

Pflegetheorien und Pflegeklassifikationen

Renate Stemmer

In den vergangenen Jahren ist die Diskussion um große, allgemeine Pflegetheorien abgeflaut. Stattdessen werden nun Theorien mittlerer Reichweite propagiert, in der Hoffnung, dass diese geeignet sein könnten, Lösungen für konkrete Probleme der Pflegepraxis anzubieten. Pflegeklassifikationen haben das Ziel, die Pflegepraxis aufzuschlüsseln. Das Verhältnis von Pflegetheorien zu Pflegeklassifikationen wird untersucht.

Grand nursing theories and nursing classifications

In the recent years the discussion about grand nursing theories slows down. Instead of them middle-range-theories are recommended. There is the hope that they can meet the clinicians expectations for concrete prescriptions directed towards the solution of problems.

The aim of nursing classifications is to categorize nursing practice. The article analyses the relation between nursing theories and nursing classification.

Übersicht

- Einleitung
- Theorieentwicklung in der Pflege – ein Rückblick
- Allgemeine Theorien oder Theorien mittlerer Reichweite?
- Klassifikationssysteme
- Klassifikationssysteme und Pflegetheorie
- Zusammenfassung und Schlussfolgerung
- Literatur

Einleitung

Kaum ein anderes Thema hat in den ersten Jahren der aufkeimenden pflegewissenschaftlichen Diskussion – sowohl im deutschsprachigen als auch im angloamerikanischen Raum – soviel Hoffnungen geweckt und soviel Aufmerksamkeit gefunden wie die Auseinandersetzung mit Pflegetheorien. Die Hoffnungen, die mit der Theorieentwicklung einhergingen, waren nicht nur im deutschsprachigen Raum groß. Die Entwicklung von Pflegetheorien sei, so die zentrale Annahme, grundlegende Voraussetzung für die Entwicklung der Pflege als Disziplin, ein Meilenstein im Rahmen der Umwandlung des Pflegeberufes zur Profession und nicht zuletzt unerlässlich für die Bemühungen die Pflegepraxis zu verbessern.

Die hochgesteckten Erwartungen sind nicht erfüllt worden. Die Produktion von Wissen zur Grundlegung einer eigenständigen Disziplin scheint, so die vielerorts geäußerte Vermutung, eher von Seiten der Forschung geleistet werden zu können, den Professionalisierungsbemühungen stehen Tendenzen der Deprofessionalisierung gegenüber (Stemmer 2002) und die Umsetzung von Konzepten zur Verbesserung der Pflegequalität wird erschwert durch zunehmende Verweildauerverkürzung, Leistungsverdichtung und Personalabbau. Pflegetheoretische Überlegungen scheinen in dieser Situation kaum eine Hilfe zu bieten. Das Interesse an allgemeinen Pflegetheorien hat im deutsch-

sprachigen wie im angloamerikanischen Raum deutlich nachgelassen. Die wissenschaftliche Gemeinde wendet sich anderen Fragen u.a. aus dem Bereich der Pflegeklassifikationen zu, in der Pflegepraxis war die Diskussion, von wenigen Ausnahmen abgesehen, noch gar nicht angekommen. Der nachfolgende Beitrag zeichnet den Entwicklungsverlauf der Theoriediskussion kurz nach, wendet sich dann Pflegeklassifikationen zu und beleuchtet das Verhältnis von Pflegetheorie und Pflegeklassifikation.

Theorieentwicklung in der Pflege – ein Rückblick

Meleis (1999, 43) bestimmt Pflegetheorie als »Konzeptualisierung einiger Aspekte der Pflegerealität, die mit dem Ziel zusammengestellt werden, um damit Phänomene zu beschreiben, Beziehungen zwischen Phänomenen zu erklären, Folgen vorherzusagen oder Pflegehandlungen vorzuschreiben«. Von dieser weitgesteckten Definition ausgehend werden nachfolgend die gängigen, theoretisch fundierten Konstrukte als Pflegetheorien bezeichnet. Die Theorieentwicklung¹ in der Pflege begann, sieht man einmal von den ersten Ansätzen Nightingales ab, etwa ab 1950 in den USA. Die Intention dieser frühen Versuche bestand nicht zuletzt darin einen Bezugsrahmen zu entwickeln, der geeignet wäre, pflegerelevantes Wissen als solches zu identifizieren und zu strukturieren. Entwickelt wurden überwiegend Theorieansätze mit dem (impliziten) Anspruch, den Gegenstandsbereich und die Spezifität der Pflege herauszuarbeiten.

Diese Ansätze sind verschiedentlich als »große Theorien« kategorisiert worden. Im Hinblick auf die Tatsache, dass es sich bei diesen Theorien vielfach um Entwürfe handelt, die den Anspruch an große Theorien (nämlich für einen umfassenden Bereich einer Disziplin allgemeingültige Aussagen zu machen) nur schwerlich

erfüllen können, soll hier von »allgemeinen Theorien« gesprochen werden, die dadurch gekennzeichnet sind, dass sie das Ziel haben, den Rahmen, die Philosophie und die Grundzüge der Pflege zu definieren (Chinn, Kramer 1996, 183).

Im Einklang mit verbreiteten wissenschaftstheoretischen Positionen in der Mitte des vergangenen Jahrhunderts war diese erste Phase der Theorieentwicklung getragen von der Vorstellung, dass es gelte, der Pflege den einen richtigen Bezugs- und Begründungsrahmen zu geben. Entsprechend entfachte die Entwicklung immer neuer Theorieansätze anhaltende Diskussionen, in deren Verlauf es vor allem darum ging, den eigenen Ansatz zu rechtfertigen (Moers u.a. 1997, 284). Die in der Zeit von den 1950er bis zum Beginn der 1980er Jahre entwickelten Theorien zeichnen sich überwiegend dadurch aus, dass sie normativ ein Ideal pflegerischen Handelns postulieren. So fordern zahlreiche Ansätze eine ganzheitliche Ausrichtung der Pflege. In inhaltlicher Hinsicht erwies sich diese Zielsetzung bald als fragwürdig und wenig praxistauglich (Stemmer 2001). Auch ihre wissenschaftstheoretische Positionierung im analytisch-rationalistischen Denkschema geriet in die Kritik, da dieses weiterhin den Körper-Geist-Dualismus transportierte.

