online.de

Sascha Muz, Stefan Schmidt, Roswitha Sterr

Das demenzielle Syndrom in unserer Gesellschaft (DiuG)

Eine Studie zur Ermittlung von gesellschaftlich generierten Zugangsbarrieren zur frühen Diagnosestellung des demenziellen Syndroms

The Dementia Syndrome in our Society - a Study of Possible Barriers Generated by Society that Hinder Early Diagnosis of the Dementia Syndrome

Background: Demographic developments in Germany are leading to a situation where medical and care services, but also social and political forces are focusing their attention on dementia disorders. Individuals are forming their own subjective theories based on their own experience, the experience of others and knowledge imparted by the media. This study looks at subjective theories on dementia and asks whether these can lead to barriers being generated by society that hinder an early diagnosis of dementia.

Subject of analysis: Are there barriers in society that prevent or delay a timely diagnosis of the dementia syndrome?

Methodological approach: An interpretative-hermeneutic approach in the form of a reconstructive analysis procedure was chosen for this research study. Passers-by in the street were questioned on the basis of a sampling plan using problem-focused short interviews (n=48). Evaluation was initially conducted by individual interpretations and then shifted to a comparative systematisation in the research group. Analysis was concluded after a general consensus has been reached in the research group.

Results: „Intellectualisation“ and „feelings on the subject“ could be deduced from „subjective theories“. The „barriers to an early diagnosis“ were revealed in the categories „reasons for and against an examination“ and „structural provision in the health service“. Ideas on health and sickness can produce barriers to accessing the health system, to an early diagnosis of dementia and hence to help in individual cases.

Conclusion: The idea of losing the ability to think, plan, remember and act independently because of a long-drawn out process of degenerative dementia is associated with uncertainty and fear. Negative attributions can lead to behaviour that is damaging to health which in turn can generate a barrier to early diagnosis of the dementia syndrome.

Keywords

Dementia, Systems Theory, Society, Social Representation, Access Barriers

Hintergrund: Die demografische Entwicklung in Deutschland führt dazu, dass demenzielle Erkrankungen in den Fokus medizinisch-pflegerischer, aber auch gesellschaftlicher

eingereicht 15.03.2013

akzeptiert 08.07.2013

und politischer Betrachtungen rücken. Eigene Erfahrungen, Erfahrungen Dritter und medial vermitteltes Wissen bilden subjektive Theorien beim Individuum. Folgende Studie beschäftigt sich mit subjektiven Theorien zum Thema Demenz und ob diese zu möglichen gesellschaftlich generierten Zugangsbarrieren zu einer frühzeitigen Diagnosestellung bei Demenz führen können.

Fragestellung: Bestehen gesellschaftliche Zugangsbarrieren, die eine frühe Diagnosestellung des demenziellen Syndroms verhindern oder verzögern?

Methodisches Vorgehen: Gewählt wurde für vorliegende Forschungsarbeit ein interpretativ-hermeneutischer Zugang in Form eines rekonstruktiven Analyseverfahrens. Durch problemzentrierte Kurzinterviews (n=48) wurden anhand einer Stichprobenplanung Passanten auf der Straße zum Thema befragt. Die Auswertung erfolgte zunächst in Einzelinterpretationen, welche dann in eine vergleichende Systematisierung in der Forschergruppe überführt wurden. Die Analyse der Interviews war dann abgeschlossen, als ein allgemeiner Konsens in der Forschergruppe erreicht war.

Ergebnisse: Aus „subjektiven Theorien“ ließen sich „Intellektualisierung“ und „Gefühle zum Thema“ ableiten. Die „Zugangsbarrieren zur frühen Diagnosestellung“ offenbarten sich in den Kategorien „Gründe für und gegen eine Untersuchung“ und „strukturelle Versorgung im Gesundheitswesen“. Die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit können Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem, zur frühzeitigen Diagnosestellung bei Demenz und damit auch zu individuellen Hilfen herstellen.

Konklusion: Der Gedanke, die eigenen Kompetenzen zu denken, zu planen, zu erinnern und eigenständig zu handeln durch einen langsam fortschreitenden demenziellen Abbauprozess einzubüßen, ist mit Unsicherheiten und Angst verbunden. Negative Zuschreibungen können sich als gesundheitshinderliches Verhalten auswirken, was eine Zugangsbarriere zu einer frühen Diagnosestellung des demenziellen Syndroms generieren kann.

Schlüsselwörter

Demenz, Systemtheorie, Gesellschaft, Soziale Repräsentation, Zugangsbarrieren

1. Einleitung

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in Deutschland zeichnet sich eine Steigerung der Prävalenz- und Inzidenzraten des demenziellen Syndroms ab (Statistisches Bundesamt 2009; SVR 2009). Dieses veränderte Krankheitspanorama, das besonders chronisch-degenerative Langzeitpathologien in den Blick rücken lässt (Gutzwiller et al. 2011: 233f.), führt dazu, dass kognitive und emotionale Faktoren im Alter an Bedeutung für die Versorgungsforschung gewinnen (Gutzwiller et al. 2011: 371). Der folgende Beitrag nimmt das Thema „Frühe Diagnosestellung des demenziellen Syndroms“ in den Blick, insbesondere widmet sich die Forschungsarbeit Faktoren, die eine frühe Diagnosestellung des demenziellen Syndroms verhindern können. Hier sind insbesondere Zugangsbarrieren zu nennen, die den Zugang zu Untersuchungsangeboten im Bereich der Demenzdiagnostik oder den Zugang zum Gesundheitssystem überhaupt erschweren oder verhindern (Supprian 2011: 18f.) In einem ersten Schritt wird der Entstehungshintergrund der Forschungsthematik vorgestellt. Daran an-

schließlich wird der theoretische Bezugsrahmen der Studie in Form ausgewählter sensibilisierender Konzepte vorgestellt. Eine systemtheoretische Betrachtung der Konzepte „Krankheit“ und „Gesundheit“ sowie die soziale Repräsentation dieser Konzepte sollen für den Forschungsgegenstand sensibilisieren.

2. Entstehungshintergrund und Fragestellung

Der Gedanke an eine Frühdiagnostik des demenziellen Syndroms ist verbunden mit dem Gedanken, dass Betroffene einerseits aus eigenem Antrieb oder andererseits aufgrund der Initiative von Angehörigen oder Freunden eine Untersuchung in Erwägung ziehen (Supprian 2011: 18). Dass frühzeitige Untersuchungen auf ein demenzielles Syndrom nicht erschöpfend wahrgenommen werden zeigt, dass Gedächtnissprechstunden nur von einem geringen Anteil von Menschen, die subjektiv bemerkte kognitive Einbußen haben, aufgesucht werden. Es kann konstatiert werden, dass es sich hierbei um Menschen handelt, die ein hohes prämorbidem Intelligenzniveau aufweisen und ihre Gedächtnisleistung im Vergleich zu gleichaltrigen kritisch reflektieren. Ein größerer Anteil der Bevölkerung sucht Gedächtnisambulanzen nicht auf, weil die Betroffenen ihre kognitiven Leistungseinbußen nicht entsprechend wahrnehmen (ebd.: 18). Supprian (2011) konzidiert an dieser Stelle, dass das Phänomen der gestörten Krankheitswahrnehmung als Kernelement des demenziellen Syndroms eingeordnet werden könne.

Systemtheorie

Um gesellschaftliche Prozesse einzuordnen bedient sich die Soziologie unter anderem der Systemtheorie. Diese integriert unterschiedliche Wissenschaftsdisziplinen und eignet sich daher zur Erhellung von Phänomenen aus unterschiedlichen Bereichen. Das Gesundheits- und Medizinsystem als gesellschaftliche Teilsysteme entfalten ihre Kommunikationsprozesse auf der Grundlage der binären Codierung „krank/gesund“. Für den Mediziner¹ stellt der Pol „krank“ den positiven Anschlusswert der Kommunikation dar „weil ein Arzt nur etwas mit Krankheiten anfangen kann“ (Luhmann 1983; 1986).

