

Typologien von Pflegemodellen Diskussion ihrer Nützlichkeit unter besonderer Berücksichtigung der Typologie von A. I. Meleis

Jörg Hallensleben

Typologien, die einen Überblick über die Vielzahl der Pflegemodelle verheißen, erfreuen sich insbesondere in der Lehre immer noch großer Beliebtheit und gelten als Bestandteil des pflegewissenschaftlichen body of knowledge. Viele Typologien, darunter die bekannte von Afaf I. Meleis, erfüllen jedoch nicht ihren propagierten Zweck, Pflegemodelle systematisch nach bestimmten Kategorien zu ordnen. Dies liegt in erster Linie an untauglichen Kategorien.

Typologies of Conceptual Nursing Models – A Critique.

Typologies which promise an overview of the variety of the conceptual nursing models enjoy great popularity, particularly in the teaching. They are regarded as part of the body of (scientific) nursing knowledge, taught as well in nursing schools as in university faculties. Many typologies (the famous one of Afaf I. Meleis under this) do not fulfill, however, her propagated purpose. This is due to unsuitable categories in first line.

1. Einführung

In der breiten Pflegeöffentlichkeit werden mit dem Begriff »Pflegetheorien« in erster Linie (wenn nicht sogar ausschließlich) die Denkgebäude von Pflge-theoretikerinnen, wie Henderson, Peplau, Orem, Rogers, Roper oder auch Krohwinkel assoziiert. Das ist verkürzt und stellt der Pflegewissenschaft ein schlechtes Zeugnis aus. Denn die genannten Pflge-theoretikerinnen der ersten Stunde trachteten bekanntlich weniger oder sogar gar nicht danach, einzelne pflegerelevante Phänomene zu beschreiben, zu erklären oder vorauszusagen. Vielmehr ging es ihnen darum, die Pflege als wissenschaftliche Disziplin zu verorten und das Berufsfeld Pflege präskriptiv abzustecken. Mit anderen Worten: Sie wollten Fragen beantworten, wie: Was ist Pflege? Was sind ihre Aufgaben und Ziele? Was ist ihre (zukünftige) Rolle in der Gesellschaft?

Die inhaltliche Beschäftigung mit der Pflege im Allgemeinen ist sicherlich ein zentrales Merkmal der klassischen Denkgebäude (die deshalb auch als »allgemeine Pflgetheorien« oder auch als »Theorien großer Reichweite« bezeichnet wurden). Ein zweites Merkmal ist allerdings, dass sie nicht einfach nur die Pflege in ihrer Beschaffenheit beschreiben, sondern auch meinungsbildend darlegen, wie Pflege sein sollte. In den SollAussagen bzw. Vorschriften für eine »ideale« Pflege spiegeln sich aber naturgemäß recht stark die persönlichen Werte und Überzeugungen der jeweiligen Autorin wider, d. h. nicht zuletzt ihr persönliches Menschen- und Weltbild.

Dieser normative Charakter der »Pflgetheorien« ist mit einem strengen (empirisch-analytischen) Theoriebegriff und -verständnis nicht vereinbar.¹ Aus diesem Grunde bevorzuge ich die Begriffsbezeichnung »Pflegetheorie« (weitere kursierende Bezeichnungen sind »konzeptuelles

Modell«, »Konzept« oder »theoretischer Bezugsrahmen«).²

Leider wird der kategoriale Unterschied zwischen beschreibenden, erklärenden und vorhersagenden Aussagen und Theorien einerseits und andererseits Soll-Aussagen (»Abstecken der Grenzen von Pflege«) häufig ignoriert.³ Damit korrespondiert, dass mit den Pflegemodellen unberechtigte Geltungsansprüche verbunden werden. Das geht soweit, dass der Medizinische Dienst der Kranken- und Pflegekassen (MDK) bei Pflegeeinrichtungen prüft, ob diese über ein Pflegekonzept verfügen, das auf einer Pflgetheorie basiert. Da der MDK erkennbar die »klassischen« Denkgebäude von Henderson etc. mit dem Theoriebegriff assoziiert, ist die von ihm gegebene Erläuterung schlicht falsch, dass Theorien aus »unbestreitbaren Behauptungen« bestünden. (MDS 2000: 71) Ähnliche Zerrbilder von Wissenschaftlichkeit finden sich in allen mir bekannten Lehrbüchern der Krankenpflege und/oder Altenpflege. So stammt etwa die eben bemängelte Passage aus der MDK-Anleitung wörtlich aus einem der besseren Pflegelehrbücher, nämlich dem von Arets et al. (1999: 115 ff.).

Angesichts solcher Schlaglichter kann bezweifelt werden, dass »Pflgetheorien« bzw. Pflegemodelle an den Hochschulen in angemessener Weise gelehrt werden. Wenn zutrifft, dass Pflegemodelle eher ins Reich der Meinungen als der strengen Wissenschaft gehören und zudem vornehmlich von nur noch historischer Bedeutung sind, nehmen sie wohl in einer Reihe von Lehrplänen zuviel Raum, sprich Semesterwochenstunden ein.

Um nicht missverstanden zu werden: Der vorwiegend historische Charakter gerade der bekannten Pflegemodelle bedeutet keineswegs, dass die Beschäftigung mit ihnen im Rahmen der Lehre überflüssig

wäre. Auch in anderen Fächern werden in den unteren Semestern Grundfragen der Disziplin anhand der Texte von »Klassikern« vermittelt bzw. erörtert. (Für weitere Argumente siehe Stemmer 2003 in diesem Heft)

Wenn an den Pflegeklassikern als Gegenstand der Lehre festgehalten werden soll, sind eine ganze Reihe inhaltlich-didaktischer Fragen bzw. Probleme zu lösen. Ein Teil dieser Probleme hat mit der ansehnlichen Zahl der Pflegemodelle zu tun. In den einschlägigen Lehrbüchern finden rund 30 Modelle mehr oder minder ausführliche Erwähnung. Aufgrund ihres normativen Charakters ist der Zahl der Pflegemodelle zudem theoretisch nach oben hin unbegrenzt, das heißt, die Zahl könnte leicht 50 betragen oder sogar in die Tausende gehen, wenn man alle konzeptionellen Überlegungen von Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen unter dem Etikett »Pflegemodell« firmieren ließe.

Evident dürfte sein, dass die große Zahl der Pflegemodelle in der Lehre zu einer Auswahl zwingt – nur einige wenige Pflegemodelle, vielleicht sogar nur eines, können im Rahmen einer Lehrveranstaltung vertieft behandelt werden. Daraus ergibt sich zunächst die Frage, welches Pflegemodell (bzw. welche Pflegemodelle) exemplarisch behandelt werden soll(en). An diese Frage schließt sich gleich die nächste an, nämlich: Wie soll mit den nicht vertieft behandelten Pflegemodellen verfahren werden?

