

Martin W. Schnell, Christine Dunger

## Zur Bedeutung der Pflegetheoriebildung aus phänomenologisch-hermeneutischer Sicht

The relevance of theory building in nursing – a phenomenological-hermeneutical perspective

The article addresses the importance of theory building within the nursing profession from a phenomenological-hermeneutical perspective, including the past 20 years. For this purpose, we first clarify the assumed perspective, i.e. hermeneutics' and phenomenology's basic assumptions are presented, regarding them as two converging disciplines. After this, the function of nursing theory building in practice and research will be discussed. We also broach its development of the last decades and address future challenges and developments. Phenomenology and hermeneutics both advocate that empirical theorization integrates self-interpretation and implicit knowledge. This corresponds to the fact that persons, groups and living worlds do not only occur as objects in the formation of a theory. They need to be seen as subjects, who articulate their own view and experiences.

### Keywords

theory building, phenomenology, hermeneutics, self-interpretation, implicit knowledge

Der Artikel betrachtet die Bedeutung der Theoriebildung der letzten 20 Jahre innerhalb der Pflege aus phänomenologisch-hermeneutischer Sicht. Hierzu wird zunächst die eingenommene Perspektive verdeutlicht, d. h. Hermeneutik und Phänomenologie werden als zwei, konvergierende Disziplinen in ihren Grundannahmen vorgestellt. Nach dieser Klärung, wird auf die Funktion von pflegerischer Theoriebildung in Praxis und Forschung eingegangen, ihre Entwicklung der letzten Jahrzehnte thematisiert sowie zukünftigen Herausforderungen und Entwicklungen aufgegriffen. Phänomenologie und Hermeneutik setzen sich jeweils dafür ein, dass Theoriebildung Selbstinterpretation und implizites Wissen integriert. Dem entspricht, dass Personen, Gruppen und Lebenswelten nicht nur als Objekte in der Theoriebildung vorkommen, über die gesprochen wird, sondern auch als Subjekte, die selbst zur Sprache und damit zur Artikulation ihrer Eigensicht gelangen.

### Schlüsselwörter

Theoriebildung, Phänomenologie, Hermeneutik, Selbstinterpretation, implizites Wissen

In diesem Artikel soll die Bedeutung der Pflegetheoriebildung der letzten 20 Jahre in Deutschland aus phänomenologisch-hermeneutischer Perspektive betrachtet werden. Als zeitlichen Einschnitt wählen wir das Jahr 1998 und damit die Publikation der Beiträge des ersten internationalen Pflegetheorienkongress in Nürnberg (vgl.: Osterbrink

1998). Dieser Kongress stand bekanntlich im Zeichen der Frage, wie eine Theoriebildung innerhalb der Pflege in Deutschland möglich wäre, ohne nur etablierte anglo-amerikanische Konzepte übernehmen zu wollen. Bevor wir uns dieser Frage und ihrer Beantwortungsgeschichte zuwenden, wollen wir zunächst die Perspektive verdeutlichen im Lichte derer wir jene betrachten. Die Rede von einer phänomenologisch-hermeneutischen Sicht ist dabei wörtlich zu verstehen. Demnach handelt es sich bei Phänomenologie und Hermeneutik um zwei Disziplinen, die in bestimmten Hinsichten konvergieren. In diesem Sinne entwickelte Paul Ricoeur bereits 1975 eine hermeneutische Phänomenologie. Deren wesentliche Grundannahmen und ihre Bedeutung für die Pflege machen die Perspektive aus, von der aus die Pflegetheoriebildung in den Blick genommen wird.

Grundsätzlich nicht in Betracht ziehen wir nachfolgend die sog. neue Phänomenologie von Hermann Schmitz. Diese denkt alle Sinnbildung von einer Unmittelbarkeit eines Spürens aus und ist daher mit der Theorie Ricoeurs, die an die auf Husserl und Dilthey zurückgehenden Grundbegriffe Intention und Interpretation anknüpft, völlig inkompatibel.

## 1. Die phänomenologisch-hermeneutische Perspektive

### 1.1 Hermeneutik: Wilhelm Dilthey (1833-1911)

Das 19. Jahrhundert in Europa verzeichnet einen Aufschwung, wenn nicht einen Siegeszug der Naturwissenschaften, der Mathematik und der Medizin. Für ihn stehen neben vielen anderen Personen wie Rudolf von Virchow, Robert Bosch, Kurt Gödel und in der Nachfolge Alexander Fleming und Albert Einstein. Angesichts dessen fragte sich Wilhelm Dilthey, welchen Status Wissenschaften wie Historiographie, Kunstgeschichte, Philosophie und Psychologie haben. Dilthey nannte diese Geisteswissenschaften im Unterschied zu den Naturwissenschaften (von denen sich heute noch die Ingenieurwissenschaften, die Sozialwissenschaften und die Biowissenschaften ausdifferenziert und hinzugefügt haben). Eine Geisteswissenschaft zeichnet sich dadurch aus, dass sie es mit einem Verstehen von Lebensäußerungen zu tun hat, die eine durchlebte Erfahrung zum Ausdruck bringen. Das Verstehen richtet sich auf das eigene Leben und das anderer Personen. „*Wir verhalten uns gegenüber dem Leben, dem eigenen so gut als dem fremden, verstehend.*“ (Dilthey 1981: 242) Das Verstehen kann nicht umgangen werden, denn „*der Mensch lernt sich nur auf dem Umweg des Verstehens selbst kennen.*“ (ebd.: 99) Dieses Motiv, das auch der im Jahre 1900 erschienen Traumdeutung Sigmund Freuds zugrunde liegt, räumt der Hermeneutik einen Universalitätsanspruch ein, wie Hans Georg Gadamer später formulierte. Die hermeneutische „*Auslegung ist überall gefordert, wo etwas fremd ist, das die Kunst des Verstehens zu eigen machen soll.*“ (278)<sup>1</sup>. Verstehen, Auslegen und Interpretieren sind die zentralen hermeneutischen Operationen.

<sup>1</sup> Aus Sicht der Ethnologie als einer Wissenschaft vom Fremden ist das hermeneutische Anliegen der Vernichtung von Fremdheit kritisch zu sehen. Dieser Gesichtspunkt wird an anderer Stelle weiterverfolgt (vgl.: Schnell 2014).

Dilthey bezieht sich auf F.D. Schleiermacher, der die Hermeneutik als Disziplin eingeführt hatte. Gegenüber seinem Vorläufer bringt Dilthey entscheidende Differenzierungen zur Geltung. Demnach ist das Verstehen eine Operation, die sich nicht nur auf akademische Sinngehalte wie die Auslegung von theologischen oder juristischen Texten bezieht, sondern auf das Dasein selbst (vgl. zu dieser Differenzierung: Vedder 2000). Der Lebensvollzug ist ein Verstehen, weil der Mensch ein Wesen ist, das sich, wie Charles Taylor betont, als ein zu verstehendes aufgegeben ist. Martin Heidegger spricht daher vom „*Da-sein als Verstehen*“ (Heidegger 1979: 142) Das Anliegen des Verstehens ist somit nicht mehr in erster Linie die Deutung von Texten, sondern die Interpretation der Wirklichkeit.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts etablierten sich mit Dilthey nicht nur die moderne Hermeneutik und die analytische Philosophie Gottlob Freges (auf die wir an dieser Stelle nicht eingehen, vgl. dazu: Dummett 1992), sondern auch die Phänomenologie. Phänomenologie und Hermeneutik zählen zu den wichtigsten Disziplinen der Philosophie des 20. Jahrhunderts (vgl.: Rentsch 2014).

## 1.2 Phänomenologie: Edmund Husserl (1859-1938)

Der Begründer der modernen Phänomenologie ist Edmund Husserl. Obwohl der Begriff der Phänomenologie durch Hegel bereits vorgeprägt war, kommt es bei Husserl der Sache nach zu entscheidenden Differenzierungen. Während Hegel die Phänomenologie als Selbstentfaltung des Geistes bis hin zu einem absoluten Wissen führt, betrachtet Husserl die Phänomenologie als Wissenschaft von der Erfahrung des Bewusstseins, die dem Bewusstsein selbst zugänglich ist und bleibt.<sup>2</sup> Als zentrales Konzept führt Husserl die Intentionalität des Bewusstseins ein. Er übernimmt diesen Begriff von seinem Lehrer F. Brentano und richtet ihn neu aus.

Intentionalität besagt: jeder Akt (Wahrnehmen, Tun, Wollen, Urteilen etc.) meint stets etwas (einen Gegenstand) als etwas bzw. wie, also in einer bestimmten Weise (vgl. Husserl 1971: §24). Wir sehen das Messer zu Hause als auf dem Tisch liegend, wir sehen es hingegen im Theater als Instrument der Ermordung Caesars. Wir denken an Napoleon als den Sieger der Schlacht von Jena und Auerstedt. Wir träumen von einem Leben, das uns unsterblich machen wird. Stets ist in der Sinnbildung eine Dreierstruktur auszumachen, denn der Bezug eines Aktes auf einen Gegenstand ist durch ein Wie vermittelt. Heidegger betont, dass das Besondere der Phänomenologie gar darin liege, „*Aufschluß über das Wie*“ (Heidegger 1979: 34) zu geben. Eine Folge dessen ist, dass ein direkter und unvermittelter Zugriff des Bewusstseins auf die Welt ausgeschlossen ist, weil jeder Bezug durch eine Deutung (etwas als etwas, so und nicht anders) vermittelt wird. Das Wie ist ein selektives Ordnungsschema im Lichte dessen das Selbst, die Anderen und die Welt erfahren wird. Aus dieser Annahme leitet Husserl weitreichende Konsequenzen ab.