Das klassische mechanistisch-bio-medizinische Paradigma, welches das Verhältnis von Gesundheit und Krankheit als zwei unabhängige Gegebenheiten im Leben eines Menschen widerspiegelt greift heutzutage sowohl in der Medizin als auch in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften zu kurz (Franke 2008: 85). Gesundheitsförderung und Prävention stellen in unserer Zeit Ansätze dar, die immer weiter ausgestaltet werden (Hurrelmann et al. 2010: 24). Im Sinne einer Gesundheitsförderung und Prävention könnte die Leitdifferenz des Gesundheits- und Medizinsystems „krank/gesund“ umcodiert werden in „gesundheitsförderlich/gesundheitshinderlich“. Der posi-

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Artikel die maskuline Form verwendet. Das Femininum ist gleichermaßen mit eingeschlossen.

tive Anschlusswert der so entstandenen Kommunikation wäre dann „gesundheitsförderliches“ Verhalten. Mit diesem positiven Anschlusswert ließe sich für das Gesundheits- und Medizinsystem etwas anfangen in dem Sinne, dass von der so markierten Kommunikation aus viele funktionsspezifische Kommunikationen möglich sind, z. B. die Verständigung über gesundheitsförderliches Verhalten (De Berg et al. 2000: 394).

Eine Idee von gesundheitsförderlichem Verhalten entsteht in der Gesellschaft, wenn eine Idee von gesundheitshinderlichem Verhalten gegeben ist (Bauch 1996: 24). Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit in der Gesellschaft können durch subjektive Gesundheits- und Krankheitstheorien dargestellt werden (Schwarz-Govaers 2005: 130; Franke 2008: 215; Groeben et al. 1982).

Subjektive Theorien

Der subjektiven Theoriebildung gehen handlungstheoretische Modelle aus Philosophie, Soziologie, Psychologie und Pädagogik voraus (Schwarz-Govaers 2005: 130). Um die Lebenswelt der Interviewpartner verstehen zu können, legen die Forschenden zugrunde, dass der Mensch ein aktiv auf seine Umwelt einwirkendes, prospektives Wesen ist, welches sein Handeln auf selbst gewählte Lebensergebnisse ausrichtet und Behauptungen über seine Umwelt aufstellt (ebd.: 131). Subjektive Gesundheits- und Krankheitstheorien gehen also davon aus, dass sich jeder Mensch Theorien über sich, das Leben und die Welt bildet (Franke 2008: 215). Über diese Theorien verständigt sich die Gesellschaft im systemtheoretischen Sinne über Kommunikation. Subjektive Theorien können demnach als Wissenssysteme aufgefasst werden und die Analyse dieser Wissenssysteme in Inhalte, Strukturen und Funktionen dienen auch der objektiven Theoriebildung in den Wissenschaften. Inhalte subjektiver Theorien können Konstrukte wie psychisches Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und körperliche Fitness sein. Schwarzer (1997) geht in diesem Zusammenhang auf den Begriff „soziale Repräsentationen“ ein, der von dem französischen Psychoanalytiker Moscovici (1961 & 1995 zit. n. Flick 1998: 19) geprägt wurde.

Soziale Repräsentationen

Soziale Repräsentationen werden als wiederkehrendes und umfassendes Modell von Bildern, Glaubensinhalten und symbolischen Verhaltensweisen aufgefasst. Soziale Repräsentationen können eine bestimmte Menge von Aussagen zu einem Thema wie z. B. demenzielles Syndrom ordnen und Personen, deren Eigenschaften, Verhaltensweisen und dergleichen mehr beschreiben (Moscovici 1995: 309f. zit. nach Flick 1998: 20).

„Wenn wir soziale Repräsentationen untersuchen, untersuchen wir den Menschen soweit er Fragen stellt und Antworten sucht oder denkt und nicht, soweit er Informationen verarbeitet oder sich verhält. Präziser ausgedrückt, soweit sein Ziel nicht ist, sich zu verhalten, sondern zu verstehen.“ (Moscovici 1984: 15 zit. n. Flick 1998: 20).

Damit grenzen sich „soziale Repräsentationen“ von psychologischen Einstellungskonzepten ab. Auch „Angst“ kann sozial repräsentiert sein und sich über Kommunikation äußern.

Angst

Freud (2006) spricht in seiner Angsttheorie von Realangst. Die Realangst ist eine der von Freud aufgestellten Angstquellen und entsteht aus einem Konflikt zwischen dem Ich und der Realität (ebd.: S. 29ff.). Sie basiert demzufolge auf der Wahrnehmung einer äußeren Gefahr wie beispielsweise Krankheit. Diese Grundangst hat eine genetisch-biologische Verankerung als Mittel der Selbsterhaltung (ebd.: S. 48ff.). Selbsterhaltung könnte hier auch die Vergewisserung der eigenen Unverletzlichkeit bedeuten, die bei gesunden Menschen eine Funktion von subjektiven Theorien von Gesundheit ist.

„Angst ist, wie wir wissen, immer mit einem Verlust verbunden . . . , mit einer dualen Beziehung, die gerade dabei ist, zu verblassen und von etwas anderem abgelöst zu werden, etwas, dem sich der Patient nicht ohne Schwindelgefühl stellen kann“ (Lacan 1956b: 273 zit. n. Evans 2002: 42).

Andererseits können Ängste beim Menschen entstehen, wenn er sich allmählich bewusst wird, dass sein Gesundheitszustand sich verändert. Für das demenzielle Syndrom könnte dies bedeuten, wenn der Betroffene bemerkt, dass seine kognitive Leistungsfähigkeit sukzessive nachlässt, entsteht das Bewusstsein über einen Verlust an Alltagskompetenz, welches Ängste generiert.

Für die vorliegende Studie bedeutet dies, dass sich das soziale System Gesellschaft über das demenzielle Syndrom durch Kommunikation austauscht. Ängste können einerseits geäußert werden und andererseits einbehalten werden und sich lediglich durch Symptome bemerkbar machen (Freud 2006: 35ff.). Soziale Repräsentationen können so einen Beitrag leisten, subjektive Theorien zu verdichten und Zugangsbarrieren zu einer frühzeitigen Diagnosestellung des demenziellen Syndroms zu identifizieren.

Zugangsbarrieren

Über subjektive Theorien und soziale Repräsentationen kann sich innerhalb einer Gesellschaft auch über mögliche Zugangsbarrieren zu einer frühen Diagnosestellung eines demenziellen Syndroms verständigt werden. Dabei kann man unter Zugangsbarrieren jegliche Hindernisse verstehen, die Zugang zum Gesundheitssystem und damit auch zu Gesundheitsleistungen bzw. deren Inanspruchnahme erschweren oder verhindern. Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem können aus sozialer Ungleichheit resultieren. Soziale bzw. gesundheitliche Ungleichheiten lassen sich für die meisten Gesundheitsindikatoren nachweisen. Referenzwerte bilden hier gesellschaftliche Teilhabechancen wie Bildung, Beruf oder Einkommen (Weyers et al. 2010: 382). So können chronisch-degenerative Langzeitpathologien als Bedrohung angesehen werden, der

man sich beispielsweise durch eine frühzeitige Untersuchung nicht aussetzen möchte etc. Der systemtheoretische Gesellschaftsbegriff, subjektive Gesundheits- und Krankheitstheorien, die über soziale Repräsentationen erfahrbar werden, rücken die sprachliche Kommunikation ins Zentrum der Studie. Vor dem Hintergrund eines sich verändernden Krankheitspanoramas auch in Richtung chronisch-degenerative Langzeitpathologien sowie steigende Prävalenz- und Inzidenzraten des demenziellen Syndroms lässt sich folgende Forschungsfrage ableiten:

- Bestehen gesellschaftliche Zugangsbarrieren, die eine frühe Diagnosestellung des demenziellen Syndroms verhindern oder verzögern?