Zu Beginn der 1980er Jahre kam es zu bedeutsamen, teilweise parallel verlaufenden Entwicklungen in der Theoriediskussion. Die Akzeptanz eines Theorienpluralismus setzte ein. Etwa zeitgleich entwarfen Metatheoretikerinnen Schemata zur Strukturierung der vorliegenden Theorien. Diese Strukturierungsversuche belebten gemeinsam mit dem Theorienpluralismus die Debatte und förderten erneut die Hoffnung auf die praxisbezogene Anwendbarkeit der vorliegenden Pflegetheorien (Meleis 1999, Moers u.a. 1997).

Letztlich führte diese Entwicklung jedoch nicht dazu, dass die Kritik an den allgemeinen Theorien verstummte. Diese seien zu abstrakt und zu allgemein. Die Individualität des Einzelfalles könne nicht erfasst werden. Allgemeine Theorien neigten dazu, alles und damit nichts zu erklären

und seien nur selten empirisch gestützt. Außerdem beachteten sie kulturell begründete Besonderheiten nicht (DeKeyser, Medoff-Cooper 2001, 330). Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die in den allgemeinen Theorien enthaltenen normativen Setzungen, die zu entsprechenden Passungsproblemen führten (Moers, Schaeffer 2000, 47 ff.).

Schröck (1997, 41) schloss daraus: »Die meisten Pflegetheorien sind ungeeignet für eine Praxisdisziplin«.

Gleichwohl finden sich weiterhin Versuche allgemeine Pflegetheorien praktisch wirksam werden zu lassen.² Diese Anstrengungen bleiben aber, zumindest im bundesdeutschen Kontext, Einzelfälle.

Die Notwendigkeit einer theoretischen Fundierung der Pflegepraxis wird trotz der Kritik an den allgemeinen Theorien nicht in Frage gestellt. Die Forderung geht jedoch dahin, Theorieansätze mit größerer Praxisrelevanz zu entwickeln (Weidner 2003, 23; DeKeyser, Medoff-Cooper 2001, 331; Moers/Schaeffer 2000, 62; Schröck 1997, 45).

Vor diesem Hintergrund nimmt das Interesse an phänomenologisch orientierten Theorieansätzen zu. Ein phänomenologisch orientierter Theorieansatz, wie er beispielsweise von Benner und Wrubel (1997) vertreten wird, gehört, obwohl er seinen Ausgangspunkt in Beobachtungen und Erfahrungen der Praxis nimmt, zu den allgemeinen Theorien. Er betont ausgehend von empirisch nachvollziehbaren Beobachtungen die intuitive Seite pflegerischen Handelns. Damit rückt das »know how« im Gegensatz zum »know that« in den Mittelpunkt. In Abgrenzung zur analytisch-rationalistischen Position, die das Denken als Grundlage von Handlungsentscheidungen unterstellt, geht der phänomenologische Ansatz davon aus, dass ein bedeutsamer Anteil pflegerischen Handelns in vorreflexiven Strukturen seinen Ursprung hat, (ohne jedoch die Bedeutung und Notwendigkeit von rationalem Wissen oder Reflexion abzustreiten).

Die phänomenologisch orientierten Theorieansätze greifen verschiedentlich

das Konzept des Caring auf. So betonen Benner und Wrubel das persönliche Engagement der Pflegekraft als zentralen Bestandteil einer sorgenden Beziehung. So wie die unterstützungsbedürftige Person als ganzer Mensch wahrgenommen wird, so soll sich die Pflegekraft nicht als distanzierte Professionelle, sondern mit ihrer ganzen Persönlichkeit in die pflegerische Beziehung einbringen. Benner und Wrubel akzeptieren, dass Distanzierungsstrategien in Einzelfällen notwendig sein können, lehnen eine auf Abstand bedachte Grundhaltung aber ab. An dieser Stelle verlassen sie die Ebene der Beschreibung der Pflegepraxis und werden normativ. Diese normative Positionierung birgt – ähnlich wie bei den frühen Theorieansätzen mit deren Ausrichtung auf Ganzheitlichkeit – potentiell die Gefahr des Dissenses zwischen Theorieforderungen und Pflegewirklichkeit. Deshalb müssen sich jene phänomenologisch orientierten Theorieansätze, die das Konzept des Caring aufgenommen haben, ebenfalls den Vorwurf gefallen lassen, dass Passungsprobleme bezogen auf die Pflegepraxis zu erwarten sind.

Neben der Fokussierung phänomenologischer Theorieansätze erhofft man sich durch eine Hinwendung zu empirisch fundierten, bereichsbezogenen Theorien mittlerer und geringer Reichweite konkrete Entscheidungshilfen für pflegerisches Handeln. Theorien mittlerer Reichweite sind begriffliche Konstrukte, die empirisch überprüfbar sind. Sie sind jedoch nicht einfach Generalisierungen auf der Basis der empirischen Daten, sondern versuchen diese theoretisch zu erfassen. Sie sind gekennzeichnet durch einen hohen Grad an Konkretheit und Kontextbezug.

Die Abwendung von allgemeinen Theorien hin zu Theorien mittlerer Reichweite hat in gleicher Weise im Rahmen der Entwicklung der Soziologie als Wissenschaftsdisziplin stattgefunden. In der Mitte des vergangenen Jahrhunderts beklagte Merton den atheoretischen Umgang mit Forschungsergebnissen einerseits sowie den verfrühten Rückschluss von Beobachtungen auf soziologische Gesetzmäßigkeiten mit hohem Allgemeinheitsgrad andererseits. Merton fordert, dass sich die noch junge Sozialwissenschaft vorläufig auf die Entwicklung bereichsspezifischer

Theorien mittlerer Reichweite konzentrieren solle, auf deren Grundlage später umfassende Theorien konstruiert werden könnten (Kelle 1994, 226). Die von Merton angesprochenen Mängel finden sich in ähnlicher Weise in der Pflegewissenschaft und müssen wohl als typische Erscheinungsformen des Anfangsstadiums im Rahmen der Entwicklung einer Disziplin als Wissenschaft gewertet werden.