<sup>2</sup> Es ist nicht zu leugnen, dass Husserl demgegenüber immer wieder Motive eines Idealismus aufnimmt, die die Grenzen einer endlichen Vernunft überspielen sollen. Dieser Gesichtspunkt wird an anderer Stelle weiterverfolgt (vgl.: Schnell 2002).

Alle Erlebnisse sind intentional, d. h. auf einen Inhalt bezogen. Die alte, bereits bei Locke und Kant zu findende Unterscheidung zwischen subjektiver Innenwelt des Erlebens und objektiver Außenwelt der Dinge entfällt. Sie ist eine Variation der cartesianischen Scheidung von Natur und Geist gegen die sich Husserl insgesamt wendet (vgl. Husserl 1976: §§11, 21ff). Intentionalität ist eine dreigliedrige Struktur, keine Tätigkeit, die man absichtlich tun oder lassen könnte. Alle Gegenstände sind intentionale Gegenstände (vgl. Husserl 1984: 439). „*Der Gegenstand ist gemeint, d. h. das ihn Meinen ist Erlebnis.*“ (ebd.: 386) Empfindungen sind Elemente von Erlebnissen, aber selbst keine Erlebnisse. „*Ich sehe nicht Farbempfindungen, sondern gefärbte Dinge, ich höre nicht Tonempfindungen, sondern das Lied der Sängerin usw.*“ (387).

Für Husserl enthält jedes intentionale Meinen „*ein Verstehen oder Deuten*“ (Husserl 1984: 79) von etwas. Damit ist eine Nähe zu und Überschneidung mit der Hermeneutik offenbar (vgl.: Schnell 2004). Weder das intentionale Meinen noch das hermeneutische Verstehen sind etwas, das jemand absichtlich tun oder lassen kann. Vielmehr zählen beide Operationen zum Vollzug des Daseins. Sie kommen zur Geltung solange das Dasein existiert.

### **1.3 Phänomenologie und Hermeneutik – Pour une Phénoménologie Herméneutique: Paul Ricoeur (1913-2005)**

Die bislang vorgeführte Konvergenz von Phänomenologie und Hermeneutik wird plausibel, wenn man sie aus der Sicht von Paul Ricoeur betrachtet. Immer wieder zeigte Ricoeur eine Verflechtung zwischen Hermeneutik und Phänomenologie auf (vgl. Ricoeur 1969: 11), sprach sich für eine hermeneutische Variante der Phänomenologie aus (vgl. Ricoeur 1991: 12) und plädierte geradezu „*für eine hermeneutische Phänomenologie*“ (Ricoeur 1986: 61). Wir werden im Folgenden einen kurzen Überblick auf die Position Ricours geben und dabei die Textstellen aus den maßgeblichen Arbeiten, die bisher nur in französischer und englischer Sprache vorliegen, um der Verständlichkeit willen ins Deutsche übertragen.

Die Konvergenz von Phänomenologie und Hermeneutik, die zu einer quasi neuen Richtung, nämlich einer hermeneutischen Phänomenologie führt, ist darin begründet, dass beide Disziplinen sich wechselseitig voraussetzen.

Somit gibt es zunächst „*phänomenologische Voraussetzungen jeder Hermeneutik*“ (Ricoeur 1986: 61; 1991: 38). Sie bestehen darin, dass die Phänomenologie die Sagbarkeit der Erfahrung aufweist, die Einbettung von Sprache in vorprädikative Erfahrungsstrukturen darlegt und eine Distanz zum unmittelbaren Erleben vorführt. Umgekehrt und ergänzend lassen sich „*hermeneutische Voraussetzungen der Phänomenologie*“ (ebd.: 69; 43) namhaft machen. Jede Erfahrung und Wahrnehmung enthält eine Deutung und Auslegung. Vorprädikative Erfahrungen drängen von sich aus zur Sprache. Erfahrungen kommen in sprachlichen Artikulationen zum Ausdruck und zur Geltung.

Insgesamt ist hervorzuheben, dass Ricoeur Sinn weder allein in stummer Intuition noch in einem linguistic turn verortet, sondern im Übergang von Erfahrung und Spra-

che und dass er die Herkunft des Gesagten aus einer sagbaren und zu sagenden Erfahrung hervorhebt (vgl.: Schnell 2002: 42f). Damit ist die Grundgestalt einer hermeneutischen Phänomenologie umrissen.

### Sinn im Übergang

Die hermeneutische Phänomenologie zeigt, dass und wie Sinn in den Übergängen zwischen Erfahrung und Sprache entsteht.

<i>Erfahrung</i>	<i>Sinn</i>	<i>Sprache</i>
= sagbare Deutung	Übergang	= Ausdruck von Erfahrungen
= vorprädikative Horizonte	Übergang	= Prädikation als Distanz

Diese Position ist für alle Theorien, Konzepte und Praktiken interessant, die es zu tun haben mit:

- durchlebten Erfahrungen, die sprachlich ausgedrückt, mitgeteilt, unter wechselnden Gesichtspunkten interpretiert werden,
- expliziten Aussagen und Regeln, die auf einen stummen Sinn, implizites Wissen und auf Habitualisierungen verweisen.

Diese Kennzeichnung trifft laut Hjördis Nerheim unter anderem auf die Pflege zu (2001).

## 2. Wissenschaftlichkeit und Theorien der Pflege

Nerheim geht davon aus, dass die Pflegewissenschaft eine Praxisdisziplin darstellt, deren Gegenstand die Praxis der Gesundheitsversorgung ist. Die Praxis der Gesundheitsversorgung beruht zum Teil auf stummem und implizitem Wissen, das zur Sprache zu bringen und zu verstehen ist. Nerheim bezieht sich dabei ausdrücklich auf den existentiellen Modus des Verstehens, wie er von Heidegger bis zu Ricoeur aufgefasst worden ist (vgl.: Nerheim 2001: 323ff). Es geht somit um eine explizite Theorie von implizitem Wissen, das in der behandlungs- und forschungsbezogenen Praxis zur Geltung kommt (vgl.: ebd.: 411ff). Im internationalen Kontext findet diese Annahme zahlreiche Entsprechungen.

Es ist bekanntlich Patrica Benner, die in ihrer Theorie an Phänomenologie und Hermeneutik anknüpft. In ihrer klassischen Modell From Novice to Expert bezog sie sich auf die leibphänomenologischen Untersuchungen von Herbert und Stuart Dreyfus. Nach einer Wende von der Profession zum Patienten stellte sie die existentielle Hermeneutik in den Mittelpunkt. Demnach geht es in der Pflege um Menschen, die keine bloßen Objekte, sondern vielmehr Subjekte der Selbstsorge sind. Pflege muss das, was diesen Subjekten wichtig ist, ernst nehmen und deshalb Theorien und Modelle entwickeln, die der „*phänomenologischen Sicht der Person (als eines) sich selbst interpretierenden Wesens*“ (Benner/Wrubel 1997: 64) Beachtung schenken. In der Folge

wurde diese Perspektive im anglo-amerikanischen Bereich vertieft, mal eher mit Betonung der phänomenologischen Anteile, mal mehr mit hermeneutischer Gewichtung (vgl.: Crotty 2000, Fleming et al. 2003).

Auch im deutschsprachigen Kontext findet diese immer auch ethische Perspektive Anklang. Ethisch ist die Perspektive, weil sie die Person und ihre Selbstinterpretation achtet und aufnimmt. Für dieses Anliegen seien, so zahlreiche Ausführungen, Phänomenologie und Hermeneutik geeignete Ausgangspunkte (vgl.: Schnepf 1997, Zielke-Nadkarni 1998, Schoppman/Pohlmann 2000).

Nachdem nun die grundlegende hermeneutisch-phänomenologische Perspektive ausgelegt worden ist, möchten wir in ihrem Licht die Theoriebildung innerhalb der Pflege betrachten. Dabei werden wir auf drei Fragen besonders eingehen:

1. Welche Bedeutung/Funktionen hat die Pflegetheoriebildung aus phänomenologisch-hermeneutischer Perspektive?  
Wie wird die Entwicklung der letzten 20 Jahre eingeschätzt und welche Folgerungen lassen sich daraus für Entwicklung von Pflege und Pflegewissenschaft in Deutschland ziehen?
2. Welche Herausforderungen bestehen und welche Trends sind für die zukünftige Theorieentwicklung erkennbar?

Da es zur historischen Entwicklung von Pflegetheorien an anderer Stelle ausführliche Darstellungen gibt, werden wir darauf nur am Rande eingehen.

## 2.1 Bedeutung und Funktionen der Pflegetheoriebildung

Ausgehend von unseren Grundannahmen, können der Theoriebildung innerhalb der Pflege zwei wichtige Aufgaben zugeschrieben werden. Die Reformulierung impliziten Wissens und die Fokussierung auf die Selbstinterpretation von Menschen sind als zentrale und praktisch relevante Erkenntnisgegenstände anzusehen, die für die Disziplin der Pflege auf allen Handlungs- oder Strukturebenen Wissen und Orientierung bereitstellen. Neben dem bereits erwähnten ethischen Anspruch, der damit verbunden ist, muss vor allem die sich daraus ergebende Beziehung von Praxis und Theorie beachtet werden. Diese ist nicht als einseitig anzusehen, sondern bedingt einen stetigen Austausch.