Beide Fragen sind nicht neu – auf beide haben Hochschullehrer und andere Lehrkräfte, die über Pflegemodelle informieren wollen, längst Antworten gefunden.

(a) Ausführlicher behandelt werden nahegelegener Weise Pflegemodelle mit einem hohen Bekanntheitsgrad, außer dem Modell von Roper et al. (1993) und den Klassikern US-amerikanischer Provinienz gilt dies mit Sicherheit für das Modell von Monika Krohwinkel (1993) ferner auch für die Modelle von Karin Wittneben (1994) und Erwin Böhm (1990).

(b) Die nicht vertieft behandelten Pflegemodelle werden summarisch unter

Zuhilfenahme bestimmten Ordnungsschemata gelehrt bzw. unterrichtet. Eine einfache, aber durchaus nützliche Ordnungsmöglichkeit ist z. B. die Anordnung der Modelle auf der Zeitachse, d.h. in chronologische Abfolge ihrer Entstehung. Üblicherweise wird in der Lehre jedoch auch auf ein analytisch anspruchsvolleres Ordnungssystem abgestellt, nämlich auf Typologien.

Eine Typologie ist – ebenso wie eine Klassifikation – ein Ordnungssystem, das eine Vielzahl von Objekten (hier: Pflegemodelle) in überschaubare Gruppen ordnet.

Zahlreiche Metatheoretiker haben versucht, das Feld der Pflegemodelle mittels Typologien zu ordnen. Genannt seien etwa Barnum (1998), George (1990), Fitzpatrick & Wall (1989), Fawcett (1996), Marriner-Tomey (1992, 1994), Meleis (1997, 1999), Riehl-Sisca (1989), Parker (1990), Rizzo-Parse (1987) und Thiebodeau (1983). Auch deutsche Pflegewissenschaftler/innen haben Typologien vorgelegt, etwa Drerup (1998). (Siehe Tabelle 1)

Theoretikerin	Kategorien	Theoretikerin	Kategorien
Barnum (1998)	1. Interventionen 2. Erhaltung 3. Substitution 4. Unterstützung 5. Beförderung	Meleis (1999)	1. Denkschule der Bedürfnisse 2. Denkschule der Interaktion 3. Denkschule der Ergebnisse
Drerup (1998)	1. Bedürfnis 2. Interaktion 3. Anpassung 4. Entwicklung	Meleis (1997)	1. Bedürfnistheoretiker 2. Interaktionstheoretiker 3. ergebnisorientierte Theoretiker 4. humanistische Theoretiker
Drerup (1998)	1. Klienten 2. Therapien 3. Ergebnisse	Meleis (1999)	1. Pflegeklient 2. Interaktion 3. Statusübergänge (Transitionen) 4. Pflegeprozess 5. Umwelt 6. Pflegetherapeutik 7. Gesundheit
Fawcett (1996)	1. Entwicklung 2. Interaktionen 3. Systeme	Riehl-Sisca (1989)	1. Entwicklung 2. Interaktionen 3. Systeme
Marriner-Tomey (1989)	1. Humanistische Krankenpflege als Kunst und Wissenschaft 2. Zwischenmenschliche Beziehungen 3. Systeme 4. Energiefelder	Rizzo-Parse (1987)	1. Simultanitätsparadigma (ganzheitlich-einheitliches Paradigma) 2. Totalitätsparadigma
Marriner-Tomey (1994)	1. Philosophien 2. Theorien großer Reichweite 3. Theorien mittlerer Reichweite	Thiebodeau (1983)	1. Entwicklungsmodelle 2. Interaktionsmodelle 3. Systemmodelle, 4. eklektische Modelle

Tabelle 1: Kategorien unterschiedlicher Typologien (Reihenfolge verändert)

Erfüllen jedoch (alle) diese Typologien tatsächlich den ihnen zugeschriebenen Zweck, Pflegemodelle systematisch zu ordnen?

Das bloße Vorliegen unterschiedlicher Typologien bietet zunächst einmal keinen Anlass zur Skepsis – denn unterschiedliche Typologien können völlig berechtigten, unterschiedlichen Ordnungsinteressen geschuldet sein. In der Betrachtung eines Phänomens aus unterschiedlichen Perspektiven liegt sogar Erkenntnisgewinn, da jedes Analyseraster blind für die Faktoren macht, die nicht als Kategorien vorgegeben sind. Schon eher Zweifel an der Reliabilität einiger Instrumente weckt allerdings der Umstand, dass einige Kategorien (Interaktion, Systeme) von mehreren Metatheoretikern verwendet werden.

Die Wahl fiel auf diese Typologie, weil sie in zahlreichen Lehrbüchern beschrieben wird – z. B. bei Arets et al (1999: 123 f.), Brög-Kurzemann et al. (2000: 24), Hunink (1997, S. 98), Lauber (2001: 111), Köther / Gnam (2000: 196), Schäffler et al. (1998: 14) und Steppe (1989: 258). Pflegeschüler und Studierende lernen diese Typologie kennen und werden entsprechend geprüft. Empirische Daten zum Verbreitungsgrad dieser Typologien liegen allerdings nicht vor.

Die Untersuchung beruht auf einer Textanalyse, vor allem der entsprechenden Ausführungen aus Meleis' Hauptwerk. Leider ist es hier aus Platzgründen nicht möglich alle diese Ausführungen in voller Länge zu zitieren. Als Textgrundlage wurde – trotz einiger Übersetzungsschwächen – bewusst der deutsche Text herangezogen, denn es geht hier ja um die hierzulande rezipierte Version.

2. Die Kategorien von Meleis

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich hat Meleis mehrere Typologien vorgelegt. Wir konzentrieren uns hier auf die hierzulande am meisten rezipierte Typologie aus dem Jahre 1985 (deutsch 1999), die folgende Kategorien enthält: 1. Bedürfnistheoretiker, 2. Interaktionstheoretiker, 3. Ergebnistheoretiker. Diese Typologie wurde später um eine 4. Kategorie (Humanistische

Fokus	Problem Funktion der Pflegekraft
Person	Ein Set von Bedürfnissen oder Problemen Ein Wesen, das sich entwickelt
Patient	Bedürfnisdefizit
Orientierung	Krankheit, Leiden
Rolle der Pflegekraft	Von der Medizin abhängig Anfänge unabhängiger Funktionen Erfüllung von Bedürfnissen und Erfordernissen
Entscheidungs- träger	Fachleute in der gesundheitlichen Grundversorgung

Tabelle 2: Bedürfnistheoretikerinnen – Eine Zusammenfassung (Aus: Meleis 1999: 306.)