Auch Cody (1997) betont das Potential von Theorien geringer oder mittlerer Reichweite, die Entwicklung allgemeiner Theorien vorzubereiten. In diesem Sinne könnte beispielsweise eine situationsspezifische Theorie zum Erleben von zu Pflegenden einer ländlichen Region bei der nicht gewünschten Aufnahme in ein Pflegeheim den Grundstein legen zu einer Theorie mittlerer Reichweite über das Erleben der Übersiedlung in ein Pflegeheim. Mehrere derartige Theorien, die Fragestellungen aus demselben Kontext aufgreifen, könnten zu einer umfassenden Theorie über den Aufenthalt in einem Pflegeheim zusammengeführt werden. Es wird deutlich, dass Pflege-theorien keinesfalls als je singuläre Entitäten entstehen müssen. Fruchtbar wäre eine Theoriebildung, die vorhandene Theorien berücksichtigt. Theorien, die aufeinander aufbauen, sich aufeinander beziehen und sich gegenseitig ergänzen, jedoch sind derzeit in der pflegetheoretischen Landschaft Mangelware.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Pflege als Disziplin sich von der Auseinandersetzung mit allgemeinen Theorien abgewandt und sich bereichs- bzw. situationsspezifischen Ansätzen zugewandt hat. Gleichwohl scheint es mir nicht überflüssig, das Potential der verschiedenen Theorietypen zu prüfen.

Allgemeine Theorien oder Theorien mittlerer Reichweite?

Unbestritten ist der hohe Abstraktionsgrad einiger früher Pflege-theorien³, aber kann aus der Tatsache, dass sie in dieser Form nur schwer direkt auf die Pflegepraxis bezogen werden können, schon geschlossen sind, dass sie für die Pflege unbrauchbar sind? Unbestritten ist ebenso, dass Theorieentwicklung in einer

Praxisdisziplin zur Problemlösung beitragen soll, aber folgt daraus, dass Theorieansätze in der Pflegepraxis »anwendbar« sein müssen, wie Schröck (1997, 42) fordert? Steppe (2000, 96) folgend, sind Pflege-theorien »als Versuche der Systematisierung und Ordnung des Gegenstandsbereichs der Pflegewissenschaft unverzichtbare und zentrale Bestandteile pflegerischer Erkenntnisgewinnung«. Die hier angesprochene Form der Erkenntnis ist auf einer übergeordneten Ebene angesiedelt. Sie zielt darauf ab, die grundlegenden Strukturen der Pflege zu durchdringen und enthält das Potential, Anknüpfungspunkte für die weitere Entwicklung von Wissensbeständen, die sich direkt auf die Pflegepraxis beziehen, zu bieten. Ein Beispiel für die Möglichkeit, einen Theorieansatz für das Verständnis pflegerischer Handlungsstrukturen nutzbar zu machen, liefert Wittneben (1994), die in ihr Modell der multidimensionalen Patientenorientierung Orems Überlegungen zur Selbstpflege bzw. zum Selbstpflegedefizit integriert hat.

Theorien haben des Weiteren die Funktion, zentrale Annahmen zu klären und dadurch eine Disziplin von Nachbardisziplinen abzugrenzen. Ruddy (1998) hebt hervor, dass es den allgemeinen Pflege-theorien gelungen sei, genau dieses Ziel zu erreichen.

Aber auch auf der Ebene der Pflegepraxis können allgemeine Theorien wirksam werden, gehört doch zu ihren Aufgaben die Klärung des Selbstverständnisses der Pflege, ihrer Ziele und Wertsetzungen. Konzepte wie »Aktivitäten des täglichen Lebens« und »Selbstpflegedefizit« sind heute nicht nur in der bundesdeutschen Pflegepraxis weit verbreitet. Interessant wäre es, systematisch zu klären, ob und inwieweit mit der Übernahme dieser Begrifflichkeiten auch ein Perspektivwechsel in der Pflegepraxis vollzogen worden ist. Einen Einfluss auf das Verständnis von Pflege können allgemeine Theorien dann nehmen, wenn sie als Reflexionsfolie herangezogen werden, um die vorgefundene Wirklichkeit zu analysieren (Gericke 2002, 10).

Theorien mittlerer und geringer Reichweite sind auf der Ebene der Handlungs-

orientierung wichtig und hilfreich. Liehr und Smith (1999) betonen, dass Theorien mittlerer Reichweite in besonderer Weise geeignet seien, die Entwicklung einer Wissensbasis zu unterstützen, an der Kunst und Wissenschaft, Forschung und Praxis gleichermaßen beteiligt sind. Theoriebestände, die auf dieser Grundlage beruhen, treffen situations-, prozess- und interaktionsorientierte Aussagen. Es ist zu erwarten, dass diese eher in der Lage sind, die Handlungsebene betreffende Fragen aus der Pflegepraxis zu beantworten. Weitere Anstrengungen sind zu unternehmen, um diesen Bereich auszubauen.

Theorien mittlerer bzw. geringer Reichweite und allgemeine Theorien haben ihre je eigenen Funktionen. Sie ergänzen sich gegenseitig, können sich aber nicht ersetzen.

Klassifikationssysteme

In der pflegewissenschaftlichen Diskussion hat in den letzten Jahren die Entwicklung und Auseinandersetzung mit Pflegeklassifikationen vermehrt Aufmerksamkeit erhalten. Es entsteht der Eindruck, dass die Begeisterung, die vormalig den Pflege-theorien zukam, sich nun den Klassifikationsbestrebungen zuwendet. Auch hinsichtlich des Anspruches, den Gegenstandsbereich der Pflege zu definieren, gibt es Überschneidungen mit allgemeinen Pflege-theorien. Während jedoch die Theorieentwicklung darum bemüht ist, Zusammenhänge zwischen pflegerelevanten Phänomenen aufzudecken, erfolgt die Erfassung des Gegenstandsbereiches der Pflege im Rahmen der Klassifikationssysteme durch möglichst umfassende Auflistung und Definition relevanter Begrifflichkeiten. »Nursing terminologies can be viewed as defined, structured sets of terms that represent the phenomena of concern to nurses: patient conditions, states, behaviours and concerns, nursing diagnoses and interventions, and outcomes of care« (Casey 2002, 241). Mittlerweile sind eine Vielzahl von Taxonomien – dieser Begriff wird im folgenden synonym mit dem Terminus »Klassifikationssysteme« gebraucht – entstanden.⁴ Drei Beispiele möchte ich vorstellen.