Auf der Seite der pflegerischen Versorgungspraxis bedeutet dieser Austausch Offenheit gegenüber theoretischem Wissen, empirischen Studien und Reflexionsfähigkeit zu kultivieren. Für die (pflege)forscherische Praxis ergibt sich eine Hinwendung zur und Verbundenheit mit den Kollegen sowie mit den Bedingungen der alltäglichen Versorgungspraxis (Moers 2011). Auch die Umsetzung empirischer Studien, die zunächst Theorie, bzw. theoretische Inhalte aus der Praxis heraus entwickeln, ist in diesem Zusammenhang zu nennen.

Als im Jahr 1996 die erste Pflege & Gesellschaft erschien, argumentierte Hüper im Kontext von Schmerzverständnis und -behandlung, dass „*Pflegerisches Handeln, ...*

den pflegebedürftigen, den kranken Menschen in den Mittelpunkt der Tätigkeit [stellt]. Der Pflegeprozess als Theorie und Methode ist Ausdruck dieses Verständnisses. Im biomedizinischen Denkmodell ist der Schmerz allein Ausdruck einer zu Grunde liegenden Störung des menschlichen Körpers ... Diese auf das Objekt Schmerz gerichtete Wahrnehmung prägt ganz wesentlich, wie zu zeigen sein wird, die Beziehungen, in denen Behandlung stattfindet. Den schmerzgeplagten Menschen statt seinen Schmerzen in das Zentrum pflegerischen Handelns zu stellen bedeutet dagegen“ (Hüper 1996: 8/9), einen vollkommen anderen Versorgungsansatz zu wählen, indem Kooperation, Selbstbestimmung und Anerkennung der Lebenswirklichkeit der Betroffenen im Fokus stehen. In diesem Zitat zeigt sich, wie bedeutend Theorie für Praxis und Forschung ist, indem sie den Blick lenkt, aus dem heraus wir relevante Themen wahrnehmen (Moers 2011, Schröck 1997). Dieser weitere Aspekt hat, wie noch zu thematisieren ist, auch Auswirkung auf nicht-theoriebildende Studien.

## 2.2 Entwicklung der Pflege und Pflegewissenschaft anhand der Theorieentwicklung der letzten 30 Jahre

Es ist hinlänglich bekannt, dass sich das Verständnis von pflegerischer Theorie und Theorieentwicklung im Verlauf der letzten 30 Jahre verändert hat. Eng damit verbunden ist der „Stand“ von Pflegepraxis und -wissenschaft in gesellschaftspolitischen Diskussionen sowie im Professionalisierungskontext (vgl. bereits Schröck 1997). Wurde zu Beginn der Theoriediskussion angestrebt, pflegerisches Handeln möglichst mittels einer globalen Theorie zu erklären, herrscht heute die Idee vor, dass es aufgrund der Vielfalt des pflegerischen Berufsbildes ein Pluralismus gegenstandsorientierter Theorien geben muss (Chinn 1996, Moers 2011). Das bedeutet zugleich, dass von professionell Pflegenden erwartet wird, im Alltag situationsangemessen theoretische Wissensbestände abzurufen und ein-, bzw. umzusetzen. Dieser Anspruch ist sowohl unter dem Aspekt der Praxis-, wie auch der Methodenentwicklung zu betrachten (siehe Tabelle).

<i>Praxisentwicklung</i>	<i>Methodenentwicklung</i>
Anwendbarkeit von theoretischem Wissen (und Forschungsergebnissen) erkennen	Umsetzung theoriebildender Studien, die situativ oder gegenstandsbezogen anzuwenden sind
Bedingungen zur Umsetzung theoriebasierter Pflegekonzepte	Weiterentwicklung angemessener Methoden der Theorieentwicklung
Fähigkeit zur Umsetzung durch stärkere Auseinandersetzung mit Theoriediskurs und gegenstandsbezogenen Theorien	Verstärkter Einbezug theoretischer Überlegungen in die Konzeption komplexer Studien mittels quantitativer Methoden

Die zunehmende Ausdifferenzierung und Komplexität der Versorgung und die aktuellen Rahmenbedingungen stellen die Pflegeforschung zusätzlich vor besondere Herausforderungen. Einige Pflegewissenschaftler plädieren dafür, in Evaluations- und Wirkksamkeitsstudien oder auch klinischen Studien verstärkt theoretische Begründungsrahmen einzubinden (Moers 2011, Höhmann 2013). So soll die Komplexität von untersuchten Zusammenhängen wie Versuchsaufbau erfasst werden und nicht nur eine

summative, sondern auch eine formative Wirksamkeitsprüfung erreicht werden (Höhmann 2013).

Holle et al. (2014) stellen bspw. in einem Studienprotokoll dar, wie im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie bewusst ein Methodenmix eingesetzt wurde, der erlaubt unbeabsichtigte und nicht vorhersagbare Störgrößen in der Studiendurchführung zu identifizieren. Die dafür durchgeführte Prozessevaluation soll mittels verschiedener qualitativer und quantitativer Erhebungsmethoden einen Einblick in die Wirkzusammenhänge der „black box“ (ebd.: 2) der Wirksamkeitsstudie ermöglichen. Wenngleich dieses Vorgehen nicht mit einer qualitativ orientierten theoriebildenden Studie zu vergleichen ist, entspricht es doch dem Anspruch, die selbst Interpretation von Menschen (hier als Studienteilnehmer) ernst zu nehmen (Höhmann 2013).

### 2.3 Herausforderungen für die zukünftige Theorieentwicklung

Die Herausforderungen einer zukünftigen Theoriebildung ergeben sich aus den bisherigen Ausführungen.

Einerseits sind der (ethische) Anspruch und Theorieentwicklung eng verbunden mit der Pflege als Disziplin. Hier gilt es Theorie als Wissens-, aber auch Argumentationsbasis zu generieren und zu verbreiten. Theoriebildung kann im Kontext der Praxisdisziplin Pflege niemals nur Selbstzweck sein! Ähnlich ist zu sehen, dass Theoriebildung in der Pflege immer die Verbindung zur Praxis benötigt und herstellen muss (vergleiche Praxis-Theorie-Vernetzung).

Im Kontext der Pflegewissenschaft ist seit einiger Zeit zu beobachten, dass vermehrt Theorien aus Nachbardisziplinen genutzt und teilweise weiterentwickelt werden. Diese Entwicklung ist ausdrücklich zu begrüßen, eröffnet sie doch eine theoretisch-diskursive Verknüpfung zu diesen anderen Disziplinen. Hier liegt auch ein Potential, um verschiedene (gegenstandsorientierte) Theorien miteinander ins Verhältnis zu setzen und zu verbinden. Das geschieht bisher, möglicherweise auch in Abgrenzung zu den ersten Metatheorien, nur selten (Stemmer 2003).

Aus Sicht der phänomenologisch-hermeneutischen Perspektive ist eine Einbettung entsprechender Elemente qualitativer Forschung in quantitative Studien zu begrüßen, wenn sie erkenntnistheoretisch sinnvoll und forschungspraktisch gut durchgeführt wird. Es gilt auch die umgekehrte Perspektive, dass quantitative Studien als Bestandteile qualitativer Studien Sinn machen (vgl.: Behrens/Langer 2010: 62). Eine Theoriebildung, die die selbst Interpretation der Menschen in den Mittelpunkt stellt, ersetzt sie jedoch nicht (Moers 2011). Es wäre wünschenswert, wenn das auch in der Finanzierung und Forschungsförderung mehr Berücksichtigung finden würde.



### 3. Fazit

Phänomenologie und Hermeneutik setzen sich dafür ein, dass im Bereich der Theoriebildung nicht nur Quantifizierungen, statistische Parameter und naturwissenschaftliche Exaktheit als maßgeblich angesehen werden. Indem sie hervorheben, dass die Selbstinterpretation von Personen, deren implizites Wissen und deren impliziten Werte im Rahmen einer lebensweltlichen Verankerung für die Wissenschaften ebenso von hoher Relevanz sind, tragen sie zur Aufklärung im Sinne von Mündigkeit bei. Dem entspricht, dass Personen, Gruppen und Lebenswelten nicht nur als Objekte in der Theoriebildung vorkommen, über die gesprochen wird, sondern auch als Subjekte, die selbst zur Sprache und damit zur Artikulation ihrer Eigensicht gelangen. In diesem Sinne hat die Theoriebildung in der Pflegewissenschaft auch eine kritisch-ethische Aufgabe.