3. Methodisches Vorgehen

Alter in Jahren	weiblich	männlich	Gesamt
18-38	8	8	16
39-59	11	8	19
60-80	7	6	13
Gesamt	26	22	48
Mittelwert			46,875
Median			44,5
Minimum			20
Maximum			82

Tab. 1: Stichprobe

Tab-down-Verfahren mit Kriterien (Alter und Geschlecht) für die Zusammensetzung der Studienteilnehmer erstellt (Hussy 2009: 188; Schreier 2010: 245f.). Für eine qualitative Repräsentation der Ergebnisse wurden drei Alterskategorien zwischen 18 und 80 Jahren für Frauen und Männer festgelegt. So entstand ein Sampling mit insgesamt sechs Kategorien (Tabelle 1). Kinder und Jugendliche wurden nicht mit einbezogen. Über 80-jährige wurden aufgrund des erschwerten Zugangs ausgeschlossen.

3.1 Design, Methode und Stichprobe

Für die Untersuchung wurde ein interpretativ-hermeneutisches Studiendesign gewählt, da unterschiedliche Ebenen der Erfahrungsbildung im Alltag und subjektive Muster der Probanden ermittelt und verstanden werden sollen (Bohnsack 2010: 91; Kruse 2011: 86). Im Zeitraum Mai 2011 bis August 2011 wurden insgesamt 48 problemzentrierte Interviews in Anlehnung an Witzel (2000) und Lamnek (2005) mit Passanten auf den Straßen Berlins durchgeführt. Um eine maximale Heterogenität des Samples zu erreichen, wurde vorab eine Stichprobenplanung im Top-

3.2 Feldzugang

Die Interviews wurden auf der Straße in fünf verschiedenen Bezirken in Berlin durchgeführt (Mitte, Prenzlauer Berg, Tempelhof, Friedrichshain, Treptow). Durch die unterschiedlichen Standorte konnten neben Alter und Geschlecht weitere typologische Merkmale (Kruse 2011: 87) und eine heterogene Zusammensetzung des Samplings sichergestellt werden.

3.3 Datenerfassung und Analyse

Zunächst wurde den Probanden eine plakative, provokative Schlagzeile gezeigt („*Demenz als neue Volkskrankheit. Jede zweite Frau und jeder dritte Mann muss damit rechnen, dement zu werden*“), mit der Bitte, diese zu lesen. Im Anschluss wurden zielgerichtete Fragen gestellt, mit dem Ziel, die Probanden zu stimulieren, ihre Gefühle zum Ausdruck zu bringen („*Bitte beschreiben Sie Ihre Gefühle, die in Ihnen aufkommen, wenn Sie das lesen*“, „*Wenn Sie sich überlegen, dass eine demenzielle Erkrankung fast zwangsläufig zu Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit führt, welche Gefühle haben Sie dann?*“, „*Was denken Sie darüber sich untersuchen zu lassen?*“, „*Wenn Sie die Möglichkeit hätten, sich heute untersuchen zu lassen, würden Sie das tun?*“).

Fünf Interviews als Pretests wurden hinsichtlich Praktikabilität, Verständlichkeit und zeitlichem Umfang vorab durchgeführt und konnten in die Auswertung der Studie einbezogen werden. Die Interviewlänge lag zwischen 1:24 und 4:50, im Durchschnitt bei 2:23 Minuten. Die Befragung wurde mit Einwilligung der Teilnehmer aufgezeichnet, anonymisiert und anschließend vollständig transkribiert. Die Auswertung der gesammelten Daten erfolgte rekonstruktiv in zwei Stufen:

- kontrollierte Interpretation
- vergleichende Systematisierung

Es wurden alle Textpassagen in die Interpretation und Systematisierung einbezogen.

Die Interviews wurden von den Forschenden jeweils individuell und unabhängig voneinander interpretiert. Im Anschluss wurden die Einzelinterpretationen in der Forschungsgruppe (peer-group) diskutiert. Ziel war es, die Interpretationen interpersonal zu prüfen. Anhand der Interpretationen und der Ergebnisse der Diskussionen wurde in der zweiten Stufe der Versuch der vergleichenden Systematisierung unternommen. Aus den gesammelten und interpretierten Ergebnissen wurden Kategorien gebildet, mit dem Ziel, herauszufinden, welche Meinungsbilder sich aus der Stichprobe ergeben (Witzel 2000; Lamnek 2005).

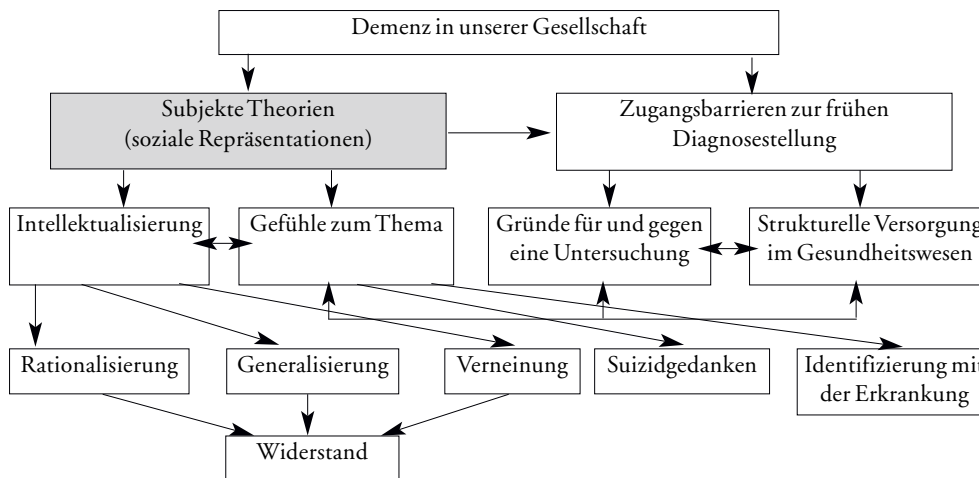
3.4 Ethische Aspekte

Vor der Befragung erhielten die Teilnehmer alle notwendigen Informationen zur Studie. Sie wurden darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme freiwillig ist und jederzeit das Recht besteht, eine Antwort zu verweigern oder die Befragung abubrechen. Die Erhebung der Daten erfolgte anonym, da keine persönlichen Daten erhoben und die Probanden im Rahmen des Stichprobenplans auf der Straße ausgewählt wurden. Die Teilnahme hatte keine positiven oder negativen Folgen für die Probanden. Die erhobenen Daten wurden in anonymisierter Form transkribiert und gespeichert. Alle im Interview benannten Personen, Orte und Daten, die Rückschlüsse auf die interviewte Person zulassen, wurden mit Kürzeln versehen. Alle Daten wurden entsprechend den Bestimmungen des Datenschutzes streng vertraulich behandelt und ohne den Namen oder eine Verbindung zur interviewten Person ausgewertet. Die erhobenen Daten wur-

den ausschließlich zu Studienzwecken genutzt, nicht an Dritte weitergegeben, verschlossen aufbewahrt und streng vertraulich behandelt. Die Tonbandaufzeichnungen wurden nach Abschluss der Studie vernichtet.

4. Ergebnisse

Nachfolgend werden anhand der gebildeten Kategorien zentrale Ergebnisse der Studie dargestellt (Abbildung 1).