Wie die Entwicklung der Pflegetheorien nahm auch die Entwicklung von Klassifikationssystemen in den USA ihren Ausgang. Den Anfang machten Klassifikationssysteme für Pflegediagnosen. 1973 fand die erste »National Conference on Classification of Nursing Diagnoses« in der St. Louis University statt. Diese frühen Anstrengungen wurden veranlasst durch die zunehmende Digitalisierung der Patientenakten im Krankenhaus sowie durch die Frage nach der Rolle professioneller Pflegekräfte in der Klinikambulanz. Die bisherige Verfahrensweise, beispielsweise Patientenzustände beschreibend zu erläutern bzw. auf medizinische Terminologie zurückzugreifen, hatte sich als wenig hilfreich erwiesen, da zum einen die zunehmende Computerisierung standardisierte Begrifflichkeiten verlangte und zum anderen die medizinische Terminologie nicht ausreicht, die Belange der Pflege wiederzugeben.

1982 kam es zur Gründung der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), in der US-amerikanische und kanadische Pflegenden gemeinsam an einer Klassifikation der Pflegediagnosen arbeiteten. Ab Mitte der 1980er Jahre beteiligten sich auch Pflegenden aus dem asiatischen und europäischen Raum daran (Gordon 2002, 9 ff.).

Zur Identifikation von Pflegediagnosen zogen die Teilnehmer der ersten Konferenzen primär Erfahrungen aus der Pflegepraxis sowie pflegetheoretische Positionen heran. Seit 1982 können Vorschläge für Pflegediagnosen oder für Veränderungen bereits akzeptierter Diagnosen von jeder Pflegeperson eingebracht werden. NANDA gibt allerdings ein bestimmtes Evidenz-Level vor, das neu vorgeschlagene Diagnosen erreichen müssen, bevor sie für den Aufnahmeprozess zugelassen werden (NANDA 2003).

Von einem sehr frühen Zeitpunkt an wurden Diagnosen als Konzepte (concepts) verstanden und nicht nur als nützliche Etiketten eines Kodiersystems. Der Begriff des diagnostischen Konzeptes verweist auf den theoretischen Hintergrund zur Bestimmung des Patientenproblems, dessen Bedeutung für die Interpretation der Daten und die damit verbundenen

Schlussfolgerungen (Gordon, Bartholomeyczik 2001, 5). Eine NANDA-Pflegediagnose besteht aus dem Titel, der Definition, den Kennzeichen oder Merkmalen und den Risikofaktoren und wird folgendermaßen definiert: »Pflegediagnosen stellen eine klinische Beurteilung der Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme/ Lebensprozesse dar. Pflegediagnosen bilden die Grundlage für die Auswahl pflegerischer Interventionen, um Ziele zu erreichen, für welche die Pflegekraft verantwortlich ist« (Carroll-Johnson in: Gordon, Bartholomeyczik 2001, 13).

Der erste theoretische Rahmen, der der Klassifikation der NANDA-Diagnosen zu Grunde lag, entstand als Ergebnis eines Einigungsprozesses amerikanischer Pflegetheoretikerinnen, an dem u.a. Margaret Newman, Martha Rogers, Dorothea Orem und Imogene King beteiligt waren. Diese verständigten sich unter der Leitung von Callista Roy auf ein Kategorienraster bestehend aus neun menschlichen Verhaltensmustern (human response patterns), die sie von Martha Rogers Vorstellungen eines einheitlichen Menschen ableiteten (NANDA 2003). Kritische Stimmen aus der Praxis bewegten die NANDA später dazu, diesen Klassifikationsrahmen zugunsten der von Gordon identifizierten elf menschlichen Reaktionsmuster (functional health patterns) aufzugeben. Gordon (2002, 20) sieht die Klassifikationssysteme in der Pflege als Bausteine für die Pflegewissenschaft. Auf der Grundlage von Klassifikationssystemen können, so die Autorin, Forschungsfragen abgeleitet und Theorien mittlerer Reichweite entwickelt werden.

1987 wurde an der University of Iowa mit der Klassifikation von Pflegeinterventionen (Nursing Intervention Classification – NIC) begonnen. Angestoßen wurde diese Arbeit durch die Diagnosebewegung, denn die Erhebung einer Diagnose wirft unmittelbar die Frage nach den daraus folgenden Konsequenzen auf. Bis zur Entwicklung von NIC war es nicht möglich, hierauf in einer standardisierten Sprache Antworten zu geben. Standardisierte Begrifflichkeiten erleichtern aber wesentlich die Erforschung des Zusammenhangs von

Diagnosen und Interventionen. Ein weiteres Anliegen bei der Entwicklung von NIC bestand darin, pflegerisches Handeln überschaubarer und damit auch finanziell kalkulierbar zu machen (McCloskey, Bulechek 2002, 32 ff.).

Mittlerweile liegt die NIC in der dritten Version vor, die Publikation einer vierten Überarbeitung ist für 2004 angekündigt. Als Pflegeintervention wurde von McCloskey und Bulechek (in: Bruggen v. d. 2002, 66) »jede Behandlung, die eine Pflegeperson auf der Grundlage ihres fachkundigen Urteils und ihres klinischen Wissens für einen Patienten ausführt« definiert. Jede in der NIC aufgeführte Intervention besteht aus einem Titel, einer Definition und einer Liste von Aktivitäten, die eine Pflegenden im Zusammenhang mit dieser Intervention durchführt. Der Titel und seine Definition gehören zur standardisierten Sprache, d.h. sie sollten bei allen Patienten und bezogen auf alle Situationen unverändert eingesetzt werden, während die Benennung der Aktivitäten situationsbezogen modifiziert werden kann. Die Nursing Interventions Classification wurde induktiv auf der Grundlage der existierenden Pflegepraxis entwickelt. So wurden u.a. Pflegelehrbücher und Krankenakten ausgewertet sowie erfahrene Pflegekräfte befragt (McCloskey, Bulechek 2000).