### Literatur

- Behrens, J./Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring, Bern
- Benner, P./Wrubel, J. (1997): Pflege, Streß und Bewältigung, Bern
- Chinn P.L./Kramer M.K. (1996): Pflgetheorie. Konzepte – Kontexte – Kritik. Berlin, Wiesbaden
- Crotty, M. (2000): Phenomenology and Qualitative Nursing Research, Dunfermline, UK
- Dilthey, W. (1981): Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften, Frankfurt/M.
- Dummett, M. (1992): Ursprünge der analytischen Philosophie, Frankfurt/M.
- Fleming, V./Gaidys, U./Robb, Y. (2003): "Hermeneutic Research in Nursing: Developing a Gadamerian-Based Research Method", in: Nursing Inquiry 10 (2):113-120
- Heidegger, M. (1979): Sein und Zeit, Tübingen
- Holle, D., Roes, M., Buscher, I., Reuther, S., Müller, R., Halek, M. (2014): Process evaluation of the implementation of dementia-specific case conferences in nursing homes (FallDem): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15:485
- Höhmman, U./ Bartholomeyczik, S. (2013): Komplexe Wirkungszusammenhänge in der Pflege erforschen: Konzepte statt Rezepte, in: *Pflege und Gesellschaft* 18(4), 293-310
- Husserl, E. (1971): Ideen zu einer reinen Phänomenologie, Den Haag
- Husserl, E. (1976): Die Krisis der europäischen Wissenschaften, Den Haag
- Husserl, E. (1984): Logische Untersuchungen II/1, Den Haag
- Moers, M./Schaeffer, D./Schnepf, W. (2011): Too busy to think? Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft, in: *Pflege* 24(6), 349-360
- Nerheim, H. (2001): Die Wissenschaftlichkeit der Pflege, Bern
- Osterbrink, J. (Hrsg.) (1998): Erster internationaler Pflgetheorienkongreß Nürnberg, Bern
- Rentsch, Th. (2014): Philosophie des 20. Jahrhunderts, München
- Ricoeur, P. (1969): Hermeneutik und Strukturalismus, München
- Ricoeur, P. (1986): Du texte à l'action, Paris
- Ricoeur, P. (1991): From Text to Action, Evanston
- Schnell, M.W. (2002): „Ricoeur und Merleau-Ponty als Kritiker Husserls“, in: Orth, St./Breitling, A. (Hrsg.) (2002): Vor dem Text. Hermeneutik und Phänomenologie im Denken Paul Ricoeurs, Berlin
- Schnell, M.W. (2004). „Auffassung“, in: Vetter, H. (Hrsg.) (2004): Wörterbuch der phänomenologischen Begriffe, Hamburg
- Schnell, M.W. (2014): „Die Ethnographie im Licht der Wissenschaftstheorie“, in: Schnell, M.W./Schneider, W./Kolbe, H. (Hrsg.) (2014): Sterbewelten. Eine Ethnographie, Wiesbaden
- Schnepf, W. (1997): „Perspektiven der Pflegewissenschaft“, in: *Pflege* (10/1997)
- Schoppmann, S./Pohlmann, M. (2000): „Erkenntnistheoretische Überlegungen zur phänomenologischen Pflegeforschung“, in: *Pflege* (13/2000)

- Schröck, R. (1997): des Kaisers neue Kleider?, in: Mabuse 107, 39-45
- Stemmer, R. (2003): Pflgeetheorien und Pflgeklassifikation, in: Pflge und Gesellschaft 8(2), 51-58
- Vedder, B. (2000): Was ist Hermeneutik?, Stuttgart
- Zielke-Nadkarni, A. (1998): „Hermeneutik: Eine Forschungsmethode für die Pflgewissenschaft“, in: Hochschulforum Pflge (1/1998)

*Prof. Dr. Martin W. Schnell*

Lehrstuhl für Sozialphilosophie und Ethik, Universität Witten/ Herdecke  
Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten, schnell@uni-wh.de (Korrespondenzautor)

*Dr. Christine Dunger*

Lehrstuhl für Sozialphilosophie und Ethik, Universität Witten/ Herdecke  
Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten, christine.dunger@uni-wh.de (Autorin)

Hanna Mayer

## **Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr? Ein Beitrag über die Rolle der Lehre im Zusammenhang mit der Theorieentwicklung in der Pflge**

You can not teach old dogs new tricks? A contribution on the role of teaching in the context of theory development in nursing

Although nursing science in the German-speaking countries has been established as an academic discipline in the tertiary sector in the last three decades, it is rightly noted with regularity that there is an increasing lack of theoretical development. However, theory building is at the heart of any science and a kind of indicator of the maturity of each discipline. The basis for the embodiment of a discipline and thus for the production of knowledge is provided in academic education. Most Master's and Doctoral programs reflect an understanding of knowledge production based primarily on empirical research in the sense of producing evidence. However, there are good reasons for teaching theory building: Firstly, to promote fundamental skills of scientific thinking and working, secondly: to enable a holistic understanding of science and processes of knowledge development, and third: to promote theory development through student contributions. The central question is therefore not „whether“, but rather „how“ the nursing theory aspect as part of science and theory formation can be incorporated into academic teaching and for whom and at which level of qualification one should deal with theory development.

### **Keywords**

Theory development, theory building competence, teaching, didactisation

Obwohl sich in den letzten drei Jahrzehnten die Pflegewissenschaft im deutschsprachigen Raum als akademische Disziplin längst etabliert hat wird zu recht mit Regelmäßigkeit festgestellt, dass es zunehmend an Theorieentwicklung fehlt. Theoriebildung stellt jedoch das Herzstück jeder Wissenschaft dar und ist eine Art Indikator für die Reife der jeweiligen Disziplin. Der Grundstein zur Ausgestaltung einer Disziplin und damit zur Wissensproduktion in dieser wird in der Lehre gelegt. Die meisten Master- sowie Doktoratsprogramme reflektieren ein Verständnis von Wissensproduktion, das vorrangig auf empirische Forschung im Sinne der Produktion von Evidenz basiert. Theoriebildung zu lehren hat jedoch gute Gründe: 1. Um grundlegende Fähigkeiten wissenschaftlichen Denkens und Arbeitens bei Studierenden zu fördern. 2. Um ein ganzheitliches Verständnis von Wissenschaft und Prozesse der Wissensentwicklung zu ermöglichen, und 3. um Theorieentwicklung durch studentische Beiträge zu fördern. Die zentrale Frage ist daher nicht „ob“, sondern eher „wie“ der pflgetheoretische Aspekt als Teil der Wissenschaft und Theoriebildung in die akademische Lehre einfließen kann und für wen und auf welchem Qualifizierungsniveau man sich mit Theoriebildung befassen sollte.

### Schlüsselwörter

Theorieentwicklung, Theoriebildungskompetenz, Lehre, Didaktisierung

Blickt man auf die letzten drei Jahrzehnte zurück, so kann man durchaus eine positive Bilanz ziehen: die Pflegewissenschaft hat sich nun auch im deutschsprachigen Raum nicht nur als akademische Disziplin im tertiären Sektor etabliert, sie hat sich auch inhaltlich und methodisch weiterentwickelt und ist überdies – im Verständnis einer Evidence-Based Practice – durchaus in der Pflegepraxis angekommen. Auch wenn in allen genannten Bereichen noch viel Raum zur weiteren Entwicklung vorhanden ist und vieles kritisch diskutierbar bleibt, so wird auch der schärfste Kritiker zugeben, dass hier viel Entwicklung stattgefunden hat. Denn die Pflege ist nicht mehr „auf dem Weg“, sich als Wissenschaft zu etablieren, sondern längst angekommen. Angekommen zu sein, bedeutet aber keinesfalls Stillstand, sondern bestenfalls eine Ausgangsposition erreicht zu haben, von der aus man nicht mehr argumentieren muss, ob Pflegewissenschaft überhaupt eine Wissenschaft sei. Vielmehr geht es nun darum, diese Wissenschaft auszugestalten und deren Entwicklung voranzutreiben. Daher ist der analytische Blick auf eine „junge“ Disziplin (wie man die deutschsprachige Pflegewissenschaft durchaus noch immer bezeichnen mag) auf ihren Reifezustand (Stemmer 2004) zu richten. Diesen kann man unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachten, wie z. B. unter dem der Etablierung von Studiengängen oder dem der Evidenzbasierung. Da Theoriebildung „das Herzstück des wissenschaftlichen Prozesses jeder eigenständigen Disziplin“ (Schrems 2011) darstellt, ist dies als ein Indikator für die „Reife“ anzusehen. Moers, Schaeffer & Schnepf haben diesen Indikator in ihrem kritischen Beitrag über die Theorieentwicklung in der deutschsprachigen Pflegewissenschaft aufgegriffen, wenn sie schreiben: *„Wir sind der Meinung, dass die Theorieentwicklung in einer Disziplin einen guten Indikator für die geistige Verfassung dieser Disziplin darstellt. Ein Indikator „Theoriebildung“ sagt zwar wenig über die institutionelle Etablierung der deutschen Pflegewissenschaft aus, aber viel über die Kreativität und den Diskurs in ihr. Und damit ist es unseres Erachtens nicht zum Besten bestellt.“* (Moers et al. 2011: 350)

Bereits 2002, also knapp zehn Jahre zuvor, bemerkte Schaeffer in ihrem Beitrag zu aktuellen Entwicklungstendenzen und Herausforderungen der Pflegeforschung, nach einer durchaus positiven Bilanz über deren Entwicklung seit den 1990er Jahren, dass angesichts des Standes der Theorie- und Wissenschaftsentwicklung in der Pflege, Grundlagenforschung zu forcieren sei, die im Dienste der Theorieentwicklung stehe, um die „wissenschaftliche Grundlegung der Pflege“ zu befördern (Schaeffer 2002: 76).