4.1 Subjektive Theorien (soziale Repräsentationen)

4.1.1 Intellektualisierung

Ausgehend von subjektiven Gesundheits- und Krankheitstheorien und sozialen Repräsentationen kann konstatiert werden, dass bei den Interviewten wiederkehrende Bilder, Glaubensinhalte und symbolische Kommunikationsweisen erkennbar waren. Hier kann zunächst die Intellektualisierung² genannt werden, welche sich weiter differenzieren lässt in: Rationalisierung, Generalisierung und Verneinung.

Rationalisierung

Die durchgeführten Interviews zeichnen sich dadurch aus, dass die Interviewten spontan ihre Wissensbestände zum Thema „Demenz“ abriefen und präsentierten. Auch Hinweise zu potenziellen Ursachen einer demenziellen Veränderung wurden häufig genannt: „*Wenn man ungesund lebt, dann kann man sowas kriegen*“ (12/7-8). Der Interviewte verwies in diesem Zusammenhang auch auf eine mögliche Ursache des demenziellen Syndroms: „*Vielleicht ist es auch der Alkohol oder Drogen die das machen*“ (12/13-

² List (2009) versteht hierunter die Überbetonung eines kognitiven, rationalen Aspekts einer Vorstellung bezüglich eines zumeist bedrohlichen emotionalen Inhalts, wie z. B. Krankheit (List 2009: 94).

14). An dieser Stelle wird die „Rationalisierung“ deutlich, wenn es darum geht, dass kognitiv-rational erklärt wird, wie es zu einem demenziellen Syndrom kommen kann. Es gibt noch weitere Hinweise in den Interviews, die auf die Rationalisierungsebene der Befragten verweisen. Verknüpfungen zum Thema „Demenz“ sind beispielsweise auch die soziale Mobilität der heutigen Gesellschaft, die eine räumliche Trennung zwischen erwachsenen Kindern und ihren pflegebedürftig gewordenen Eltern herstellen kann: *„Obwohl ich sehe ein Problem. Gerade so mit Familien über die Städte verteilt. Also es ist schon so, dass das ein Problem ist. Ich glaube, das hat auch viel damit zu tun einfach, ähm, tja, mit unserer Gesellschaft, das man irgendwie seiner Arbeit hinterherreist“* (18/13).

Generalisierung

Auf derselben Ebene wie die Rationalisierung ist die „Generalisierung“ angesiedelt. Auch hier wird der kognitiv-rationale Aspekt hervorgehoben, wenn argumentiert wird, dass es noch viele andere chronisch-degenerative Erkrankungen neben dem demenziellen Syndrom gibt oder, dass alle alte Menschen ein solches haben: *„Krankheit kann jeden treffen“* (20/3). Generalisierungstendenzen können auch in Bezug auf Pflegeeinrichtungen ausgemacht werden: *„Ja schade, dass so viele Altenheime nicht so dafür [Demenz] ausgelegt sind“* (22/8). Generalisierungen treten weiter in Verbindung mit pflegenden Angehörigen und/oder mit dem Pflegepersonal auf: *„Na, dass das für diejenigen eine schlimme Sache ist, ja mehr kann ich dazu nicht sagen, ich meine der Betroffene merkt es nicht und die Angehörigen oder das Pflegepersonal hat dann damit die Mühe“* (31/17-19).

Eine Reaktion auf die gezeigte Schlagzeile war: *„[...] ja, ich meine jeder muss damit rechnen irgendeine Krankheit zu bekommen, dann relativiert sich das Ganze schon wieder, finde ich [...]“* (39/9-10). Des Weiteren wird das „Abschieben in Heime“ mit Demenz verbunden: *„Dass die, die die Krankheit haben, in die Heime abgeschoben werden oder so was“* (40/7). Eine weitere Assoziation, die die Ebene der Generalisierung anspricht sind Stichworte wie: *„Pharmaindustrie, Panikmache, Zivilisationskrankheit“* (40/4). Ein anderer Interviewpartner bemerkte, dass die Wahrnehmung einer demenziellen Veränderung generell abstrakter und damit für die Betroffenen schwieriger sei als die Wahrnehmung eines gebrochenen Beines: *„Weil man es sich eingestehen muss, dass man Hilfe braucht, weil es nicht so offensichtlich ist, wie etwas anderes“* (41/24). Eine ältere Teilnehmerin berichtete von ihren Aktivitäten, um demenziellen Prozessen entgegenzuwirken: *„[...] in meinem Alter noch sehr fit [...], weil ich mich sportlich betätige, ich bin in einer Seniorensteppgruppe [...] ich habe auch Auftritte auf der Bühne und das erfordert ja auch hohe Konzentration [...]“* (10/22-25).

Verneinung

Die dritte Kategorie, die der Ausgangskategorie „Intellektualisierung“ subsummiert werden kann, stellt die Verneinung³ dar. Der negierte Gedanke erscheint nicht mehr

³ List (2009) versteht unter „Verneinung“ die Negation eines bewussten Gedankens.

bedrohlich, dennoch ist er nicht verschwunden. Auf die Frage wie er sich beim Lesen der Schlagzeile fühle, antwortete ein Interviewter: „*Ähm (...), keine Angst. Ähm, relativ wenig, um ehrlich zu sein*“ (18/4).

Widerstand

Rationalisierung, Generalisierung und Verneinung können bei den Interviewten innere Widerstände auslösen. Diese können identifiziert werden, wenn Interviewte das Thema wechseln, am Thema vorbei reden oder das Thema abschwächen.

Beim Lesen der Schlagzeile war bei einigen Interviewpartnern die erste Assoziation, dass sie keine Gefühle haben, wenn sie lesen, dass das demenzielle Syndrom in der Bevölkerung zunehmen wird (24/4; 18/4; 25/6; 31/8; 38/5; 47/5). Andere Befragte reagierten mit einem „gesunden Widerstand“ auf die Schlagzeile: „*[...] Ach ich bin froh, dass ich noch denken kann. Aber an sich relativ neutral [...]. Also ich bewerte es relativ neutral für mich selbst*“ (34/5-10). Der Interviewpartner war 30 Jahre alt und dachte somit noch nicht an eine demenzielle Veränderung bei sich selbst.

Ein anderer Interviewpartner im selben Alter bemerkte: „*[...] gibt es weitaus größere Probleme. Für mich persönlich, als dass die Leute immer mehr dement werden [...]*“ (35/17-18).

Während Widerstand in vorangestellten Beispielen von den Interviewpartnern mit rationalen Argumenten untermauert wurde, wurde er in anderen Interviews deutlicher geäußert: „*Das interessiert mich nicht*“ (47/11). Auf Nachfrage des Interviewers, warum den befragten 80-Jährigen das Thema nicht interessiere, antwortete der Interviewte: „*Weil ich kein Interesse daran habe*“ (47/19).

4.1.2 Gefühle zum Thema

Gefühle zum Thema sind die ersten Assoziationen zum Thema „Demenz“ und zu der Vorstellung, betroffen zu sein. Diese Gefühle wurden zu Beginn der Interviews bewusst hervorgerufen, um das Gesundheits- und Krankheitskonzept des jeweiligen Interviewpartners unmittelbar erfahrbar zu machen.

Als erste Reaktionen gaben die Interviewteilnehmer häufig Ängste und Hilflosigkeit an, als sie nach ihren Gefühlen gefragt wurden. „*[...] dass man nicht mehr selbstbestimmt lebt und dass man auf andere angewiesen ist, [...] das macht mir dann Angst, das möchte ich nicht*“ (09/10). Die ersten Reaktionen waren unterschiedlich ausgeprägt. Manche konnten unmittelbar stark ausgedrückt werden: „*[...] das ist eine große Scheiße, [...]*“ (25/19-22).