NIC beansprucht, Pflegehandlungen umfassend aufzunehmen, sowohl sehr einfache wie Haarpflege als auch hochkomplexe wie das Management der Betreuung von Menschen mit Demenz (McCloskey, Bulechek 2002, 35). NIC enthält sowohl Handlungen, die sich auf physiologische als auch Handlungen, die sich auf psychologische Aspekte beziehen. Es gibt Interventionen, die Aspekte der Behandlung von Krankheiten aufgreifen. Andere stehen im Zusammenhang mit Prävention oder mit Gesundheitsförderung. McCloskey und Bulechek (2002, 35) zufolge kann die NIC-Klassifikation in allen Feldern der Pflege eingesetzt werden, in der ambulanten Pflege ebenso wie auf der Intensivstation, in der Gerontologie ebenso wie in der Psychiatrie. Die Autorinnen vertreten dabei ein breites Verständnis von »Pflegeintervention«, das direkte Pflegehandlungen wie Wund-

management, Beratung und Gesundheitsförderung ebenso einschließt wie Interventionen, die sich eher indirekt auf den Patienten richten, beispielsweise die Entwicklung eines Critical Pathway oder die Durchführung einer multidisziplinären Fallbesprechung.

Obwohl die NIC-Klassifikation als Gesamtkonzept beansprucht, speziell die Domäne der Pflegehandlungen zu beschreiben, räumen deren Konstrukteurinnen ein, dass einzelne Interventionen außer von Pflegenden auch von anderen Professionen im Gesundheitswesen durchgeführt werden.

Auch McCloskey und Bulechek (2000) verstehen die von ihnen zusammengestellten Termini zur Benennung der Interventionen als »concepts«, die von den dazu gehörenden Definitionen und Aktivitäten beschrieben werden. Im Zusammenhang mit der Bedeutung der NIC für die Entwicklung von Pflegetheorien weisen die Autorinnen diesen Begrifflichkeiten den Status von »lexical elements for middle-range theories in nursing« (McCloskey, Bulechek 2000) zu.

Bemerkenswert ist der hohe Stellenwert, den McCloskey und Bulechek (2000) den Interventionen innerhalb des pflegerischen Feldes zuschreiben. Ihrer Meinung nach wird die Pflege als Disziplin durch die Pflegehandlungen identifiziert. Alle anderen Aspekte der pflegerischen Praxis seien abhängig von Pflegeinterventionen und letztlich zweitrangig. Diese Bestimmung erinnert fatal an ein atheoretisches Verständnis von Pflege, in dem Pflege sich durch den Handlungsvollzug definiert und Fragen beispielsweise nach der Begründung professionellen Handelns oder das jeweilige Verständnis von der Person mit Pflegebedarf kaum eine Rolle spielen. Jedoch kann erst durch das Vorhandensein einer Konzeption der Pflege entschieden werden, ob das, was Pflegenden tun, als Pflege verstanden werden kann und soll. Das in der NIC aufscheinende Verständnis vernachlässigt die bereits 1980 formulierte Definition von Pflege der American Nurses Association (ANA), wonach »Pflege Diagnose und Therapie menschlicher Reaktionen auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme ist« (Gordon,

Bartholomeyczik 2001, 10). Eine übergeordnete Bedeutung von Pflegeinterventionen ist aus dieser Definition kaum abzuleiten.

McCloskey und Bulechek (2000) gehen davon aus, dass die Entwicklung von Klassifikationssystemen für Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und Pflegeergebnisse eine neue Ära der Theoriebildung einleitet, die gekennzeichnet ist durch die Abwendung von allgemeinen Theorien und einhergeht mit einer Hinwendung zu Theorien mittlerer Reichweite. Zugleich betonen sie, dass NIC vor dem Hintergrund jeder Pflegetheorie oder philosophischen Orientierung eingesetzt werden kann.

Erste Anstrengungen zur Klassifikation von Pflegeergebnissen wurden bereits von Florence Nightingale unternommen. Der zunehmende gesundheitspolitische und ökonomische Druck fokussierte in der Mitte der 1980er Jahre in den USA den Blick auf den Nachweis der Effektivität pflegerischen Handelns. In diesem Kontext begann ein Forscherteam an der University of Iowa 1991 die Entwicklung der Nursing Outcomes Classification (NOC). Eine erste Fassung wurde 1997 publiziert, im Jahr 2000 folgte eine zweite überarbeitete Version.

Die NOC-Outcomes sind im eigentlichen Sinne keine Pflegeergebnisse, sondern Patientenergebnisse, da sie Patientenzustände benennen. Dies schlägt sich in der Definition nieder: »nursing-sensitive patient outcome (is) a measurable patient or family state, behavior, or perception, conceptualized as a variable, largely influenced by and sensitive to nursing interventions. A nursing-sensitive patient outcome is at the conceptual level. In order to be measured, the outcome requires identification of a series of more specific indicators. Nursing-sensitive patient outcome define the general patient state, behavior, or perception resulting from nursing interventions« (Johnson et al. Ed. 2000, 25).

Die NOC enthält pflegesensitive Ergebnisse aus allen pflegebezogenen Handlungsfeldern, aus dem Bereich der stationären und ambulanten Pflege ebenso

wie aus spezifischen medizinischen Fachdisziplinen.