Zwei Jahre später 2004 konstatierte Stemmer, dass „die Theoriediskussion weitgehend verlassen wurde“ und meinte, dass sich – betrachtet man die Entwicklung der Pflegewissenschaft – eine „Loslösung der Forschung von der Theorie“ (ebd.: 130) abzuzeichnen scheint.

Eine sinkende Relevanz von Pflege-theorien stellten Schmidli-Bless und Ricka (2011) auch noch sieben Jahre später fest und Schrems (2011) spricht davon, dass die Theoriebildung in der deutschsprachigen Pflegewissenschaft ein Stiefkind war und ist.

„Mit der Fokussierung auf Evidenz folge die Pflegewissenschaft der Medizin auch in der Vernachlässigung der Theoriebildung“ (Schrems 2011:1). Auch noch im Jahr 2018 stellt Bartholomeyczik fest, dass eine Theorie der Pflege oder auch eine Theorie pflegerischer Interventionen fehle bzw. nicht entwickelt wurde. „Die Kernfragen aus den 1990 Jahren scheinen nach wie vor unbeantwortet.“ (Bartholomeyczik 2018: 10)

Es wird aber nicht nur in regelmäßigen Abständen festgestellt, dass es an Theorieentwicklung in der Pflegewissenschaft fehle und die Notwendigkeit dieser postuliert, sondern es werden auch die Gründe dafür, warum Theorieentwicklung zusehends ins Hintertreffen gerät, regelmäßig und mit hoher Übereinstimmung diskutiert und publiziert. Überlegungen zu Strategien, wie Theorieentwicklung vorangetrieben werden kann, sollten nun vorrangig in das Zentrum des Diskurses rücken.

Jegliche Frage danach, wie sich eine Disziplin ausgestalten, wie sie sich entwickeln solle, landet zwangsläufig dort, wo nicht nur Wissen diskutiert und weitergegeben wird, sondern auch der Grundstein zum Denken in einer Disziplin und damit zur Wissensproduktion gelegt wird: nämlich in der Lehre, der Ausbildung.

Daher erachte ich es als notwendig, im Rahmen der Debatte um Theorieentwicklung, nicht nur die Rolle der Wissenschaftler und ihr forschendes Tun anzusprechen, sondern explizit die Rolle der Ausbildung dabei zu diskutieren.

Zu Beginn dieser Überlegungen steht die Frage danach, welchen Stellenwert Theoriebildung in den Pflegestudiengängen im deutschsprachigen Raum hat. Daran schließt sich die Frage danach an, welches Bild von Wissenschaft und Wissensproduktion in den Pflegestudiengängen vermittelt wird. Dabei muss man sich jedoch berechtigter Weise auch damit auseinandersetzen, ob und wenn ja, wie Theoriebildung „gelehrt“ werden kann und ob Studierende überhaupt einen Beitrag zur Wissensentwicklung in der Pflege im Sinne der Theorieentwicklung leisten sollen und können?

Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass allgemeiner Konsens darüber besteht, dass Theoriebildung Teil von Wissenschaft, im Sinne von wissenschaftlichem

Schaffen ist und somit auch eine Aufgabe von Wissenschaftler\_innen darstellt. Daher liegt nahe, dass auch Theoriebildungskompetenzen Teil des Kompetenzprofils pflegewissenschaftlicher Studienprogramme sein müssten. Ohne eine systematische Analyse der Curricula pflegewissenschaftlicher Studiengänge im deutschsprachigen Raum vorgenommen zu haben, sondern nur in Kenntnis eines Teils davon, wage ich zu behaupten, dass der Fokus der meisten Master- sowie Doktoratsprogramme, wenn es um wissenschaftliche Kompetenz geht, auf Grundlagen wissenschaftlicher Techniken (im Sinne von wissenschaftlicher Textproduktion und der Kompetenz zur Literaturrecherche) und auf empirischer Forschung liegt. Dabei steht in der Regel der methodische/technische Aspekt, neben wissenschaftstheoretischen Grundlagen im Vordergrund. Dies reflektiert ein Verständnis von Wissensproduktion, das vorrangig auf empirische Forschung im Sinne der Produktion von Evidenz basiert. Jaccard & Jacoby weisen auf diese Entwicklung hin, die sich wohl grundsätzlich in den Sozialwissenschaften zeigt: „Whereas most graduate programs in the social sciences require multiple courses in research methodology to ensure that students become equipped with the tools to test theories empirically, the same cannot be said for theory construction“ (2010:3). Die Frage, die sich angesichts dieses Befundes stellt, ist, ob Theoriebildung überhaupt „gelehrt“ werden kann? Wie Theorien entwickelt werden, ist für die meisten etwas, das nicht fassbar ist, für das es keine Regeln gibt, keinen definierten Prozess. Es ist eher etwas, das vielleicht irgendwann im Laufe der Tätigkeit von Wissenschaftler\_innen passiert. Jedenfalls ist dies kaum Thema für junge Wissenschaftler\_innen: „Theory construction is viewed as a mysterious process that somehow “happens” and is beyond the scope and training of a young scientist trying to find his or her way in the field“ (Jaccard & Jacoby 2010: 3). Außerdem sind jegliche Theoriebildungskompetenzen nicht unmittelbar gebrauchswertorientiert. Gebrauchswertorientierung steht jedoch oft bei den Studiengängen, die auf eine Qualifizierung für ein bestimmtes Praxisfeld fokussieren (verständlicherweise) im Vordergrund.

Der Gedanke, dass nur Einige in ihrer späteren Karriere selbst Theorien entwickeln werden, ist grundsätzlich richtig, doch es gibt gute Argumente dafür, dass der Erwerb von Theoriebildungskompetenzen zumindest auf der Ebene von Masterstudierenden durchaus nicht nur für die Gruppe der potentiellen Wissenschaftler\_innen (wenn man überhaupt auf diesem Level davon sprechen kann), sinnvoll ist. Drei gute Gründe, warum Theoriebildung gelehrt werden sollte, möchte ich hier besonders hervorheben.

*Erster Grund: Um grundlegende Fähigkeiten wissenschaftlichen Denkens und Arbeitens bei Studierenden zu fördern*

Dabei geht es erst einmal um die Förderung der Kreativität und des kritischen, freien Denkens. Kreativität ist eine zentrale Fähigkeit, die für Theoriebildung notwendig ist. Sie sollte eigentlich – neben Neugierde – eine Grundkompetenz jeder Person sein, die sich (egal in welchem Ausmaß) wissenschaftlich betätigt. Kreatives Denken zu fördern sollte daher nicht „irgendetwas“ sein, das „irgendwann“ oder gar anlassbezogen getan werden sollte, sondern als Grundlage jedes wissenschaftlichen Prozesses gelten.

Sternberg (2002) betont die Wichtigkeit, sich ganz zu Beginn eines Studiums dafür zu entscheiden, „kreativ zu sein“ und dass es auch Aufgabe der Lehrenden sei, Studierende dazu zu ermutigen. In einer Zeit, in der durch die vielen Regelwerke, Guidelines und Checklisten für wissenschaftliche Prozesse und deren Publikation, durchaus Gefahr besteht, dass diese beginnen „ein Eigenleben zu führen“ und statt zu einer „Qualitätsverbesserung zu einem Denkverbot führen“ und somit „kontraproduktiv und antiwissenschaftlich“ werden (Bartholomeyczik 2018:11), muss es in der hochschulischen Bildung verstärkt Bemühung zur Entwicklung eigenständiger, kreativer, möglicherweise unkonventioneller und querer Denkweisen geben.

Weitere grundlegende wissenschaftliche Kompetenzen, die durch die Auseinandersetzung mit Theoriebildung gefördert werden, ist die Fähigkeit zur Analyse und Synthese. Diese beiden Prozesse sind (neben der Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse) nicht nur essentiell für die Theorieentwicklung (Walker & Avant 2011), sie stellen auch eine Grundlage für gute Literaturreviews dar. Diese werden gerne (und durchaus aus gutem Grund) bereits im Rahmen von Bachelorarbeiten durchgeführt. Eine stärkere Konzentration auf das Entwickeln von Analyse- und Synthesefähigkeiten ist daher bereits in der Bachelorausbildung von Nutzen.

*Zweiter Grund: Um ein ganzheitliches Verständnis von Wissenschaft und den Prozessen der Wissensentwicklung zu ermöglichen*

Zu verstehen dass nicht nur empirische Forschung einen Wissenskörper formt, sondern auch Theorieentwicklung dafür stattfinden muss, ist essentiell. Für die Arbeit mit Studierenden ist es aber genauso wichtig aufzuzeigen, dass und wie Theorie und Empirie miteinander verbunden sind. Denn „Theorien sind sowohl Ergebnis als auch Ausgangspunkt von Forschung“ (Schrems 2011). In der Realität findet man in den meisten empirischen Qualifizierungsarbeiten (und ich schließe hier jene an unserem Institut durchaus nicht aus), dass die Forschungsfrage ausschließlich damit begründet wird, dass es keine Forschung zum Gegenstand XY gibt. Die Begründung, warum das Phänomen nun erforscht werden soll, erfolgt dann oft über den Rekurs auf epidemiologische oder demografische Notwendigkeiten oder, im besten Fall, durch Bezugnahme auf vorhandene Forschungsarbeiten, die hier weiteren Forschungsbedarf orten. Selten liegt eine pflegetheoretische Begründung, wie sie Stemmer bereits vor 14 Jahren fordert, vor.