Bei anderen Interviewpartnern bestand die Sorge um den eigenen Verbleib bei einer demenziellen Erkrankung: „*[...] sehr verloren steht man dann da wenn man alleine da steht.*“ (13/8-9). Jüngere Teilnehmer sorgten sich um ihre Eltern oder Großeltern:

„[...] wenn die Eltern zum Beispiel dement werden [...] könnte ich die ja nicht mehr allein versorgen.“ (44/11-12)

Erst im Anschluss kamen weitere gedankliche Verknüpfungen, wie Suizidgedanken bei direkter Betroffenheit und auch das Verständnis für Suizide Betroffener.

Suizidgedanken

Anhand hypothetischer Suizidgedanken bei der Vorstellung abhängig und pflegebedürftig zu werden, wird deutlich, dass die Interviewpartner beim Verlust von Autonomie und Alltagsbewältigung auch einen Verlust von Lebensqualität empfinden würden. Meist wurden diese Apperzeptionen erst auf Nachfrage klar, das heißt, sie wurden nicht als spontane Gefühle geäußert. Somit wird klar, dass ein Verständnis und eine kurzfristige Auseinandersetzung mit dem Thema Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit besteht.

So gab es klare Aussagen, dass Suizid eine mögliche Lösung sei. „[...] wenn es soweit wäre, würde ich gucken, dass ich rechtzeitig eigens selbstbestimmt aus dem Leben trete.“ (03/19-20)

Andere Interviewpartner hatten Verständnis für Menschen, die aufgrund einer schweren Erkrankung, Suizid begehen. „Also wenn man dann noch irgendwie die Möglichkeit hat noch irgendwie mitzuteilen, ich möchte nicht mehr sein, dann, ich finde, dann sollte es auch echt gestattet sein, gehen zu dürfen, [...]“ (32/24-26)

Eine ältere Teilnehmerin sprach von der Alterung der Gesellschaft und Demenz als ein großes „Problem“ und erinnerte sich an ihre Großmutter: „Die Oma hat immer gesagt, wenn du nicht alt werden willst, dann musst du dich aufhängen“ (27/9-10).

Identifizierung mit der Erkrankung

Wenn sich die Interviewpartner mit der Erkrankung identifizierten⁴, machten sie sich andere Personen nutzbar, um einen Zugang zum Thema zu schaffen. Dennoch gaben vor allem interviewte Personen, welche im späteren Teil des Interviews auch zu Intellektualisierung neigten, häufig keine Identifikation als erste Reaktion auf die Schlagzeile an. Eher entstand der Eindruck, dass sich die Interviewten, bei welchen eine Identifikation feststellbar war, mit der Thematik eingehend beschäftigt haben. „[...] also man macht sich schon Gedanken, [...] man soll genug trinken, [...] dass wenig trinken das fördert und auch ein bisschen im Training bleiben, also Gedächtnistraining. [...] und auch, dass das Aussetzen des Geruchssinns schon ein erstes Indiz sein könnte [...]“ (23/9-15).

Befragte, die mit der Thematik identifiziert waren, standen einer frühzeitigen Untersuchung auf Gedächtniseinbußen offener gegenüber als Befragte, die unbewusst rationalisierten, generalisierten, verneinten und innere Widerstände zeigten.

⁴ Identifizierung kann auch Abwehrzwecken dienen, um das Selbst vor einer Betroffenheit zu schützen und den Umgang mit dem Thema zu erleichtern (List 2009: 93).

Eine Interviewpartnerin berichtete über Erfahrungen mit ihrem Großvater: „[...] ich bemerke es gerade bei meinem Opa [...], er will es immer nicht so wahr haben, [...], da kann man halt auch nicht so böse, wenn man jetzt irgendwie sagt, [...], das hast du jetzt schon wieder vergessen [...]“ (36/12-15).

Äußerungen von Erfahrungen mit den nächsten Angehörigen spiegelten Identifizierungen mit der Thematik wider: „Das ich einen Mann habe, der damit schon anfängt“ (29/12). Die Interviewpartnerin ist auch selbst von einer chronischen Erkrankung betroffen und argumentierte bei der Frage nach einer frühzeitigen Untersuchung auf kognitive Einbußen aus dem Umstand ihrer eigenen chronischen Erkrankung heraus: „Bis jetzt hatte ich noch nicht die Anzeichen, [...], aber ich bin in regelmäßiger Behandlung bei der Diabetesärztin, [...] und da würde man bestimmt schon irgendwie mal was sagen“ (29/24-26). „Naja, ich kenne das schon aus der eigenen Familie und aus der Familie aus dem eigenen Freundeskreis und ich weiß, dass es kompliziert werden kann“ (33/17-18). Diese Interviewpartnerin reflektierte die Thematik sehr deutlich von dem Ort der Identifikation aus.

Bezeichnend in der Kategorie „Identifizierung mit der Erkrankung“ ist, dass es keine Rolle spielte, wie alt die Interviewpartner waren.

4.2 Zugangsbarrieren zur frühen Diagnosestellung

Die Auswertung der Interviews zeigt, dass sich einerseits die strukturelle Versorgung, andererseits verschiedene Gründe für und gegen eine Untersuchung als Zugangsbarrieren zu einer frühen Diagnosestellung abbilden lassen. Beide Kategorien beeinflussen sich gegenseitig. So implizieren Aussagen der Interviewten zu strukturellen Versorgungssystemen gleichzeitig Gründe für und gegen Untersuchungen.

4.2.1 Gründe für und gegen eine Untersuchung

Untersuchungen auf demenzielle Anzeichen würden einige der Interviewten durchführen lassen, andere hingegen keinesfalls. Die Gründe für beide Ausprägungen waren sehr heterogen. Dem Einfluss anderer wurde eine hohe Bedeutung beigemessen: „[...] vielleicht sagt ihnen dann ein anderer [...] hör mal, lass dich mal untersuchen“ (29/34-37). Auch präventive Ansätze und Behandlungsmöglichkeiten spielten eine Rolle (44/26; 48/12). So waren weitere Motive für eine Untersuchung, wenn es Medikamente gäbe (14/25) oder wenn es „[...] theoretisch ein Heilmittel dagegen [...]“ (18/27) gäbe. Zugleich, wenn „[...] man [...] was dagegen tun [kann], man dem vorbeugen, oder man kann das verlangsamen, dann würde es Sinn machen“ (20/23-24). Es wurde deutlich, dass wenn jemand eine positive Einstellung gegenüber Untersuchungen hatte, er sich frühzeitiger auf demenzielle Anzeichen untersuchen lassen würde (25/34; 39/20-25, 28-34). „[...] ich lasse mich ja gerne untersuchen“ (41/30). Eine Interviewte gab an, dass „wahrscheinlich will man es wissen, ob man es hat oder nicht“ (22/16). Hingegen eine andere äußerte, dass sie sich untersuchen lassen würde, „wenn ich dieses Problem hätte“ (48/17).

Befragte gaben auch an, dass sie sich keineswegs untersuchen lassen würden. „[...] noch habe ich alle Tassen im Schrank“ (11/29-30), äußerte sich eine Interviewte. Das bereits bestehende Wissen über das Krankheitsbild „Demenz“ war für einen Teil der Interviewpartner der Grund, sich nicht untersuchen zu lassen (01/25; 13/20-22; 14/26; 15/16). Andere gaben an, dass „[...] ich es nicht wissen möchte“ (28/15) oder eine Untersuchung „unnötig“ (18/22) sei. „[...] ich fürchte mal, da kann man eh nichts machen. Und ich will es dann auch nicht wissen, [...] und warum soll ich jetzt vielleicht mit dem Wissen, also es ereilt mich irgendwann, jetzt durchs Leben laufen, dann bin ich doch jetzt irgendwie glücklicher“ (06/17, 27-31), gab ein Befragter an. Auch das Spüren des eigenen Körpers erschien deutlich als Motiv gegen Untersuchungen. „[...] weil ich mich wohl fühle, [...], ich bin völlig fit“ (47/23, 25). „Ich spüre mich, ich weiß, wie es mir geht und Befunde haben für mich nicht so eine Relevanz wie sie oftmals dargestellt werden, also so ein objektiver Befund kann im Gegensatz zum subjektiven Erleben stehen und dann ist mir das Erleben doch immer noch wichtiger und ja, man kann mit Befunden Menschen doch auch erst einmal krank machen, obwohl sie sich noch gar nicht krank fühlen [...], nein, nein, für mich nicht tragbar“ (08/38-45).