Theoretiker) erweitert (Meleis 1997). Meleis definiert den Begriff »Denkschule« nicht explizit, aber deutlich wird aus ihren Ausführungen, dass die Vertreter einer »Schule« bestimmte Grundüberzeugungen teilen. Es existieren jedoch nicht notwendigerweise persönliche Kontakte zwischen diesen Vertretern oder gar eine formelle Organisation.

Denkschule der Bedürfnisse

Meleis schreibt in ihrem Hauptwerk: *»In dieser Denkschule sind Theorien zu finden, die es als Aufgabe der Pflege sehen, die Bedürfnisse von Klienten zu befriedigen.*

Sie standen in Reaktion auf Fragen wie diese: Was tun Pflegekräfte? Was sind ihre Funktionen? Welche Rollen spielen Pflegekräfte? Diese Fragen wurden von einer Reihe von Pflegeetheoretikerinnen beantwortet, indem sie Funktionen und Rollen von Pflegekräften beschrieben.

Die Konzeptualisierung von Funktionen dient dazu Pflegeklienten mit den Begriffen einer Bedürfnishierarchie zu betrachten. Wenn eines dieser Bedürfnisse nicht befriedigt und eine Person nicht imstande ist, sich die Bedürfnisse zu erfüllen, dann ist Versorgung/Fürsorge von Pflegekräften gefragt. Pflegekräfte erfüllen dann die notwendigen Funktionen und spielen die zur Erfüllung der Bedürfnisse des Kranken notwendigen Rollen.« (Meleis 1999: 302)

Der erste Satz der zitierten Ausführungen kann als Kurzdefinition angesehen werden. Diese erfährt im Fortgang einige Erweiterungen um mehrere Merkmale, die am Ende des Abschnitts tabellarisch präsentiert werden. (Tabelle 2)

Zur »Denkschule der Bedürfnisse« rechnet Meleis folgende Pflegeetheoretikerinnen: Virginia Henderson (Hauptwerk 1958), Faye Abdallah (Hauptwerk 1960) und Dorothy Orem (Hauptwerk 1971).

Allerdings überprüft Meleis nicht systematisch, ob die von ihr zur »Denkschule der Bedürfnisse« gezählten Pflegeetheoretikerinnen alle in der Tabelle genannten Merkmale aufweisen.

Eine Erklärung für dieses Versäumnis wäre, dass Meleis ihre Kategorie induktiv aus gemeinsamen Merkmalen der drei Pflegemodelle gewonnen hätte. Dafür gibt es jedoch keine Belege.

Ein Indiz für eine mögliche induktive Vorgehensweise bei der Begriffsbildung ist zwar, dass Tabelle 2 am Ende einer Serie von fünf Tabellen steht (die hier aus Platzgründen nicht zitiert werden können), in denen die Pflegemodelle von Henderson, Abdallah und Orem nach bestimmten Kriterien verglichen werden. Mit systematischer induktiver Begriffsbildung hat das alles freilich nichts zu tun. Dagegen spricht zunächst und vor allem, dass Meleis ihre Vorgehensweise nicht expliziert hat. Festzuhalten ist des Weiteren, dass die Merkmale aus Tabelle 2 aufgrund ihres stichwortartigen Charakters eine Reihe von Fragen aufwerfen. Ferner wäre zu bemängeln, dass Tabelle 2 nicht dieselben Items wie die fünf eben erwähnten Tabellen aufweist.

Die Definition des Begriffs »Denkschule der Bedürfnisse« bleibt nicht zuletzt auch deshalb unscharf, weil Meleis darauf verzichtet, den Begriff »Bedürfnisse« zu

definieren. Dieser ist ja durchaus strittig (namentlich existieren unterschiedliche Auffassungen darüber, welche Phänomene Grundbedürfnisse sind). (Fortin 1999, Powers 1999) Die Problematik der besagten Unterlassung zeigt sich auch in Details. So wird Orem's zentraler Begriff der Selbstpflege- bzw. Selbstfürsorgeerfordernisse von Meleis ohne Begründung mit dem Begriff »Bedürfnisse« gleichgesetzt – obwohl Orem mit ihrem Begriff notwendige Handlungen meinte. (Dies schließt zwar eine Zuordnung Orem's zu den »Bedürfnistheoretikerinnen« nicht aus, denn aus der von Orem vorgelegten Liste der Selbstpflegeerfordernisse (Orem 1997: 208 ff.) ließe sich eine Liste entsprechender Bedürfnisse ableiten. Von solchen Erwägungen lesen wir aber bei Meleis nichts.)

Denkschule der Interaktionen

Zur Denkschule der Interaktion werden von Meleis (1999: 306 ff.) die folgenden Theoretikerinnen gezählt: Hildegard Peplau, Imogene King, Ida J. Orlando, Ernestine Wiedenbach, Joyce Travelbee sowie Josephine Paterson und Loretta Zderad. Nachfolgend wird exemplarisch die erste Seite ihrer Ausführungen zitiert. (Meleis (1999: 306 f.).

»Dann setzte die Formulierung einer zweiten Gruppe von Fragen ein. Man betrachtete Pflege als Unterstützung und ging von der Interaktion mit Patientinnen und Patienten aus, Die Theoretikerinnen in dieser Gruppe gingen über die ersten Fragen nicht völlig hinweg, die neuen Fragen ergänzten vielmehr die früher gestellten. Während sich die ersten theoriegeleiteten Fragen auf die zentrale Frage ›Was tun Pflegekräfte?‹ bezogen, entstand die zweite Gruppe von Fragen an der Yale University School of Nursing und bezog sich auf eine andere zentrale Frage: ›Wie tun Pflegekräfte, was immer sie tun?‹ Die Antworten auf die Fragen nach dem ›Wie‹ kreisten um den Interaktionsprozeß. Peplau war in dieser Gruppe die Pionierin (1952), ihre Antwort stimmte jedoch mehr mit dem damals stark vorhandenen Interesse an psychoanalytischer Theorie überein und stand dem biomedizinischen Modell näher. Beim Studium der Geschichte der Ideen fällt die Verbindung zwischen der ersten Denkschule des Teachers College und der

zweiten Denkschule von Yale auf. Die Yale Schule oder Denkschule der Interaktionisten entwickelte sich aus dem Bedürfnisansatz, wobei manche Konzepte in beiden Schulen immer noch stark vertreten sind. Das wird in der folgenden Diskussion dargestellt. Die Konzeptualisierung von Imogene King, ebenfalls Absolventin des Teachers College, entstand aus dem Interesse am ›Wie‹ der pflegerischen Fürsorge.