*Dritter Grund: Um Theorieentwicklung durch studentische Beiträge zu fördern*

Es wird zwar immer wieder angemerkt, dass gerade die Tatsache, dass ein Teil der Forschung in der Pflege über Qualifizierungsarbeiten erfolgt, eine der Ursachen dafür ist, dass es an Theorieentwicklung mangelt (Schaeffer 2002; Moers et al. 2011). Demgegenüber besteht jedoch auch die Möglichkeit, Studierende nicht nur über Qualifizierungsarbeiten an Theorieentwicklung heranzuführen, sondern auch mittels Qualifizierungsarbeiten zu dieser beitragen zu lassen, und zwar

- durch die Förderung von Konzeptanalysen oder Metasynthesen (anstelle von weiteren Neuproduktionen) als Masterarbeiten oder Teile von Promotionsarbeiten,
- durch die Förderung von Fragestellungen, die zur Theorieprüfung beitragen. Hier

sind vor allem quantitative Arbeiten angesprochen: z. B. als Masterarbeit statistische Analysen eines bestehenden Datensatzes durchführen zu lassen, um bislang ungeklärte Zusammenhänge zwischen einzelnen Phänomenen einer Theorie zu erforschen.

In diesem Sinne wäre es gleichfalls sinnvoll, eine gesamte Promotionsarbeit einer Theorieprüfung zu widmen.

- durch die Förderung von Fragestellungen, die zur Theorieerweiterung beitragen, z. B. über qualitative oder quantitative Forschung oder Mixed Methods Ansätze.
- durch die Anregung, vermehrt Theorien als Ausgangslage für eine Fragestellung und als Interpretationsrahmen zu verwenden sowie
- durch die Förderung von theoriebildenden qualitativen Forschungsarbeiten.

Die angeführten Möglichkeiten sind nur einige und sie reichen von einem Mosaiksteinchen, das durch eine studentische Arbeit zur Entwicklung, Erweiterung oder Überprüfung einer Theorie beigetragen werden kann, bis zum ersten Schritt einer Theorie-(Weiter)entwicklung, z. B. durch eine Promotionsarbeit.

Dies alles kann aber nur passieren, wenn die Studierenden im Laufe ihres Studiums immer wieder mit Theorien konfrontiert werden und theorieentwickelnde Strategien gelernt haben.

Damit sind wir bei der zentralen Frage angelangt, ob und wie Theoriebildung gelehrt werden beziehungsweise, wie Theoriebildung in die Lehre und Lehrprogramme einfließen kann. Es geht dabei nicht darum zu erwarten, dass die eigene Theorieentwicklung eine Qualifikationsperspektive für Studierende sein soll. Auf solche Ergebnisse werden nur wenige Wissenschaftler\_innen am Ende ihrer Karriere blicken können. Es geht vielmehr darum, ein ganzheitliches Bild der Pflegewissenschaft zu vermitteln und die Entwicklung von Theoriebildungskompetenzen, ebenso wie Forschungskompetenzen je nach Ausbildungsgrad und -ziel abgestuft zu fördern. Die Frage ist daher nicht, „ob“, sondern eher „wie“ der pflegetheoretische Aspekt als Teil der Wissenschaft im Sinne eines Beitrages zur Theoriebildung in die akademische Lehre einfließen kann.

Denn akademische Lehre umfasst immer variierende Kombinationen

- aus der Vermittlung von Wissenschaft,
- aus der Aktivierung von Studierenden zur Auseinandersetzung mit Wissen und
- der Begleitung studentischer Aktivitäten.

Diese drei Säulen verlangen unterschiedliche Formen des Lehrens (der Vermittlung) und des Lernens. Healy und Jenkins (2009) haben in ihrem Forschungs-Lehre Nexus unterschiedliche Ausprägungsgrade des Lernens und Lehrens entlang zweier Spannungsverhältnisse differenziert:

- Zwischen den Polen einer rezipierenden und einer partizipierenden Studierendenrolle sowie
- Entlang des Kontinuums von einem deutlichen Fokus auf Ergebnisse und Inhalte hin zum Forschungsproblem/-prozess.

Durch die Kreuzung dieser zwei Dimensionen, ergibt sich ein Vier-Feld-Schema, das die Basis für eine breite Konzipierung von Hochschullehre in einem bestimmten Lernfeld darstellen kann. Es kann zum einen als Strukturierungselement innerhalb eines Qualifikationsniveaus (jeweils für Bachelor-, Master- oder Doktorsniveau verwendet werden), zum anderen aber auch für eine Differenzierung zwischen den verschiedenen Qualifikationsniveaus, durch Schwerpunktsetzung auf bestimmte Felder. Bezieht man diesen Forschungs-Lehre Nexus auf das Thema der Theoriebildung, könnten diese vier Felder ähnlich ausgestaltet werden (Abbildung 1).

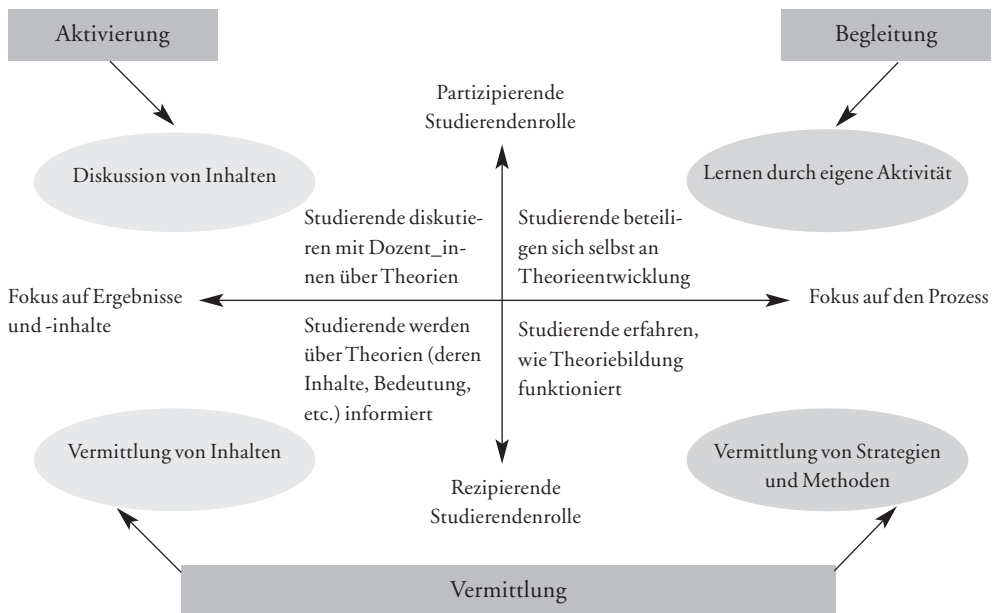


Abb. 1: Forschungs-Lehre Nexus nach Healey & Jenkins (2009), angepasst an das Thema „Theorie(entwicklung)“

Das erste Feld (unten links) fokussiert auf Wissensvermittlung. Es geht um Inhalte und Ergebnisse, wie das Kennenlernen von Theorien auf verschiedenen Abstraktionsebenen und deren Funktionen. Zu verstehen was der theoretische Hintergrund von Pflege und pflegerischem Handeln ist, muss hier ebenso vermittelt werden, wie dessen Bedeutung für Praxis und Forschung. Die Studierenden haben hier eine rezipierende Rolle, für die Lehrenden steht die Vermittlung von Wissen im Zentrum.

Bewegt man sich in das zweite Feld auf der linken Seite, so liegt nach Healy & Jenkins (2009) der Fokus auf der aktiven Auseinandersetzung, auf dem Diskurs im Zusammenhang mit der Anwendung, beziehungsweise der Verwertung des Wissens. Das Prinzip des Lehrens verlagert sich dabei auf das Aktivieren der Studierenden, mit dem Ziel, diese von der rezipierenden in eine partizipierende Rolle zu bringen. Umgelegt auf unser Thema der Theorie, könnte sich dies auf das „Arbeiten mit Theorien“ beziehen. Dabei kann es um die Reflexion oder die Analyse von spezifischen Situationen aus der Pflegepraxis auf Basis einer Theorie mittlerer Reichweite, z. B. der Theory of Uncer-



tainty in Illness (Mishel & Clayton 2008), dem Bewältigungshandeln bei chronischen Erkrankungen (Schaeffer & Moers 2008, 2011; Schaeffer 2009) oder dem Person Centred Practice Framework (McCormack & McCance 2017) gehen. Genauso kann man mit Bezug auf dieses Feld, denkkritische Blicke auf Praxistheorien werfen oder anregen, Theorien mittlerer Reichweite zu schärfen sowie das Entwickeln und Diskutieren von Fragestellungen, die zur Erweiterung, Aktualisierung oder Überarbeitung solcher Theorieelemente beitragen können. Aber auch das Integrieren von Theorien in den Diskurs um Forschungsprobleme, Fragestellungen und Forschungsergebnisse ist auf dieser Lernebene einzuordnen.