Dem Titel eines Pflegeergebnisses sind eine Definition und Indikatoren zugeordnet. Die Indikatoren stellen neutrale Beschreibungen von Verhaltensweisen, Einstellungen und Funktionen dar. Mittels einer Likert-Skala kann der Ausprägungsgrad jedes einzelnen Indikators in positiver und negativer Richtung differenziert werden. Die Autorinnen weisen darauf hin, dass Validität und Reliabilität der Skalen, deren Bewertungsaspekte pflegeergebnisbezogen differieren, bislang nicht ausreichend geprüft worden sind. Die NOC-Taxonomie wurde induktiv und deduktiv entwickelt. Als Grundlage dienten primär u.a. Pflegelehrbücher, Pflegepläne, Pflegeleitfäden und Pflegestandards. Die identifizierten pflegesensitiven Ergebnisse wurden in einen konzeptuellen Rahmen eingeordnet. Dieser besteht aus acht Kategorien, die aus medizinischen Outcome-Studien und aus pflegerischer Fachliteratur abgeleitet wurden. Nachfolgend begann man, die Validität der Pflegeergebnisse in klinischen Feldstudien zu testen.

Der Zustand eines Patienten wird potentiell durch die Anstrengungen aller beteiligten Professionen beeinflusst. In diesem Sinne enthält NOC Indikatoren, von denen erwartet wird, dass sie nicht ausschließlich, aber doch in beachtlichem Umfang auf pflegerisches Handeln zurückzuführen sind (Johnson et al., ed. 2000, 3 ff.).

Meridian et al. (2002, 59) weisen darauf hin, dass die Möglichkeit zur Beteiligung an der Diskussion um NOC, beispielsweise durch die Eingabe von Vorschlägen zur Veränderung einzelner Outcomes, bislang kaum von Experten außerhalb Nordamerikas genutzt wurde. So ist es nicht verwunderlich, dass die in der NOC aufgelisteten Pflegeergebnisse den Verantwortungs- und Zuständigkeitsrahmen US-amerikanischer Pflegekräfte widerspiegeln. Beispielsweise reflektieren Ergebnistitel wie »Immunstatus« oder »Gerinnungsstatus« die Übernahme von Aufgabebereichen, die bei uns der medizinischen Domäne zugerechnet werden. Ähnlich wie NIC versteht auch NOC die

entsprechenden Ergebnistitel als »concepts«, die im Rahmen der Entwicklung von Theorien mittlerer Reichweite als lexikalische Elemente genutzt werden können (Johnson et al. Ed. 2000, 16).

Seit 1997 gibt es Bestrebungen, NANDA-Diagnosen, NIC und NOC miteinander in Beziehung zu setzen. Auf der Ebene eines Einigungsprozesses beteiligter Expertinnen und Experten ist die Synthese bereits weitgehend gelungen. Es bedarf allerdings weiterer Forschung, um die auf diesem Weg gefundenen Verbindungen zwischen den Klassifikationssystemen zu testen.

Klassifikationssysteme und Pflegetheorie

Während es den frühen Theorieansätzen darum ging, die Pflegepraxis zu verstehen und zu leiten, geht es den Klassifikationssystemen darum, diese möglichst umfassend zu erfassen. Gemeinsam ist beiden Zugängen, dass sie Anstrengungen unternehmen, das Feld der Pflege abzustecken; die einen eher normativ, die anderen stärker deskriptiv.

Das Verhältnis von Pflegeklassifikationssystemen zu Pflegetheorie wird uneinheitlich interpretiert. Für Chinn und Kramer (1996, 57) stellt die Anerkennung der Pflegediagnosen die Umsetzung einer theoretischen Auffassung über die Pflege dar. Kirkevoll (1997, 13) ordnet NANDA-Pflegediagnosen in einem historischen Überblick gleichberechtigt neben Pflegetheorien ein. Demgegenüber warnt Steppe (1995, 61) davor, Pflegediagnosen mit theoretischen Modellen der Pflege zu verwechseln.

Dickoff et al. (in Gordon, Bartholomeyczik 2001, 448 ff.) bringen die Schritte der Theorieentwicklung in eine hierarchische Reihenfolge. In einem ersten Schritt seien relevante Phänomene zu identifizieren und zu benennen. Dieser Stufe der Faktorenidentifikation folge eine zweite, auf der Zusammenhänge zwischen den Faktoren beschrieben werden. Die so entwickelte deskriptive Theorie könne zu einer Theorie der dritten Ebene ausgebaut werden, die eine Prognosestellung beinhalte. Die höchstmögliche vierte Theorie-

ebene setze auf die vorherigen Theorieentwicklungsschritte auf, könne den Charakter einer präskriptiven Theorie beanspruchen und normative Aussagen begründet formulieren. An diese Vorstellungen anknüpfend, erwarten McCloskey und Bulechek (2000), dass es mit zunehmendem Wissen um die Verbindung von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen möglich sein wird, präskriptive Theorien für die Pflegepraxis zu entwickeln.

Wenn mit Spinner (1974, 1488) davon auszugehen ist, dass »alle Erkenntnis theoriegeleitet, theorieimprägniert und deshalb auch mehr oder weniger theorieabhängig ist«, dann ist es erforderlich, den ersten Schritt der Theorieentwicklung, den der Faktorenidentifikation, noch einmal näher anzuschauen. Zu klären ist, auf welcher Grundlage Phänomene als relevant identifiziert werden können. Welcher Maßstab kann zugrunde gelegt werden, wenn es darum geht zu entscheiden, Begrifflichkeiten in eine Pflegeklassifikation aufzunehmen bzw. auszuschließen?

Gordon und Bartholomeyczik (2001, 89 ff.) erläutern ausführlich die Relevanz theoretischer Vorannahmen für den diagnostischen Prozess. An dem Beispiel ausgewählter Modelle wie dem Lebensprozess-Modell (Rogers), dem Adaptationsmodell (Roy), dem Verhaltenssystemmodell (Johnson) sowie dem Selbstfürsorgemodell (Orem) wird das je differierende Verständnis von Pflegediagnostik und der spezifische Fokus hinsichtlich der Bestimmung einer Pflegediagnose erkennbar.

Was bedeutet das nun für die Bestimmung von Pflegediagnosen? Laut Gordon und Bartholomeyczik (2001, 13) »liegt die eigentliche Schwierigkeit bei der Definition der Verhältnisse, die durch Pflegediagnosen bezeichnet werden, in einem theoretischen Pluralismus«. Der theoretische Pluralismus ist aus verschiedenen Gründen nicht überwindbar. In praktischer Hinsicht erweist sich die Pflegepraxis als sehr komplex, so dass es kaum einer einzigen perspektivisch gebundenen Betrachtung gelingen könnte, ihr gerecht zu werden. In wissenschaftstheoretischer Hinsicht ist seit der Diskussion um die

Postmoderne, die durch Lyotard stark beeinflusst worden ist, kein Argumentationsverfahren mehr legitim, das einer spezifischen Perspektive die alleinige Definitionsmacht einräumen würde. Damit stellt sich die Frage nach dem Umgang mit dem Theorienpluralismus.