Die Interaktionstheorien wurden in den späten fünfziger und frühen sechziger Jahren von Theoretikerinnen entwickelt, die Pflege als Interaktionsprozeß betrachteten, mit dem Schwerpunkt auf der Entwicklung einer Beziehung zwischen Kranken und Pflegepersonen. Diese Theorien entstanden in einem gesellschaftlichen Klima, das in den Vereinigten Staaten von folgenden Ereignissen geprägt war:

- Es war die Zeit nach dem Sputnik-Schock.
- Menschliche Werte, Integrität zum Beispiel, standen hoch im Kurs und wurden von Präsident Kennedy gefördert.
- Die Kuba-Krise hat durch die Angst vor einer fremden Invasion die Rückbesinnung auf Humanität und Beziehungen möglicherweise forciert.
- Das Aufkommen der Hippie-Bewegung, das Wohnen in Kommunen und die Blumenkinder waren ein deutlicher Hinweis auf das Bedürfnis nach Intimität und zwischenmenschlichen Beziehungen.

- Der technische Fortschritt hielt an, war aber von einem wachsenden Mißtrauen gegenüber Mechanisierung und Enthumanisierung verbunden.«

Wie schon in ihrem Abschnitt zur »Denkschule der Bedürfnisse« fasst Meleis am Ende ihrer Ausführungen auch die Merkmale der Interaktionstheoretikerinnen zusammen. (Tabelle 3)

Ähnlich wie schon die erste Kategorie Meleis' bleibt auch die Kategorie »Denkschule der Interaktionen« unscharf.

Zu dieser Unschärfe trägt bereits die Art und Weise der Darstellung bei. Wie das längere Zitat oben zeigt, konzentriert sich Meleis keineswegs auf definitorische Aussagen, sondern mischt diese recht un-übersichtlich mit

- skizzenhaften Beschreibungen der Pflegemodellinhalte
- biographischen Informationen sowie
- allgemeinen historischen Exkursen, in denen teilweise ungeprüfte Zusammenhangsbehauptungen (z. B. Auswirkung des Sputnik-Schocks auf die Entwicklung von Interaktionstheorien) aufgestellt bzw. frei assoziiert werden

Meleis' Gleichsetzung »Wie tun Pflegekräfte, was immer sie tun?« mit dem Ansatz der »Interaktionstheoretikerinnen«,

Fokus	Pflegekraft-Patient-Interaktionen Krankheit als Erfahrung Interagierendes Wesen
Person	Ein Set von Bedürfnissen Kann Bedürfnisse validieren Menschliche Erfahrung mit Sinn
Patient	Hilfloses Wesen Eine Erfahrung mit Sinn
Orientierung	Krankheit, Leiden
Rolle der Pflegekraft	Bewusster Prozess des Helfens Des Selbst als therapeutischer Agent Anwendung des Pflegeprozesses
Entscheidungsträger	Fachleute in der gesundheitlichen Grundversorgung Von den Klienten validiert

Tabelle 3: Interaktionstheoretikerinnen - Eine Zusammenfassung (Aus: Meleis 1999: 309 f.)

also mit dem Fokus auf Interaktion ist wohl nicht als Definition zu werten, sondern als didaktisch gemeinte Hilfe – die allerdings eher in die Irre führt.

Der bereits oben an Tabelle 2 bemängelte stichwortartige Charakter lässt sich ebenfalls an Tabelle 3 kritisieren. Auch der Kritikpunkt »fehlende Explikation und Begründung der Merkmale« trifft im Wesentlichen zu. Selbst der für Klassifikationszwecke auf dem ersten Blick als problematisch erkennbare Umstand, dass die Sichtweise der Interaktionisten von der Person teilweise identisch sein soll mit derjenigen der Bedürfnistheoretikerinnen (nämlich als »Set von Bedürfnissen«), scheint Meleis keiner Erklärung wert.

Vermissen lässt Meleis nicht zuletzt eine explizite Definition des Begriffs »Interaktion«. Implizit geht aus ihren Ausführungen hervor, dass sie Unterschiedliches unter diesen Begriff fasst, nämlich:

- (Verbale und nonverbale) Austausch von Informationen
- gemeinsames Handeln (Kings sogenannte »Transaktion«)
- (affektive und Rollen-) Beziehungen zwischen Individuen (namentlich Klient-Pflegekraft)
- »ungünstige Reaktionen auf unpassende Umgebungen (Orlando)«. (Meleis 1999: 313) An anderer Stelle schreibt Meleis, dass Pflege auch in Begriffen der Interaktion zwischen »Klient und Umwelt« definiert würde. (Meleis 1997: 21)

Meleis hat zwar erkennbar einen Favoriten unter diesen vier beschriebenen Sichtweisen, denn fast alle ihre Aussagen beziehen sich auf den Beziehungsaspekt Klient-Pflegekraft im Allgemeinen und den sogenannten »humanistischen« Ansatz Patersons und Zderads im Besonderen. (Vgl. Wied 1999: 133) Dies hindert Meleis aber nicht, auch Pflege-theoretikerinnen mit einem anderen Interaktionsbegriff (King, Orlando) als »Interaktionisten« zu bezeichnen – unabhängig von deren wissenschaftstheoretischer bzw. philosophischen Grundpositionen. Der schillernde Begriff »Interaktion« (vgl. Wied 1999) wird also letztlich von Meleis in seiner vollen Bandbreite gefasst.

Die Denkschule der Ergebnisse (Outcome)

Zur »Denkschule der Ergebnisse« äußert sich Meleis in ihrem Hauptwerk so kurz, dass ihre Ausführungen hier fast in voller Länge wiedergegeben werden können. Nur bei den Tabellen muss sich die Wiedergabe auf die Zusammenfassung (Tabelle 4) beschränken:

»Eine dritte Gruppe von Fragen, die von Pflege-theoretikerin gestellt wurden, betraf die zentrale Frage nach dem ›Warum‹ pflegerischer Fürsorge. Obgleich sie die Fragen nach dem ›Was‹ und ›Wie‹ nicht ignorierten, versuchten diese Theoretikerinnen die Ergebnisse von Pflege zu konzeptualisieren und beschrieben dann den Pflege-recipienten. Sie entwarfen das Bild einer Pflege, die an Ergebnissen und Endresultaten der Pflegeprozesse interessiert ist. Die einflussreichsten Theoretikerinnen dieser Gruppe sind Dorothy Johnson und Martha Rogers. Johnson studierte an der Universität Harvard, Rogers an der Johns Hopkins Universität. Sie arbeite aber die meiste Zeit in entgegengesetzten Teilen des Landes, nämlich in New York und Los Angeles. Diese Ost/West-Denkschule bezeichne ich als Denkschule der Ergebnisse. Johnson beeinflusste das pflege-theoretische Denken, und ihre Theorie wird Pflege künftig noch stärker beeinflussen als in der Vergangenheit, wenn sich nämlich die Pflegeziele stärker an Stabilität orientieren als an Veränderung [Hall, 1983]. Rogers hingegen hat zu einer Entwicklung von Pflegeforschung beigetragen, die sich auf theoretisches Denken gründet. Weiter entwickelt als diese beiden Theorien ist die von Sister Callista Roy, die als Pflegedirektorin des Mount St. M Hospitals (Los Angeles, Kalifornien) die Möglichkeit hatte, ihre Theorien in Kursen inhaltlich umzusetzen,

und ihnen dadurch zu größerer praktischer Wirksamkeit verhelfen konnte. Sowohl Johnson, als Fakultätsmitglied der Universität von Kalifornien, Los Angeles, als auch Rogers an der Universität von New York haben ihre Theorien teilweise praktisch umgesetzt, doch nicht im gleichen Umfang. Roys Publikationen über die praktische Anwendung von Theorie führte in mehreren Pflegeschulen zur Anwendung ihrer Theorie. Myra Levine, für die das Pflegeziel der Erhalt von Energie ist, gehört auch zu dieser Gruppe.