Die Felder auf der rechten Seite der Abbildung 1 richten ihren Fokus auf das Tun im Sinne des Praktizierens. Im Feld rechts unten ist der Erwerb der Grundlagen dafür angesprochen. Gemeint sind damit der Erwerb von Methodenkenntnissen aber auch das Entwickeln einer Haltung forschenden Lernens. Auch wenn „Methoden“ oft mehr mit empirischer Forschung in Zusammenhang gebracht werden, so können hier doch auch verschiedene Strategien der Theoriebildung gelehrt und geübt werden. Beispielsweise die Analyse, Synthese und Übertragung als zentrale Strategien (Walker & Avant 2011). Eine „forschende Haltung“, die eine „reflexive Distanz“, die „epistemische Neugierde“ (= die Neugierde mehr über einen Sachverhalt herauszufinden zu wollen) und die „epistemologische Überzeugung“ (= die Überzeugungen zur Struktur und Genese wissenschaftlichen Wissens in einer Domäne) beinhaltet (Gess et al. 2017), kann für alle wissenschaftlichen Prozesse als Grundlage angesehen werden. Ebenfalls kann in diesem Rahmen ein Platz für Kreativität und kreatives Denken geschaffen werden. Jaccard & Jacoby zeigen hier verschiedene Heuristiken und Wege auf, die beschränkt werden können, um ein Problem oder eine Fragestellung „outside the box“ zu denken (siehe Kasten 1). Die Studierenden sind hier wieder eher in einer rezipierenden Rolle zu sehen, wobei die Anwendung der Strategien, z. B. als Einzelübungen an Beispielen, die Passivität im Lernprozess aufbrechen kann. Studierende durchlaufen im besten Fall einen Wissensaneignungsprozess, an dessen Ende sie inhaltlich und methodisch auf aktuellem Stand sind und selbst beginnen können, das erworbene Wissen umzusetzen.

*Beispiel von Heuristiken und Wege um „outside the box“ zu denken*

- Analyzing your own experiences
  - Conducting case studies
  - Collecting practitioners' rules of thumb
  - Conducting thought experiments
  - Using participant observation
  - Analyzing paradoxical incidents
  - Using analogies and metaphors
  - Reframing problems in terms of their opposite
  - Using deviant case analysis
  - Changing the scale
  - Considering abstractions
  - Making the opposite assumption
  - Applying the continual why and why not questions
  - Proving your grandmother wrong
  - Using multiple explanations rather than either-or explanations
- (Jaccard & Jacoby 2010: 48ff)

Die obere linke Ecke der Abbildung 1 – mit einem Maximum an Partizipation seitens der Studierenden im Bereich des Tuns, bezieht sich beim Thema der empirischen Forschung auf das eigenständige Umsetzen des Forschungsprozesses. Damit ist eine höhere Form des Kompetenzerwerbs angesprochen, nämlich die des Lernens durch Handeln (Pasterneck 2017). Die Lehrenden übernehmen dabei eine begleitende Rolle. Dieser Punkt ist derjenige, der nicht direkt von der Forschung (also dem Durchführen einer Forschungsarbeit) auf Theoriebildung übertragbar ist. Möglichkeiten der praktischen Umsetzung von Theoriebildungskompetenzen, ergeben sich eher durch Beiträge zur Theorieentwicklung und der Erweiterung oder Überprüfung von Theorien im Rahmen von Master- und Promotionsarbeiten, wie ich im Rahmen der „drei guten Gründe, warum Theoriebildung gelehrt werden sollte“ schon angesprochen habe. Als Beitrag zur Theorieentwicklung kann eine saubere Konzeptanalyse (die auf Masterniveau durchaus praktikabel ist) gesehen werden, aber auch die Durchführung von Meta-studien (vor allem Metasynthesen) und das Erarbeiten von gegenstandsbezogenen Theorien oder das Schaffen von Typologien aus qualitativer Forschung, wäre ein Schritt in Richtung Theoriebildung, der im Rahmen von Promotionen zu schaffen wäre. Aber auch das Erarbeiten von Programmtheorien im Vorfeld theoriegeleiteter Evaluationen, ist nicht nur ein wichtiger inhaltlicher Beitrag zur theoriegeleiteten Pflege, sondern auch einer, der Bewusstsein für die Notwendigkeit der theoretischen Fundierungen von Interventionen und deren Evaluationen (Bartholomeyczik 2018) schafft, beziehungsweise solche im Rahmen einer Promotionsarbeit erst ermöglicht (z. B. Adlbrecht et al. 2018). Auch empirische Arbeiten, die eine Theorie zum Ausgangspunkt nehmen und diese um einen Aspekt erweitern, tragen im weitesten Sinne zur Theorieentwicklung bei. Dies ist wiederum ein Anknüpfungspunkt an das Master<sup>1</sup> – ja sogar an das Bachelorniveau. Damit gerade Praxistheorien weiterentwickelt und gesättigt, aber auch auf ein höheres Abstraktionsniveau gehoben oder Theorien Mittlerer Reichweite ausgebaut oder aktualisiert werden können, ist es dringend notwendig, Fragestellungen zu bearbeiten, die zur Erweiterung oder Überarbeitung von Theorien beitragen.

Ähnlich wie beim forschenden Lernen sind dabei die vier Felder miteinander verknüpft. Sie bauen zum einen aufeinander auf und beeinflussen zum anderen einander jedoch auch wechselseitig (Abbildung 2).

So ist die curriculare Verankerung dieser vier Felder nicht ausschließlich auf der Ebene verschiedener voneinander getrennter Lehrveranstaltungen zu sehen. Gerade das Integrieren von Theorien in den Diskurs unterschiedlicher pflegetheoretischer oder -praktischer Themen oder Forschungsfragen, kann sich als Grundprinzip durch viele Lehrveranstaltungen ziehen. Dabei ist ganz zentral, dass gerade die Lehre der Forschungsmethoden und des Forschungsprozesses sowie dessen praktische Umsetzung mit der Lehre zur Theorieentwicklung verwoben wird.

Neben der Überlegung, wie das Thema „Theorien“ und „Theoriebildung“ auf unterschiedlichen Ebenen in die Lehre einfließen kann und sollte, tut sich natürlich die Fra-

<sup>1</sup> Als Beispiel kann hier die Masterarbeiten von Julia Hauprich „Der Prozess der familiären Normalisierung bei einem Cochleaimplantierten Kind in der Rehabilitationsphase“ genannt werden.

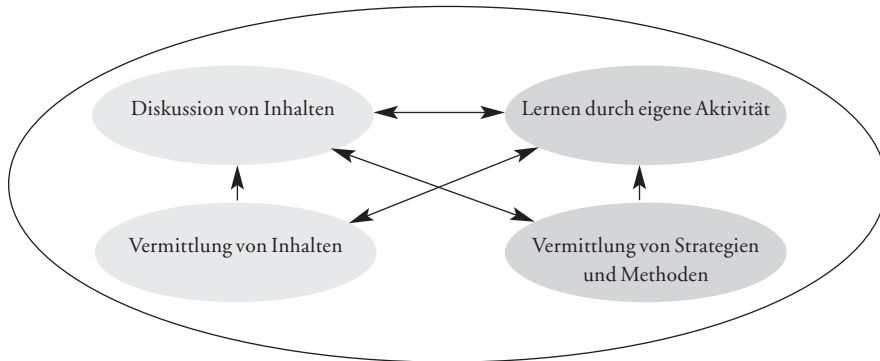


Abb. 2: Verbindungen zwischen den einzelnen Elementen im Forschungs - Lehre Nexus

ge auf, für wen und auf welchem Qualifizierungsniveau man sich überhaupt mit Theoriebildung befassen sollte. Wissen wie Theoriebildung vor sich geht (als Basis für Theoriebildungskompetenz) kann zu unterschiedlichen Zwecken erworben werden: Um a) zu verstehen, wie Theorieentwicklung funktioniert, um b) zu Theorieentwicklung beizutragen und c) um Theorien zu entwickeln. Diese abgestufte Zielsetzung erinnert an die Debatten um Forschungskompetenz in den Anfängen der Gestaltung hochschulischer Curricula. Forschung auf allen Ebenen zu lehren, basierte nicht auf der Begründung, dass jede/jeder Pflegenden am Ende selbst empirisch arbeiten soll/muss, sondern darauf, dass ein Basiswissen darüber, wie Forschungserkenntnisse entstehen, für alle notwendig ist. Es ist daher auch im Zusammenhang mit der Lehre von Theoriebildungskompetenz keine Frage, des „ob“ oder „ob nicht“, sondern eine der Tiefe der Auseinandersetzung und des Ziels des jeweiligen Wissens- und Kompetenzerwerbs. Dies muss sich je nach Ausbildungsgrad und Fokus des Studiengangs natürlich unterscheiden.

Über die letzten 20 bis 25 Jahre lassen sich sichtbare Bemühungen um eine Strukturierung und auch Didaktisierung des Erwerbs von Forschungskompetenzen im Bereich der Pflege(-wissenschaft) verzeichnen. Die Auseinandersetzung damit, was auf welchem Level mit welchem Ziel gelehrt wird, hat ihren Niederschlag nicht nur in der Entwicklung curricularer Strukturen, sondern auch in der Entwicklung bzw. Ausdifferenzierung von Lehrbüchern und didaktischem Material gefunden. Auch wird das Thema des forschenden Lernens im Rahmen der Pflegeausbildung als didaktisches Prinzip in Journalen oder auf einschlägigen Kongressen (z. B. Lernwelten 2017) thematisiert und diskutiert. Beim Thema Theorieentwicklung bleibt man hier weitgehend phantasielos. Die Lehrbuchlandschaft ist überschaubar (einzig das Werk von Walker und Avant steht hier als facheinschlägiges Lehrbuch zur Theoriebildung in der Pflege zur Verfügung) und das Thema „forschendes Lernen“ bleibt dort, wo es herkommt – beim empirischen Forschen. Aber gerade wenn man Wissensproduktion nicht auf empirisches Forschen beschränken möchte, kann der Grundgedanke des forschenden Lernens und die daraus entstehende Didaktisierung des Lernfeldes auch auf die Auseinandersetzung mit Theorie und Theoriebildung umgelegt werden.