Sowohl jüngere als auch ältere Befragte gaben an, dass Untersuchungen nicht notwendig seien (4/18; 31/27-29; 34/32; 35/36; 36/25). Ein Interviewter „würde [sich] noch nicht untersuchen lassen, weil [...] soweit ist es bei mir noch nicht, obwohl ich auch schon 70 bin“ (43/17-19). Ein anderer gab an, dass es ein „Vorurteil ist, Mensch, Demenz, da denken jetzt gleich alle ich habe irgendwie einen an der Klatsche und jetzt muss ich vielleicht gleich zum Psychiater [...] und darüber spricht man ja jetzt nicht, man sagt vielleicht seinen Freunden, ach, ich habe jetzt mal meine Leber untersuchen lassen, aber selten, ich habe mir jetzt mal ins Gehirn gucken lassen“ (41/31-37). Eine Interviewte würde sich nicht untersuchen lassen, „[...] weil ich genug andere Probleme mit mir umher schlepe mit denen ich auch zu kämpfen habe und das noch zusätzlich dann zu wissen, dann lasse ich lieber die Hoffnung für mich offen, dass es eventuell mich nicht trifft“ (09/34-36).

4.2.2 Strukturelle Versorgung im Gesundheitswesen

Deutlich wurde, dass bei den Interviewten häufig Ängste bestanden, im Alter nicht adäquat versorgt zu werden: „[...] viele Altenheime [sind] nicht so dafür ausgelegt“ (22/8). Ein Interviewter äußerte, „[...] Angst, also weil ich auch weiß, dass es im Moment nicht genügend Einrichtungen gibt, die sich um die Leute zu kümmern [...]“ (01/13-14). Die Finanzierung der Pflege stand bei vielen der Befragten im Mittelpunkt: „[...] bin ich sozial abgesichert, dass ich das überhaupt bezahlen kann oder die Kinder das bezahlen können [...]“ (30/17-18). Eine Interviewte äußerte, dass „[...] das Schlimmste daran irgendwie, also nicht mal krank zu werden, sondern ich wüsste gar nicht, wie ich mir das leisten könnte“ (34/16-17). Zugleich ließen sich geografische Bedingungen als strukturelle Versorgungsprobleme identifizieren. So war der Wunsch bei den Befragten nach häuslicher und familiärer Pflege groß, aufgrund von Singualisierung und unterschiedlicher Wohnorte der Kinder und Enkelkinder jedoch häufig nicht realisierbar (15/7-9, 23/22, 25/27, 33/18-23).

5. Diskussion

Aus den dargestellten Ergebnissen ergibt sich ein heterogenes Bild des „demenziellen Syndroms in unserer Gesellschaft“. Die Forschungsfrage *„Bestehen gesellschaftliche Zugangsbarrieren, die eine frühe Diagnosestellung des demenziellen Syndroms verhindern oder verzögern“* kann anhand der explorativen Analyse des vorliegenden Forschungsgegenstandes bejaht werden.

Zugangsbarrieren zu einer frühen Diagnosestellung des demenziellen Syndroms ergeben sich nicht nur aus strukturellen und institutionellen Entitäten des Gesundheitssystems, vielmehr bilden sie ein Konstrukt, welches sich aus subjektiven Gesundheits- und Krankheitstheorien, welche in den Interviews sozial repräsentiert wurden, speist. Aus Abbildung 1 geht hervor, dass sich subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit zunächst durch Intellektualisierung und Gefühle zum Thema „demenzielles Syndrom“ sozial repräsentieren. Durch die Intellektualisierung vermeiden die Befragten die direkte Auseinandersetzung mit dem für sie belastenden Phänomen „Krankheit“ bzw. „demenzielles Syndrom“. Dies zeigt sich deutlich in den Subkategorien der Intellektualisierung. Hier ist die Rationalisierung zu nennen, die bei den Befragten häufig anzutreffen war. In der Subkategorie „Rationalisierung“ konnte die binäre Codierung „gesundheitsförderliches/-hinderliches Verhalten“ an der Stelle ausgemacht werden, wenn die Befragten ihre subjektiven Theorien über die Entstehungsbedingungen eines demenziellen Syndroms mitteilten. Gesundheitsförderliches Verhalten greift in den Interviews gleichwohl den Präventionsgedanken auf. Dieser vermittelt den Befragten einerseits Hoffnung, welche wiederum einen motivierenden Impuls zu einer frühzeitigen Untersuchung auf ein demenzielles Syndrom auslösen kann. Ähnlich verhält es sich mit medikamentösen Therapien beim demenziellen Syndrom. Vorangestellte Aussagen zeigen, dass die Befragten über rationale Erklärungsversuche z. B. wie es zu einem demenziellen Syndrom kommen kann einerseits für sich eine Distanz zum Thema schaffen und über präventive Maßnahmen und medikamentöse Therapien andererseits für sich eine Möglichkeit sehen, sich dem Thema wieder anzunähern. Ähnliche Tendenzen lassen sich in den Subkategorien Generalisierung und Verneinung ausmachen. In der Generalisierung wird der explizite Gedanke an das demenzielle Syndrom abgeschwächt, indem auch andere chronisch-degenerative Erkrankungen mit in die Betrachtung aufgenommen werden. In der Verneinung wird die Existenz steigender Prävalenz- und Inzidenzraten des demenziellen Syndroms verleugnet. Ausgehend von der Intellektualisierung als Hauptkategorie über die drei Subkategorien Rationalisierung, Generalisierung und Verneinung kommt es bei manchen Befragten zu inneren Widerständen, die sich in den Interviews dadurch zeigen, dass tatsächliche oder vermeintliche Mängel bei den Befragten durch einen Themenwechsel oder Abschwächung des Themas überdeckt werden. An dieser Stelle kann schon eine erste Verbindung zu der Kategorie „Gefühle zum Thema“ hergestellt werden. Eines der Grundgefühle, welches in den Interviews omnipräsent ist, ist die Angst. Bezogen auf die Interviewsituationen kann konzediert werden, dass sich das Gefühl „Angst“ nicht an diesem Punkt findet, an dem sich das Subjekt handlungsfähig fühlt, sondern an einem Punkt, an welchem die Angst als Signalfunktion dient, indem sie das Subjekt vor Ge-

fahren wie z.B. Krankheit schützt. Dieser Anschauung sind gesundheitsförderliche/hinderliche Verhaltensweisen und der Präventionsgedanke immanent.