Für diese Gruppe von Theoretikerinnen bestand das Ziel pflegerischer Fürsorge in der Wiederherstellung eines Gleichgewichts, von Stabilität und Erhalt von Energie oder Steigerung von Harmonie zwischen dem Individuum und der Umwelt. Sie bauten ihre Theorien auf System-, Adaptations- und Entwicklungstheorien auf und richteten ihr Hauptaugenmerk auf das Ergebnis von Pflege. Ihre Sicht des Menschen und des Pflegeklienten orientierte sich an der Konzeptualisierung des Menschen der Bedürfnistheoretikerinnen. Die Ziele der Subsysteme des Verhaltens in der Theorie von Johnson und der adaptiven Modi in der Theorie von Roy finden ihre Parallelen in der der Hierarchie der Bedürfnisse von Henderson, den Pflegefunktionen von Abdellah und den universellen Erfordernissen von Orem. Obwohl sie von Harmonie mit der Umwelt sprachen, von Stabilität, Erhalt von Energie und Homöostase als potentielle Ergebnisse, sind die Konsequenzen doch auf einem hohen Abstraktionsniveau angesiedelt. Das beschränkt die Möglichkeit, die Theorien an ihren Ergebnissen zu messen. Die Ergebnistheorien liefern Pflege eine gut ausformulierte Konzeption vom Menschen als Pflegeklient und von Pflege als einem externen Regulationsmechanismus.« (Meleis 1999: 314 f.),

Fokus	Energie, Gleichgewicht, Stabilität, Präsentation von Homöostase Pflegeergebnis
Person	Ein adaptives, entwicklungsbedingtes Wesen
Patient	Mangel an Anpassung, System-Defizienz
Orientierung	Krankheit, Leiden
Rolle der Pflegekraft	Externer Regulationsmechanismus
Entscheidungssträger	Pflegekraft der gesundheitlichen Grundversorgung

Tabelle 4: Ergebnistheoretikerinnen – Eine Zusammenfassung (Aus: Meleis 1999: 318)

Das längere Zitat unterstreicht die oben in Bezug auf die Kategorie »Denkschule der Interaktionisten« geäußerte Kritik an der Art und Weise der Darstellung: Meleis beschränkt sich keineswegs auf definitive Aussagen, sondern »versteckt« diese geradezu zwischen

- skizzenhaften Beschreibungen der Pflegemodellinhalte,
- biographischen Informationen sowie
- allgemeinen historischen Exkursen.
- Dazu kommen Bewertungen (wie die, dass von den Ergebnistheoretikerinnen die Konzeption vom Menschen als Pflegeklient »gut ausformuliert« sei)

Weitere bereits bei den anderen Kategorien konstatierte Schwächen von Meleis (fehlende Definitionen der zentralen Begriffe, fehlende Begründungen etc.) finden sich auch bei der Kategorie »Denkschule der Ergebnisse«. Es bedarf einiger Anstrengung, um aus ihren Ausführungen das mutmaßlich Gemeinte herauszulesen – unter »Ergebnis« haben wir demnach wohl das angestrebte Ergebnis der Pflege zu verstehen. »Ergebnistheoretikerinnen« wären mithin solche, die Ziele der Pflege, d.h. in erster Linie den angestrebten Zustand des Klienten/Patienten beschreiben. Konnten wir bei den Tabellen 2 und 3 noch vermuten, dass Meleis darin die definitorischen Merkmale der jeweiligen Kategorie tabellarisch zusammenfasst, ist eine solche Interpretation bei Tabelle 4 nicht mehr ohne Weiteres möglich. Aufgeführt werden hier nämlich offensichtlich nicht nur gemeinsame Aussagen aller sogenannten Ergebnistheoretikerinnen, sondern auch Aussagen, die nur auf einzelne Theoretikerinnen zutreffen. Beispielsweise ist von »Energie« zwar bei Martha Rogers (1995) und Myra Levine (1997) die Rede (wenngleich in unterschiedlicher Weise), nicht jedoch bei Dorothy Johnson und Sister Callisata Roy. Umgekehrt ist das Ziel des Menschen (und damit der Pflege) bei Rogers kein (Fließ-) Gleichgewicht, sondern Wachstum, präziser »die kontinuierliche Veränderung von langsamen zu höherfrequenten Wellenmustern.« (Rogers 1995: 176). Auch orientiert sich Rogers nicht an Krankheit und Leiden.

Unter dem Strich bleibt die Kategorie »Denkschule der Ergebnisse« unscharf,

was zu entsprechenden Problemen bei der Einordnung von Pflegemodellen führt. Ein Beleg hierfür ist, dass Drerup (1998) zwar die von Meleis eingeführte Kategorie »Ergebnistheoretiker« übernimmt, aber dieser ganz andere Pflegemodelle zuordnet. Von den vier Pflege-theoretikerinnen Meleis' (Johnson, Levine, Rogers und Roy) nennt Drerup (1998: 39) nur Roy, dazu noch King (die für Meleis eine Interaktionstheoretikerin ist) und Betty Neumann (auf die Meleis nicht eingeht).