Wie könnte dieser Umgang beispielsweise bei der Identifikation von Patientenzuständen als Pflegediagnose oder Pflegeergebnis aussehen? Zu entwickeln ist eine Praxis der Pluralität. Doch diese Forderung ist nicht leicht zu verwirklichen. Die Gefahren, die offensichtlich damit verbunden sind, bestehen neben einem oberflächlichen und durch persönliche Vorlieben gekennzeichneten Umgang bei der Auswahl einer theoretischen Perspektive und dem Rückbezug auf subjektive Theorien auch in dem Vertrauen auf empirische Evidenz. Bezogen auf pflege-relevante Klassifikationssysteme ist es kaum zu legitimieren, Kriterien für die Aufnahme oder den Ausschluss eines Phänomens ausschließlich theoretisch (evtl. gar aufgrund einer spezifischen theoretischen Position) oder ausschließlich empirisch zu begründen. Die theoretischen Positionen sowie die empirischen Beobachtungen sind jeweils auf ihre Voraussetzungen hin zu befragen. Dabei wird sich herausstellen, dass Pluralität keineswegs Beliebigkeit bedeutet.

Festzuhalten bleibt, dass alle Erkenntnis theoriegetränkt ist, mögen es ausformulierte oder subjektive Theorien sein, die ihren Trägern nur teilweise bewusst sind. Damit fließen bereits theoretische Vorstellungen auf der Ebene der Faktorenidentifikation ein, denn »hinsichtlich des durchgängigen, überall durchschlagenden theoretischen Charakters der menschlichen Erkenntnis unterscheiden sich wissenschaftliche und nichtwissenschaftliche Erkenntnis nur graduell« (Spinner 1974, 1486). Die Konstrukteurinnen von NIC thematisieren die Bedeutung der theoriebeeinflussten Wahrnehmung nicht, sondern vertrauen auf die empirisch vorfindbaren Gegebenheiten. Dies geht mit der Gefahr einher, dass das vermeintlich empirisch Evidente unbewusst vorherrschende Vorstellungen bestätigt, die ihrerseits aber implizit bleiben. Unter Beachtung der Annahmen von

Dickoff (in Gordon, Bartholomeyczik 2001, 448ff) erweist sich Theoriebildung damit als Spirale. Die Faktorenisolation ist theoriebeeinflusst und stellt zugleich die Grundlage für die Entwicklung von Theorien mit höherem Abstraktionsgrad dar, die ihrerseits die Bestimmung und Wahrnehmung weiterer Phänomene anregen und unterstützen. Hieran anknüpfend ist die durch die Klassifikationsbewegung initiierte Identifikation und Beschreibung pflegebezogener Phänomene für weitere Theoriebildung von enormer Bedeutung. Dabei ist zu erwarten, dass die Konzepte der Pflegeklassifikationen im Sinne einer pluralen Theoriebildung in eine Vielzahl unterschiedlicher, sich teilweise widersprechender Theorien einfließen können.

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die Abwendung der Pflegewissenschaft von den amerikanischen Theorieimporten ist das Ergebnis einer Enttäuschung, da diese nicht das leisten konnten, was von ihnen erwartet wurde.

Zur gleichen Zeit fordert die gesundheitspolitische Entwicklung die Möglichkeit des Nachweises pflegerischer Diagnosen, Handlungen und Ergebnisse. Die geplante Einführung der DRGs hat die Diskussion um Pflegeklassifikationssysteme nachdrücklich befördert. Schaut man sich Publikationen in diesem Kontext an, drehen sich die Überlegungen schwerpunktmäßig um Konstruktionsprinzipien, Fragen der Validität und Reliabilität sowie um Umsetzungsschwierigkeiten. Die theoretischen Hintergründe werden nur vereinzelt beachtet.

Eine nähere Betrachtung weist aber den Zusammenhang zwischen allgemeinen Theorien bzw. Theorien mittlerer Reichweite und Klassifikationssystemen auf und macht deren enge Beziehung deutlich. Sichtbar geworden ist das Zusammenspiel von Forschung und Theoriebildung bei der Produktion von Wissen sowie die Rolle, die Klassifikationssysteme an dieser Stelle spielen können. Angedeutet wurde auch die Problematik, die dann entsteht, wenn die Theorieebene vernachlässigt

wird, wie das bei der Konstruktion von NIC weitgehend der Fall zu sein scheint.

Gerade in Zeiten des Umbruchs ist es erforderlich pflegerisches Entscheiden und Handeln begründen zu können. Dazu bedarf es theoretisch begründeter Positionen sowie empirisch fundierter Erkenntnis. Es wäre fatal, in einer solchen Situation die Auseinandersetzung mit und die Entwicklung von Pflegetheorien – auch allgemeiner Pflegetheorien – aufzugeben.

Prof. Dr. Renate Stemmer

Katholische Fachhochschule Mainz
Fachbereich Pflege und Gesundheit
Saarstr. 3
55122 Mainz
stemmer@kfh-mainz.de

Anmerkungen

- 1 Das Verständnis von Theorie, konzeptuelles Modell, Metaparadigma etc. im pflegewissenschaftlichen Diskurs ist durch die Definitionen von Fawcett erheblich irritiert worden und hat zu einer lebhaften Diskussion geführt. Vgl.: Friesacher, Rux-Haase (1998), Schnepf (1997), Greb (1997)
- 2 Vereinzelt Berichte von Erfahrungen mit der Umsetzung von Pflegetheorien stammen nicht selten von Absolventinnen von Pflegestudiengängen wie Streyl (2001), die den Selbstpflegeansatz von Orem als Strukturierungshilfe bei der pflegerischen Intervention in Familien mit einem chronischen kranken Kind einsetzt oder Albrecht (2002), die Peplaus Vorstellungen von psychodynamischer Pflege als theoretischen Rahmen bei der Pflege von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen nutzbar macht.
- 3 Beispielsweise sucht man in Martha Rogers (1997) theoretischen Grundlagen der Pflege einen Handlungsbezug vergebens. Zugleich gehen ihre Ausführungen weit über die Pflege hinaus.
- 4 Eine kurze Einführung in verschiedenen Klassifikationssystemen findet sich in dem Tagungsband der Sonderkonferenz der Organisationen für gemeinsame europäische Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse in Wien (Oud [Hrsg.] 2002). Van der Bruggen (2002) stellt in einer Einführung in Pflegeklassifikationen u.a. auch weniger verbreitete Beispiele aus den Niederlanden vor.