Aus dieser Betrachtung heraus entsteht eine Vorstellung über die gegenwärtige gesellschaftliche Bedeutung von chronisch-degenerativen Langzeitpathologien, dann wenn eine gesundheitsförderliche Lebensweise im Vordergrund steht sowohl bei gesunden Menschen als auch bei chronisch erkrankten Menschen. Besondere Bedeutung kommt hier den subjektiven Gesundheits- und Krankheitstheorien der Befragten zu, die Vorstellungen, Ziele und Pläne hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens explizieren und ein gesundheitsförderliches Verhalten somit erst ermöglichen bzw. gesundheitshinderliches Verhalten reflexiv behandeln können. Subjektive Theorien stellen jedoch nicht abschließend die Grundlage zur Reflexion über das eigene Gesundheitsverhalten dar. Erst mit der Versprachlichung der eigenen Theorie kommt der Reflexionsprozess in Gang. Das kommt dem entgegen, was das Konzept der „sozialen Repräsentationen“ aussagt, es geht nicht nur darum sich zu verhalten, es geht auch darum sein Verhalten zu verstehen. So können gesundheitsförderliche und gesundheitshinderliche Verhaltensweisen ausgeführt, reflektiert und gegebenenfalls verändert werden.

Eng verknüpft mit dem Gefühl der Angst sind die in manchen Interviews geäußerten Suizidgedanken. Die Vorstellung, ein demenzielles Syndrom zu entwickeln, erzeugt bei manchen Befragten ein Gefühl der Ausweglosigkeit, der Überforderung, des Alleingelassenwerdens, der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit. Der Verlust von kognitiven Fähigkeiten impliziert für manche Befragte Lebensaktivitäten nicht mehr selbständig ausführen zu können, was Resignation, Einsamkeit, psychischen Schmerz und Abhängigkeitsgefühle provozieren kann. Die Minderung der Lebensqualität erzeugt den Gedanken, selbstbestimmt aus dem Leben zu treten. Auch hier zeigt sich die Bedeutung der Handlungsfähigkeit des Subjekts. Die Befragten, die den Suizid als Möglichkeit in Erwägung ziehen, wollen selbst Agens sein. Vorangestellte Betrachtung wirft die Frage auf, ob die Option des Suizids in den positiven Anschlusswert der binären Codierung für die Befragten eingeordnet werden kann. Diese Frage im Rahmen des vorliegenden Beitrags zu diskutieren würde den Rahmen sprengen.

Die zweite Subkategorie, die der Kategorie „Gefühle zum Thema“ untergeordnet werden kann, stellt die „Identifizierung“ mit der Erkrankung dar. Für diese Subkategorie lässt sich bei manchen Betroffenen ausmachen, dass sie Vorerfahrungen mit Pflegesituationen und/oder dem demenziellen Syndrom selbst haben. Identifikation stellt gleichwohl einen Abwehrmechanismus des Ichs dar, der die Befragten vor der Betroffenheit im näheren Umfeld pflegen zu müssen schützt, um den Umgang mit der Thematik zu erleichtern (List 2009: 93).

Die Kategorie „Gründe für oder gegen eine Untersuchung“ betont, wie oben erwähnt, den Aspekt der präventiven Maßnahmen und/oder der medikamentösen Therapie. Diese Kategorie ist demzufolge eng gekoppelt an die Kategorie „Gefühle zum Thema“, dann wenn an den Präventionsgedanken Gefühle wie Hoffnung geknüpft sind. Das Gefühl der Hoffnung kann das Gefühl der Angst abschwächen, was häufig in subjektiven Theorien der Befragten zum Ausdruck kommt. Gleichwohl kann sich ge-

sundheitsförderliches Verhalten zeigen, indem Befragte bewusst Untersuchungen vermeiden, weil die Hoffnung auf ein langes gesundes und selbstbestimmtes Leben, ohne zu wissen ob und wann man erkrankt, in manchen subjektiven Theorien gesundheitsförderlich sein kann.

In der Kategorie „strukturelle Versorgung“ kann ebenfalls eine Verbindung zu der Kategorie „Gefühle zum Thema“ hergestellt werden, denn manche Befragte haben wenig Vertrauen in das Gesundheitssystem und würden sich im Krankheitsfall auf medizinischer und pflegerischer Ebene unprofessionell versorgt fühlen. Auch hier spielt „Angst“ eine herausragende Rolle, was deutlich wird, wenn die Befragten Ängste darüber äußern, dass sie sich eine medizinische Behandlung und/oder eine Pflegetherapie finanziell nicht leisten können.

Es kann festgehalten werden, dass das demenzielle Syndrom in der Gesellschaft als abstraktes Konstrukt wahrgenommen wird, welchem einerseits mit psychischen Abwehrmechanismen begegnet wird und sich somit von somatischen Erkrankungen abgrenzt. Andererseits ist das Gefühl der Angst in unterschiedlichen Zusammenhängen omnipräsent, nicht zuletzt wenn es um das Gesundheitssystem, medizinische Versorgung und Pflegetherapie geht. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass es auf diesem Gebiet Anschlussforschung bedarf, dann wenn es darum gehen soll, die Gesellschaft zu sensibilisieren, die medizinische und pflegerische Forschung voranzutreiben und somit einen Zugang zum Gesundheitssystem und damit zu speziellen Untersuchungen zu ermöglichen.

Stärken und Limitationen der Studie

Zur Datenerhebung wurden 48 Kurzinterviews durchgeführt, wodurch eine bewusste, kontrollierte Stichprobenauswahl erreicht wurde, um Repräsentiertheit anzustreben. Methodologische Grenzen dieser Arbeit werden mit Blick auf die gezeigte Schlagzeile als Stimulus deutlich. Interviewte haben möglicherweise verzerrt bzw. sozial erwünscht geantwortet (Polit et al. 2004: 468). Ein weiterer Einfluss auf das Antwortverhalten der Befragten kann durch die zum Erhebungszeitpunkt häufige mediale Präsenz und Berichterstattung von Suiziden ausgemacht werden. Diese waren auf Ängste vor einer demenziellen Erkrankung zurückzuführen. Die Datenauswertung erfolgte durch die Forschenden zunächst einzeln und anschließend gemeinsam. Mögliche Wahrnehmungsfehler wie zum Beispiel Sympathiefehler gegenüber Befragten ließen sich dadurch minimieren. Ziel war es, die Interpretationen interpersonal zu prüfen, wobei sich die Frage stellt, ob die von den Forschenden geteilte Interpretation auch jeweils die Meinung und Haltung der Befragten widerspiegelt. Des Weiteren sollte im Hinblick auf Limitationen der Studie berücksichtigt werden, dass es bei verwendeter Methode mögliche Beeinflussungen durch Vorerfahrungen der Forschenden geben könnte.

6. Konklusion und Ausblick

Der Gedanke, die eigenen Kompetenzen zu denken, zu planen, zu erinnern und eigenständig zu handeln durch einen langsam fortschreitenden demenziellen Abbauprozess einzubüßen, ist mit Unsicherheiten und Angst verbunden. Vorliegender Beitrag konnte anhand seiner Ergebnisse zunächst zeigen, dass die binäre Codierung krank/gesund heutzutage nicht mehr haltbar ist. Effiziente Kommunikation zum Systemerhalt und zur Systemreflexion z. B. über Krankheit kann über die Codierung gesundheitsförderliches/-hinderliches Verhalten erreicht werden. Des Weiteren wurde erkennbar, dass das abstrakte Konstrukt „demenzielles Syndrom“ häufig als psychiatrische Erkrankung aufgefasst wird und Stigmatisierungstendenzen aufweist. Negative Zuschreibungen können sich als gesundheitshinderliches Verhalten auswirken, was eine Zugangsbarriere zu einer frühen Diagnosestellung des demenziellen Syndroms generieren kann.