Denkschule der Humanisten

In einem kürzeren Buchbeitrag, der ebenfalls auf deutsch erschienen ist, stellt Meleis (1997: 23 f.) neben die drei Kategorien ihres Hauptwerks eine weitere, die »humanistischen Schule«:

»Die dritte Denkschule der Pflege-theorien ist die humanistische Schule. Zu ihr gehören Theoretikerinnen, die Pflege als Betreuung, Fürsorge und Versorgung (caring) betrachten und ihr moralische Imperative verleihen [Watson, 1985, Paterson & Zderad, 1976]. Sie sehen Pflege als menschlichen Dialog, als Akt der Fürsorge und als Präsenz von beiden: von Patient und Pflegekraft. Pflege, als ›caring‹ verstanden, basiert dieser Schule zufolge auf reziproken intersubjektiven Erfahrungen, die von beiden, von der Pflegekraft wie auch dem Patienten in gleichem Maß bestimmt werden – was ebenfalls für das Verstehen der Bedürfnisse des Patienten gilt. Pflegekräfte und Patienten gehen eine reziproke Beziehung miteinander ein, die beide verändert. Die Ergebnisse der Pflegebeziehung werden ebenfalls durch die Wahrnehmungen und Reaktionen beider, Patient und Pflegekraft, bestimmt.«

Wegen des Überblickscharakters des Beitrags, aus dem dieses Zitat stammt, ist zwar nicht zu kritisieren, dass Meleis die durchaus schillernden Begriffe »Humanismus« und »Caring« im vorliegenden Text nicht definiert. Bemerkenswert ist allerdings, dass die genannten Hauptmerkmale der Denkschule der Humanisten (»Beziehung« bzw. »reziproke Beziehung«) in Meleis' Hauptwerk der Denkschule der Interaktionisten zugeordnet waren. Tatsächlich handelt es sich sogar gerade um solche Merkmale, die Meleis bei der ursprünglichen Bestimmung der Kategorie »Interaktionisten« besonders hervorgehoben hatte.

3. Kritik an der Systematik der gesamten Typologie

Bisher haben wir lediglich die einzelnen Kategorien einer Kritik unterzogen. Nun geht es um die Systematik der gesamten Typologie.

Eine Typologie ist – ebenso wie eine Klassifikation – ein Ordnungssystem, das eine Vielzahl von Objekten (hier: Pflegemodelle) in überschaubare Gruppen ordnet. Eine Typologie kann auf einem Indikator oder einer Kombination von mehreren Indikatoren (= Merkmalen/Variablen) beruhen. So könnte man z.B. zur Typologisierung von Tischen auf die Indikatoren »Anzahl der Tischbeine«, und »Material« abstellen.. Von einer Klassifikation sollte man nur sprechen, wenn die Indikatoren einen Objektbereich (etwa »Tische«) erschöpfend beschreiben. In unserem Beispiel könnte man dies für die zwei genannten Indikatoren bezweifeln und fragen, ob nicht auch anderen Merkmalen (etwa »Form« und »Größe« der Tischplatte oder »Ausziehmöglichkeit«) Bedeutung beizumessen wäre. Ähnliche Zweifel an einer hinreichenden Erfassung aller relevanten Merkmale zur Ordnung des interessierenden Objektbereichs lassen sich auch beim Meleis'schen System zur Ordnung von Pflegemodellen erheben. Dafür spricht schon, dass es nicht auf mehreren Indikatoren beruht. Einzige Variable ist vielmehr der Objektbereich »Denkschulen« selbst.⁴

Das Ziel einer Typologie besteht darin, die Untersuchungseinheiten nach theoretischen Gesichtspunkten vollständig verschiedenen sich gegenseitig ausschließenden Typen oder Klassen zuzuordnen. Dieses Ziel verfehlt Meleis' Typologie.

Wie oben gezeigt, sind Meleis' Kategorien schlecht definiert – sie erfüllen damit nicht die Forderung nach Eindeutigkeit. Während sich dieses Manko durch verbesserte Definitionen ausbessern ließe, ist Meleis' Verstoß gegen die Forderung nach Ausschließlichkeit nicht mehr zu korrigieren. Ausschließlichkeit erfordert, dass kein Objekt, sprich Pflegemodell in zwei oder mehr Kategorien eines Merkmals eingeordnet werden könnte. Daran man-

gelt es hier. Meleis (1999: 318) räumt selbst ein, dass es Pflegemodelle gibt »die offensichtlich in mehr als eine Kategorie passen«.

Ein Grund dafür sind ohne Zweifel die im letzten Abschnitt beschriebenen Unschärfen. Ihre Kategorien sind aber nicht einfach nur ungenau definiert, sie entstammen vielmehr so unterschiedlichen inhaltlichen Bereichen und/oder Begriffsebenen, dass zwischen diesen überhaupt keine logischen Grenzen existieren. So ist etwa »Humanismus« als wissenschaftstheoretische/philosophische Position etwas kategorial ganz anderes als die theoretischen Konstrukte Bedürfnis, Interaktion und Ergebnis.

Es gibt letztlich keinen überzeugenden Grund, warum ein Pflegemodell nicht zugleich in zwei oder sogar alle Variablen von Meleis einsortierbar sein sollte. So könnte ein Pflegemodell beispielsweise gleichzeitig

- eine Bedürfnishierarchie enthalten (Denkschule der Bedürfnisse?);
- das Bedürfnis nach zwischenmenschlicher Beziehung in den Mittelpunkt stellen (Denkschule der Interaktion?);
- den Zielzustand »Bedürfnisbefriedigung« beschreiben (Denkschule der Ergebnisse?);
- von einer Humanistin entwickelt worden sein (Denkschule der Humanisten?).

Meleis (1993: 318) argumentiert zwar, dass diese Überlappungen ihrer Kategorien unschädlich seien, wenn man sich bei den Einordnungsentscheidungen auf den jeweiligen Hauptfokus jedes Pflegemodells konzentrierte. Dieses Argument immunisiert allerdings nicht gegen die obige Kritik, denn es setzt voraus, dass alle Pflegemodelle tatsächlich einen zweifelsfrei erkennbaren Hauptfokus hätten. Theoretisch ließe sich jedoch ein Pflegemodell denken, dass die drei bzw. vier Kategorien gleich stark fokussierte. Dass dies nicht nur eine theoretische Möglichkeit ist, zeigen die erheblichen Meinungsverschiedenheiten zwischen Metatheoretikerinnen, wenn es um die Einordnung von Pflegemodellen geht. So wird zum Beispiel Orem zwar von Meleis zu den Bedürfnistheoretikern gezählt, von Riehl-Sisca (1989) und Drerup (1998: 39) dage-

gen zu den Interaktionstheoretikern. Marriner-Tomey (1992: 5) schließlich ordnet Orem ihrer Kategorie »Kunst und Wissenschaft der Humanistischen Pflege« zu. Dass bisher niemand Orem als Ergebnistheoretikerin gesehen hat, verwundert da fast – Gründe für eine solche Zuordnung gäbe es jedenfalls auch.

4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die vorliegende Untersuchung hat ergeben, dass die bekannteste Typologie von Meleis aus unzureichend begründeten Einzelkategorien besteht. Als Ganzes gesehen verfehlt Meleis' Typologie den wesentlichen Zweck einer Typologie (nämlich die vollständige Zuordnung der Pflegemodelle in verschiedenen sich gegenseitig ausschließenden Typen). Zu Unrecht also, so lässt sich daraus folgern, nimmt diese Typologie einen hervorragenden Platz bei der Vermittlung von Pflegemodellen ein.