Literatur

- Albrecht, I. (2002): Peplau, Primary Nursing und Pflege in der Psychosomatik. *Pflegezeitschrift*, 55, 8, 571–575
- Benner, P.; Wrubel, J. (1997): *Pflege, Streß und Bewältigung*. Bern: Huber
- Bruggen, v. d. H. (2002): *Pflegeklassifikationen*. Bern: Huber
- Casey, A. (2002): Standardization and nursing terminology. In: Oud, N. (Hrsg.): *ACENDIO 2002*. Bern: Huber, 241–251
- Chinn, P.; Kramer, M. (1996): *Pflegetheorie*. Berlin: Ullstein Mosby
- Cody, W.K. (1997): Of tombstones, milestones, and gemstones. A retrospective and prospective on nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, 10, 3–5
- DeKeyser, F.; Medoff-Cooper, B. (2001): A non-theorist's perspective on nursing theory: Issues of the 1990s. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 15, 4, 329–341
- Friesacher, H.; Rux-Haase, A. (1998): Der Paradigmenbegriff in der Pflegewissenschaft: Teil 1 und Teil 2. *Pflege*, 11, 15–20 / 61–70
- Gericke, A. (2002): »Das gibt's nicht überall«. *Heilberufe* 54, 11, 10–11
- Gordon, M. (2002): The NANDA Taxonomy II. In: Oud, N. (Hrsg.): *ACENDIO 2002*. Bern: Huber, 9–29
- Gordon, M.; Bartholomeyczik, S. (2001): *Pflegediagnosen*. München: Urban & Fischer
- Greb, U. (1997): *Das Metaparadigma der Pflege*. Dr. med. Mabuse, 109, 60–65
- Johnson, M., et al. Ed. (2000): *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 2nd Ed. St. Louis: Mosby
- Kelle, U. (1994): *Empirisch begründete Theoriebildung*. Weinheim: Deutscher Studien Verl.
- Kirkevold, M. (1997): *Pflegetheorien*. München: Urban und Schwarzenberg
- Liehr, P.; Smith, M.J. (1999): Middle-range theory: Spinning research and practice to create knowledge for the new millennium. *Advances in Nursing Science*, 21, 81–91
- McCloskey, J. C.; Bulechek, G. M. (2002): *Nursing Interventions Classification (NIC)*. In: Oud, N. (Hrsg.): *ACENDIO 2002*. Bern: Huber, 31–44

- McCloskey, J.C.; Bulechek, G.M. (2000): Nursing Interventions Classification www.nursing.uiowa.edu/cnc (11.04.2003)
- Meleis, A. I. (1999): *Pflegetheorie*. Bern: Huber
- Meridian.L. et al. (2002): Clinical adequacy of NOC outcomes. In: Oud, N. (Hrsg.): *ACENDIO 2002*. Bern: Huber, 45–64
- Moers, M.; Schaeffer, D. (2000): *Pflegetheorien*. In: Rennen-Allhoff, B.; Schaeffer, D. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa, 35–66
- Moers, M. u.a.(1997): *Pflegetheorien aus den USA – Relevanz für die deutsche Situation*. In: Schaeffer Doris u.a. (Hrsg.): *Pflegetheorien*. Bern: Huber, 281–295
- NANDA (2003): *History*. www.nanda.org (10.04.2003)
- Oud, N. (Hrsg.) (2002): *ACENDIO 2002*. Bern: Huber
- Rogers, M. (1997): *Theoretische Grundlagen der Pflege*. 2. überarb. Aufl. Freiburg/Breisgau: Lambertus
- Rutty, J. E. (1998): The nature of philosophy of science, theory and knowledge relating to nursing and professionalism. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 2, 243–250
- Schnepf, W. (1997): *Perspektiven der Pflegewissenschaft*. *Pflege*, 10, 96–101
- Schröck, R. (1997): *Des Kaisers neue Kleider? Bedeutung der Pflegetheorien für die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland*. Dr. med. Mabuse, 107, 39–45
- Spinner, H. (1974): *Theorie*. In: Krings, H. u.a. (Hrsg.): *Handbuch philosophischer Grundbegriffe*. München: Kösel
- Stemmer, R. (2002): *Die Zukunft der Pflege zwischen Ökonomisierung und (De-) Professionalisierung*. *PR-Internet*, 4, 4, 82–91
- Stemmer, R. (2001): *Grenzkonflikte in der Pflege. Patientenorientierung zwischen Umsetzungs- und Legitimationsschwierigkeiten*. Frankfurt/M: Mabuse
- Steppe, H. (2000): *Zur Situierung und Bedeutung von Pflegetheorien in der Pflegewissenschaft*. *Pflege*, 13, 91–98
- Steppe, H. (1995): *Auswirkungen auf Pflegekonzepte*. In: Höhmann, U. (Hrsg.): *Pflegediagnosen*. Eschborn: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)
- Streyll, H. (2001): *Pflegetheoretisch gestützte Intervention in Familien mit einem chronisch kranken Kind*. *Kinderkrankenschwester*, 20, 1, 23–26
- Weidner, F. (2003): *Pflegewissenschaft ist eine Notwendigkeit*. *Pflege Aktuell*, 56, 1, 22–26
- Wittneben, K. (1994): *Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft*. 3. Aufl. Frankfurt/M.: Lang