Widerstände können differenziert werden in gesundheitsförderliche und in gesundheitshinderliche Widerstände. Gesundheitsförderliche Widerstände waren erkennbar, wenn jüngere Befragte sich mit dem Thema nicht auseinandersetzen wollten. Jüngere Befragte hatten zum Zeitpunkt des Interviews andere Lebensaufgaben zu bewältigen, als sich mit einer chronisch-degenerativen Erkrankung auseinanderzusetzen, was als gesundheitsförderlich angesehen werden kann. Gesundheitshinderliche Widerstände zeigten sich hingegen bei älteren Befragten, die dem Thema irrational begegneten, indem sie Ablehnung und Gegenbesetzung äußerten (Freud 2006: 99). Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass durch gesundheitshinderliche Widerstände der Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen erschwert wird. Als gesundheitsförderlich erscheint, wenn Befragte durch Vorerfahrungen mit dem Thema Demenz identifiziert sind. Wenn zum Beispiel Familienmitglieder oder Freunde demenziell verändert sind, kann sich dies auf subjektive Gesundheits- und Krankheitstheorien auswirken, da längere Erfahrungen mit dem Krankheitsbild bestehen und Gesundheits- und Krankheitskonstrukte so anders wachsen können. Dies konzediert, dass der Zugang zum Gesundheitssystem erleichtert werden könnte. Zugangsbarrieren zu einer frühen Diagnosestellung Demenz könnten so minimiert werden.

Zusammenfassend kann aus vorangestellten Ausführungen konstatiert werden, dass der Wunsch nach häuslicher Pflege und Versorgung in der Familie aufgrund mangelnden Vertrauens in das Versorgungssystem deutlich wird. Daher ist einerseits eine Stärkung häuslicher Pflege und pflegender Angehöriger erforderlich und andererseits sollte das Augenmerk auf vertrauensbildende Maßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen und des ambulanten Sektors gerichtet werden. Hier sei insbesondere der Umgang mit dem demenziellen Syndrom im stationären und ambulanten Pflegebereich angesprochen. Pflegeeinrichtungen sollten Qualifikationsniveaus ihrer Mitarbeiter und Konzepte in der Betreuung demenziell veränderter Menschen transparent machen. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes verbunden mit Weiterentwicklungen der Pflegeversicherung bzw. Aufklärung darüber, welche Leistungen die Pflegeversicherung bereits heute anbietet. Handlungsleitend könnte hier die Erfassung von Betreuungsmaß-

nahmen, die Wichtigkeit von Beratung, Beaufsichtigung, Motivation und Anleitung in den Pflegemaßnahmen für demenziell veränderte Menschen und ihre Angehörigen sein. Die weitere berufspolitische Diskussion für Menschen in Pflegeberufen darf hier nicht unerwähnt bleiben. Die Studie zeigt weiter, dass eine Transparenz von Qualifikationsniveaus der Pflegemitarbeiter, Konzepten in der Betreuung von demenziell veränderten Menschen etc. für die Gesellschaft immens wichtig ist. Daraus leitet sich eine stärkere Vernetzung zwischen Pflege- und Gesundheitsforschung und Praktikern im Gesundheitssystem ab. Vernetzung könnte in evidence-basierten gesundheitsförderlichen Maßnahmen sowie in Veränderungen von gesellschaftlichen Risikofaktoren im Sinne einer Primordialprävention realisiert werden. Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention hinsichtlich des demenziellen Syndroms sind weitere Säulen, die gestärkt werden sollten, wenn es darum gehen soll, Zugangsbarrieren zu einer frühen Diagnosestellung Demenz einzudämmen. Das Ausstrahlen gesundheitsrelevanter Informationen über Kanäle der modernen Kommunikationstechnologie kann einen Zugang zum Gesundheitssystem erleichtern und Zugangsbarrieren zu einer frühen Diagnosestellung Demenz minimieren. Ausblickend kann festgehalten werden, dass ein weiterer Bedarf an Forschung in gerontologischer Pflege erforderlich ist.

Literatur

- Bauch, J. (1996): Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. Weinheim/München: Juventa
- Bohnsack, R. (2010): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung, 3. Aufl., Opladen
- De Berg, H./Schmidt, J. (2000): Rezeption und Reflexion. Zur Resonanz der Systemtheorie Niklas Luhmanns außerhalb der Soziologie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Evans, D. (2002): Wörterbuch der Lacanschen Psychoanalyse. Übers. von Gabriela Burkhart. Wien: Turia + Kant. [Orig.: An Introductory Dictionary of Lacanian Psychoanalysis. 1996]
- Groeben, N./Scheele, B. (1982): Grundlagenprobleme eines Forschungsprogramms „Subjektive Theorien“: Zum Stand der Diskussion. In: Dann, H.D. u.a. (Hrsg.): Analyse und Modifikation subjektiver Theorien von Lehrern. Konstanz, 9-12
- Gutzwiller, F./Paccaud, F. (2011): Sozial- und Präventivmedizin. Public Health. 4. Auflage. Bern: Huber
- Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3. Auflage. Bern: Huber
- Hussy, W./Schreier, M./Echterhoff, G. (2009): Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften. Berlin und Heidelberg: Springer
- Franke, A. (2008): Modelle von Gesundheit und Krankheit. 1. Nachdruck. Bern: Huber
- Freud, S. (2006): Hemmung, Symptom und Angst. 6. unveränderte Auflage. Frankfurt a.M.: Fischer
- Flick, U. (Hrsg.) (1998): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellung von Gesundheit und Krankheit. Weinheim: Juventa, 7-30
- Kruse, J. (2011): Reader „Einführung in die qualitative Interviewforschung“. Überarbeitete, korrigierte und umfassend ergänzte Version. Freiburg
- Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Weinheim: Beltz. Psychologie Verlags Union
- List, E. (2009): Psychoanalyse. Wien: facultas wuv
- Luhmann, N. (1983): Medizin und Gesellschaftstheorie In: Medizin, Mensch, Gesellschaft 8, 168-175
- Luhmann, N. (1986): Systeme verstehen Systeme. In: Luhmann, N./Schorr, K.S. (Hrsg.): Zwischen Intransparenz und Verstehen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp

- Polit, D.F./Beck, C.T./Hungler, B.P. (2004): Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung. Bern u. a.: Verlag Hans Huber
- Schreier, M. (2010): Fallauswahl. In: Mey, G./Mruck, K. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag, 238-251
- Schwarzer, R. (Hrsg.) (1997): Gesundheitspsychologie. 2., überarb. und erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe
- Schwarz-Govaers, R. (2005): Subjektive Theorien als Basis von Wissen und Handeln. Ansätze zu einem handlungstheoretisch fundierten Pflegedidaktikmodell. Bern: Huber
- Statistisches Bundesamt (2009): 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung - Annahmen und Ergebnisse. Wiesbaden: Destatis
- Supprian, T. (2011): Frühdiagnostik von Demenzerkrankungen. Diagnostische Verfahren, Frühsymptome, Beratung. Stuttgart: Kohlhammer
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Online verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten> [Stand 2012-02-03]
- Weyers, S./ Richter, M. (2010): Prävention gesundheitlicher Ungleichheiten. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3. Auflage. Bern: Huber, 382-390
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 22. Online verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>. [Stand 2012-02-04]

Sascha Muz

M.Sc. Gesundheits- und Pflegewissenschaftler, B.A. Pflegepädagoge, Altenpfleger, arbeitet als Pflegepädagoge in den LAZARUS-Schulen Berlin, sascha.muz@gmx.de

Stefan Schmidt (Korrespondenzadresse)

M.Sc. Gesundheits- und Pflegewissenschaftler, Diplom-Pflegewirt (FH), Altenpfleger, Case Management-Ausbilder (DGCC), wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung der Hochschule Neubrandenburg, stefan.schmidt@recama.de

Roswitha Sterr

Diplom-Pflegewirtin (FH), Krankenschwester, Gastdozentin an der Evangelischen Hochschule Berlin, weitere Tätigkeiten im Bereich der häuslichen Beatmungs- und Intensivpflege am Zentrum für Beatmung und Intensivpflege im „Storkower Bogen“ in Berlin, r.sterr@googlemail.com