Die Kritik an der Meleis'schen Typologie ist natürlich nicht ungeprüft auf die hier nicht untersuchten Typologien anderer Autoren übertragbar. Da jedoch, wie Tabelle 1 zeigt, die von Meleis verwendeten Kategorien auch in anderen Typologien auftauchen, scheint eine Portion Skepsis auch gegenüber (diesen) anderen Typologien angebracht. Erwähnt sei, dass ich bereits vor einigen Jahren in dieser Zeitschrift anlässlich einer Buchbesprechung der ersten auf deutsch erhältlichen Überblicksarbeit zu Pflege-theoretikerinnen (Marriner-Tomey 1992) bemängeln musste, dass Marriner-Tomeys ihre recht populäre Typologie mit keiner einzigen Silbe begründet hat. (Meyer 1997: 18)

Aus den Schwächen von Meleis' Typologie lassen sich immerhin einige allgemeine Anforderungen an Typologien und den Umgang mit ihnen formulieren.

Zwar kann die Einordnung von Pflegemodellen in vorgegebene Kategorien niemals so präzise sein wie beispielsweise das Zuordnen von Tischen in die Merkmalsausprägungen des Merkmals »Anzahl der Tischbeine« – dazu ist der Objektbereich »Pflegemodelle« viel zu komplex. Gerade wegen der großen Komplexität

des Gegenstands sollte jedoch der Beurteilungsspielraum bzw. die Beurteilungsnötwendigkeit minimiert werden. (Den Hauptfokus eines Pflegemodells zu beurteilen, ist – das zeigt die geringe Inter-raterreliabilität der Experten bei der Kategorisierung von Orem – offenbar zu schwer)

Vor allem sollte darauf geachtet werden, dass die Kategorien möglichst trennscharf sind. Unbedingt zu vermeiden ist, dass die Kategorien so unterschiedlichen inhaltlichen Bereichen und/oder Begriffsebenen angehören, dass zwischen diesen überhaupt keine logischen Grenzen existieren.

Das heißt nicht, dass die Pflegewissenschaft auf Variablen, wie »Interaktionisten« und »Bedürfnistheoretiker« verzichten muss. Verzichten sollte sie allerdings darauf, diese beiden Variablen in einer Skala zusammenzuzwingen, da man offensichtlich beides gleichzeitig sein kann: Interaktionist und Bedürfnistheoretiker.

Besonders geeignet zur Typologisierung von Pflege-theoretikern bzw. Pflegemodellen scheint mir die wissenschaftstheoretische Ebene zu sein, weil wir es hier häufig mit grundlegenden (paradigmatischen) Gegensätzen zu tun haben (Beispiel: empirisch-analytisches Wissenschaftsverständnis versus hermeneutisches Wissenschaftsverständnis), die eine trennscharfe Kategorienbildung und eher einfache Zuordnung von Modellen erlaubt.

Zu bedenken ist dabei allerdings: Durch jede eingenommene Perspektive wird eine im Prinzip ebenfalls mögliche andere Perspektive verstellt. Indem wir den Blick auf etwas richten, wenden wir ihn gleichzeitig von etwas ab. Wie die vorangegangenen Ausführungen deutlich gemacht haben dürften, sind wir von einer alle Ansprüche erfüllenden Typologie (oder gar Klassifikation) zur Einteilung von Pflegemodellen noch recht weit entfernt.

Dr. Jörg Hallensleben
Pflege Consult
Schönhausenstr. 7
28203 Bremen
www.pflegeconsult.de

Anmerkungen

- 1 Eine gewichtige Fraktion von Pflegewissenschaftler/innen fasst allerdings den Theoriebegriff so weit, dass alle Klassiker unter seinem Dach Platz finden. So definieren beispielsweise Chinn und Kramer Theorie als »die systematische Abstraktion von Wirklichkeit, die einem bestimmten Zweck dient«. (Chinn/Kramer 1996, S. 22) Die beiden amerikanischen Pflegewissenschaftlerinnen weisen die Objektivitätsvorstellungen der »traditionellen Wissenschaft« zurück. Sie verfechten statt dessen die These, dass das Ziel der Pflegekunde, kranken und hilfebedürftigen Menschen beizustehen, eine Abkehr vom Kriterium empirischer Überprüfbarkeit rechtfertigt (oder sogar erfordert). Zumindest relativieren sie die Bedeutung des empirischen Wissens als Wissensgrundlagen für die Pflege, indem sie andere Formen des Wissens als ebenbürtig ansehen, nämlich moralische Erkenntnis, Intuition und Selbsterfahrung (das sogenannte »persönliche Wissen«).
- 2 Für die Werke der Klassiker, wie Peplau, Orem, Rogers u. a. gibt es keinen optimalen, sprich unmißverständlichen Begriff; denn gleich ob »Theorie«, »Modell«, »Konzept« oder eine Wortverbindung – keiner dieser Vorschläge kann völlig überzeugen. Unverbraucht wirkende Umschreibungen wie »begrifflicher Bezugsrahmen für die Pflege« bezeichnen zwar recht genau, worum es geht, wirken aber holperig und würden die Begriffsvielfalt nur weiter erhöhen. So gesehen geht es nur um die Wahl des geringsten Übels. Dieses wird hier in der Verwendung des geläufigen Begriffs »Pflegemodell« gesehen.
- 3 Der kategoriale Unterschied zwischen einerseits beschreibenden, erklärenden und vorhersagenden Aussagen (z.B. im Zusammenhang mit der Behandlung von Dekubiti) und andererseits Soll-Aussagen (»Abstecken der Grenzen von Pflege«) wird häufig auch von solchen Autoren ignoriert, die alternative Bezeichnungen wählen. So stellt etwa Fawcett (1996: 41) auf das Unterscheidungskriterium des Abstraktionsgrades ab; echte Theorien seien weniger abstrakt als konzeptuelle Modelle.
- 4 Bei den Begriffen in der linken Spalte in den Tabellen 2 bis 4 handelt es sich nicht um Indikatoren. Die Inhalte der Zellen in der rechten Spalte sind keine Ausprägungen der linken Spalte. Das wird deutlich wenn man die drei Tabellen zusammenführt.

Literatur

- Abdallah, F.G; Beland, I.L.;, Martin, A.; Martin, R.: Patient-centered ap-proaches to nursing. New York: Macmillan Publ. 1960
- Arets J., Obex F., Vaessen J., Wagner F. (1999): Professionelle Pflege (Band 1) – Theoretische und praktische Grundlagen. 3. Auflage, Bern: Huber
- Barnum B. J. S.(1998): Nursing Theory – Analysis, Application, Evaluation. 5. Auflage, Philadelphia: Lippincott & Raven
- Böhm, E (1990). Pflegediagnose nach Böhm – Ein Konzept zur Befindensverbesserung von Patienten und Pflegepersonal. 2. Aufl. Recom, Melsungen
- Brög-Kurzemann U.; Sieber H.; Weh B. (2000): Grundpflege – Behandlungspflege. Hannover: Vincentz
- Chinn, P.L.; Kramer, K.: Pflgeetheorie. Konzepte – Kontext – Kritik. Berlin/Wiesbaden: Ullstein-Mosby 1996.
- Drerup E. (1998): Pflgeetheorien – Lehrerhandbuch für den Pflegeunterricht. Freiburg i. Br.: Lambertus
- Fawcett J. (1996): »Pflegemodelle im Überblick«. Bern: Huber (Original 1/1984, 3/1995). Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. Philadelphia:F.A. Davis)
- Fitzpatrick J., Whall A.L. (Hrsg.) (1989): Conceptual Models of Nursing – analysis and Application. 2. Auflage, Norwalk: Lange
- Fortin, J. (1999): Bedürfnisse. In: Kollak, I.; Kim, H.S., Pflgeetheoretische Grundbegriffe. Bern u.a.O.: Huber, S. 55–70
- George J. B. (Hrsg.) (1990): Nursing Theories. 3. Auflage. Englewood Cliffs: Appleton & Lange
- Henderson, V.: Grundregeln der Krankenpflege. Frankfurt/M.: Agnes-Karll-Verband 1963. (Original 1958. The basic principles of nursing)
- Hunink G. (1997): Pflgeetheorien. Elemente und Evaluation. Bocholt: Eicanos
- Kampen N. v. (1997): Theoriebildung in der Pflege. Eine kritische Rezeption amerikanischer Pflegemodelle. (Reihe Wissenschaft, Band 39) Frankfurt: Mabuse-Verlag
- King, I. M. (1995): Die Theorie der Zielerreichung. In: Mischu-Kelling, M.; Wittnebe, K. (Hrsg), Pflegebildung und Pflgeetheorien. Urban& Schwarzenberg. München etc., S. 67–81
- Kirkevold M. (1997): Pflgeetheorien. München: Urban & Schwarzenbeck
- Köther, I.; Gnam, E. (2000): Altenpflege in Ausbildung und Praxis: Stuttgart/Nww York: Thieme
- Krohwinkel, M. (1993): Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich rehabilitativer Prozeßpflege (Schriftenreihe des BMG, Bd. 16), Nomos, Baden-Baden
- Lauber A. (Hrsg.) (2001): Grundlagen beruflicher Pflege. Stuttgart: Thieme
- Levine, M.E.: Die Erhaltungsprinzipien der Pflege. In: Schaeffer; D; Moers, M; Steppe, H; Meleis, A. (Hg.): Pflgeetheorien. Beispiele aus den USA. Bern u.a.O.: Hans Huber 1997, S. 123–139
- Marriner-Tomey A. (Hrsg.) (1992): Pflgeetheoretikerinnen und ihr Werk. 2. Auflage, Basel: Recom-Verlag (Original 1/1986, 2/1989, 3/1993: Nursing Theorists and their work. Mosby, St. Louis)
- Maslow A. H . (1987): Motivation und Persönlichkeit. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg (Orig. 1954. Motivation and personality. New York.)
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2000): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege. Siegburg: Eigenverlag
- Meleis A. I. (1997): Die Theorieentwicklung in den USA. In: Schaeffer D, Moers M, Steppe H, Meleis AI (Hrsg.), Pflgeetheorien – Beispiele aus den USA. Bern: Huber, S. 17–37
- Meleis A. I. (1999): Pflgeetheorie. Bern: Huber. (Original 1/1985, 3/1997). Theoretical Nursing – Development and Progress. Philadelphia: Lippincott & Raven)
- Meyer, J.A.: (1997) Marriner-Tomey, A. [Hrsg.]: Pflgeetheoretikerinnen und ihr Werk. Recom-Verlag, Basel 1992 [Orig. 1989]. Rezension in: Pflege & Gesellschaft, 2. Jg. , Nr. 3, S. 17–1)

- Orem, D.: Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Berlin: Ullstein Mosby 1997 (Deutsche Übersetzung der 5. Auflage des Originalwerkes: Nursing Concepts for Practice 1995, 1. Aufl. 1971)
- Orlando, I.J. (1961): The dynamic Nurse-Relationship. Function, Process and Principles – An evaluative Study. G.P. Putnam's Sons, New York. (Deutsche Übersetzung: Die lebendige Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten. Huber, Bern u.a.O. 1996)
- Parker M. E. (Hrsg.) (1990): Patterns of Nursing Theorie in Practice. New York: National League for Nursing
- Peplau, Hildegard (1952): Interpersonal relations in nursing. A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing- Putnam's Sons, New York. (Deutsche Übersetzung: »Interpersonale Beziehungen in der Pflege – Ein konzeptioneller Bezugsrahmen für die psychodynamische Pflege. Recom, Basel/Eberswalde 1995)
- Powers, P. (1999): Bedürfniss/Bedarf. In: Kollak, I.; Kim, H.S., Pflge theoretische Grundbegriffe. Bern u.a.O.: Huber, S. 35–54
- Riehl-Sisca J. P. (Hrsg.) (1989): Conceptual models of nursing practice. 3. Auflage, Norwalk: Appleton & Lange
- Rizzo-Parse R. (1987): Nursing Science – Major Paradigms; Theories and Critiques. Philadelphia: Saunders
- Rogers, M. (1995): Theoretische Grundlagen der Pflege. Freiburg/Breisgau: Lambertus
- Roper, N; Tierney, A.; Logan, W. (1993): Die Elemente der Krankenpfleg. Recom, Basel. (Orig. 1980: The Elements of Nursing. Churchill Livingstone, Edinburgh)
- Roy, S. C.; Andrews, C.: Das Adaptionsmodell. In: Schaeffer; Doris et al. (Hg.): Pflge theorien. Beispiele aus den USA. Bern u.a.O.: Hans Huber 1997, S. 227–249
- Schäffler A., Menche N., Bazlen U., Kommerell T. (1998): Pflege heute. Ulm: Gustav Fischer
- Stemmer, R. (2003): Pflge theorien und Pflegeklassifikationen. In: Pflege & Gesellschaft, 8. Jg., Nr. 2
- Steppe H (1989): Pflge theorien und ihre Bedeutung für die Praxis. In: Die Schwester/Der Pfleger, 28. Jahrg. Heft 4, S. 255–262
- Thibodeau J. A (1983): Nursing Models – Analysis and Evaluation. Monterey: Wadsworth
- Wied, S. (1999): Interaktion.: In: Kollak, I.; Kim, H.S., Pflge theoretische Grundbegriffe. Bern u.a.O.: Huber, S. 129–143
- Wittneben, K. (1994): Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. 3. Aufl. Frankfurt/M.: Lang