## Fazit

Die Volkswisheit „was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“ lässt sich natürlich nur bedingt auf die vorliegende Thematik übertragen und darf nicht als Absage an das Lernen als lebenslanger Prozess verstanden werden. Sie steht eher als Metapher dafür, dass in der Ausbildung ein wichtiger Grundstein der Wahrnehmung von Pflegewissenschaft und des Denkens in dieser Disziplin gelegt wird. Und je nachdem, was und wie gelehrt wird, bildet sich auch das Verständnis der zukünftigen Generation von dem, was Wissenschaft ist und wie Wissen generiert wird, aus.

Lehre an einer Hochschule hat die Aufgabe den Blick zu erweitern und Räume für kreative Wissensgenerierung, für Beobachten, Nachdenken, Analysieren, Synthetisieren, für das Beschreiten neuer Wege und das Denken „out of the box“ zu öffnen. Will man den Gegenstandsbereich der Pflege als wissenschaftliche Domäne weiterentwickeln, so sollte empirische Forschung keinesfalls losgelöst von Theorie und Theoriebildung gelehrt und umgesetzt werden.

Dieser Artikel soll weder ein Plädoyer gegen empirische Forschung und die Schaffung einer evidenzbasierten Grundlage für die Pflege sein – dies soll und wird immer ein wichtiger Bestandteil bleiben – noch ein verklärtes Bild über die Möglichkeiten, sich mit Theorieentwicklung in der Ausbildung zu beschäftigen, zeichnen. Lehre wird immer nur einen kleinen Beitrag dazu leisten können, das Problem der „spärlichen Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft“ (Schaeffer et al. 2011) zu lösen. Die Intention war es, auf bedeutsame und zusehends in den Hintergrund rückende Aufgaben hochschulischer Lehre in der Pflege hinzuweisen und letztendlich einen Diskurs darüber zu eröffnen. Denn neben methodischen und didaktischen Fragen sind natürlich auch noch viele andere zu diskutieren, die in diesem Beitrag nicht einmal angesprochen wurden. Die Frage danach, wie in den knappen zeitlichen Ressourcen eines Masterprogramms auch noch dieses Thema seinen Platz finden kann, ohne dass man andere vernachlässigt, ist eine berechtigte. Die Auseinandersetzung damit, wer und wie tief mit der Thematik konfrontiert werden sollte (also ob nur einzelne der vier Felder in einem Programm umgesetzt werden oder ob sich alle vier, aber je nach Programm in unterschiedlicher Ausführlichkeit, finden sollten), fehlt auch noch weitgehend. Auch ein kritischer Diskurs über die Lehr- und Lernbarkeit von Theorieentwicklung ist an dieser Stelle notwendig und befruchtend, da man sonst schnell auch in Gefahr gerät, die Lehre zum Thema Theorieentwicklung wieder zu schnell auf das Erlernen von Techniken zu reduzieren.

Die Debatte zur systematischen Theorieentwicklung kann nicht losgelöst vom Kontext, in der sie vollzogen werden soll, betrachtet werden. Immer wieder werden Barrieren angeführt, die eine solche Entwicklung erschweren können: die Fragmentierung und Verschulung des Hochschulwesens; der „Wissenschaftszirkus“ (Bartholomeyczik 2018) mit seiner Tendenz zur „Verregelung“; der Publikationsdruck, dem Wissenschaftler\_innen ausgesetzt werden und der damit einhergehenden Marginalisierung der Publikation ein großes Werk in Buchform; die Tatsache, dass man als Wissenschaftler\_in zunehmend „too busy to think“ ist; die Abhängigkeit von Dritt-

mitteln und die ökonomischen Zwänge, die auch vor dem Hochschulwesen nicht halt machen (u. a. Stemmer 2004; Schaeffer et al. 2011; Bartholomeyczik 2018).

Und trotzdem: irgendwie müssen sie überwunden werden, irgendwo muss man beginnen und idealerweise an verschiedenen Stellen. Die Lehre ist dafür sicher eine, wo man in erster Instanz ansetzen muss.

## Literatur

- Adlbrecht, L./Bartholomeyczik S./Mayer, H. (2018): Entwicklung einer Programmtheorie als Grundlage für die Evaluation einer Demenzstation. Eine Möglichkeit der theoretischen Fundierung einer komplexen Intervention. *Pflege: die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*, 31 (3), 125-134
- Bartholomeyczik, S. (2018): Pflegewissenschaft: stolpernde Anfänge und gegenwärtige Wünsche. *Qu-PuG - Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft*. 5 (1): 6-13
- Gess, C./Deicke, W./Wessels, I. (2017): Kompetenzentwicklung durch forschendes Lernen. In: L. Guber/J. Hellmer/F. Schneider (Hrsg.): *Forschendes Lernen im Studium*, Bielefeld: Universitätsverlag Webler, 79-90
- Healey, M./Jenkins, A. (2009): *Developing undergraduate Reserach and inquiry*. The Hige Education Academia, Heslington
- Jaccard, J./Jacoby, J. (2010): *Theory Construction and Modell Building Skills. A Practical Guide for Scientists*. The Guilford Press, New York
- McCormack, B./McCance, T. (2017): *Person-centred pracAce in nursing and health care: theory and ?pracAce*. Chichester, West Sussex: Wiley Blackwell
- Mishel M. H./Clayton M. F. (2008): *Theories of Uncertainty in Illness*. In: Smith M. J./Liehr P. (Hrsg.): *Middle Range theory for Nursing*, S 55-85
- Moers, M./Schaeffer, D./Schnepp, W. (2011): Too busy to think? Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft. *Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*. 24 (6): 349-360
- Pasterneck, P. (2017): *Konzepte und Fallstudien: was Hochschulforschung zum forschenden Lernen weiß*. In: Guber L./Hellmer J./Schneider F. (Hrsg): *Forschendes Lernen im Studium*, Bielefeld: Universitätsverlag Webler 37-44
- Schaeffer, D. (2002): *Pflegeforschung: aktuelle Entwicklungstendenzen und –herausforderungen*. *Pflege & Gesellschaft*, 7 (3): 73-79
- Schaeffer, D./Moers, M. (2008): *Überlebensstrategien – ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter*. *Pflege & Gesellschaft* 13: 6-31.
- Schaeffer, D. (Hrsg.) (2009): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern: Verlag Hans Huber
- Schaeffer, D./Moers, M. (2011): *Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderungen für die Pflege*. In D. Schaeffer & K. Wingenfeld (Eds.), *Handbuch Pflegewissenschaft* (pp. 329-363). Weinheim ; München: Juventa-Verl.
- Schmidli-Bless, C./Ricka, R. (2011): *Pflegtheorien – eine vergessenen Dimension? Rückblick und Reflexion zum Beitrag „einen professionelle Pflege braucht Krankenpflegetheorien“ (PFLEGE, 1989)*. *Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*. 24 (6): 389-390
- Schrems, B. (2011): *Theorieentwicklung in der Pflege im 21. Jahrhundert*. *Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*. 24 (6): 1-2
- Stemmer, R. (2004): *Aktueller Stand und Perspektiven der Pflegewissenschaft*. *Pflege&Gesellschaft*, 9 (4), 127-132
- Sternberg, R./Grigorenko, E./Singer, J. (2004): *Creativity: From potential to realization*. Washington, DC: American Psychological Association.—A book describing features of the creative process.

Walker, L./Avant, K. (2011): *Strategies for Theory Construction in Nursing*, 5th Ed., Pearson Education, New Jersey

*Univ. Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer*

Institutsvorständin, Institut für Pflegewissenschaft

Universität Wien – Fakultät für Sozialwissenschaften

Alser Straße 23/12, A-1080 Wien, hanna.mayer@univie.ac.at

Sabine Bartholomeyczik, Andreas Büscher, Ulrike Höhmann,  
Erika Sirsch

## Anforderungen an die Untersuchung der Wirksamkeit von Expertenstandards

### Requirements for evaluating the effectiveness of expert standards

Expert standards of the German Network for Quality Development in Nursing (DNQP) have been established as an important instrument for quality development in nursing and are widely disseminated. Limited attention has been given to the evaluation of their effectiveness. This paper states general requirements for evaluating the effectiveness of expert standards. Intention and methodology of expert standards are considered as programmes in this paper. Based on an overview of the essential parts of programmes and programme theories an approach to developing the extent and dimensions of evaluation strategies is outlined and specified according to seven areas of measuring effects. To gain insight into why the use of expert standards lead to particular results or why defined goals have not been met a broad evaluation strategy is required.

#### Keywords

Expert standards, Effectiveness, Implementation, Programme, Programme theory, Evaluation

Die Expertenstandards des DNQP haben sich als wichtiges Qualitätsinstrument in der Pflege etabliert und sind weit verbreitet. Wenig diskutiert sind Ansätze zur Untersuchung ihrer Wirksamkeit. In diesem Beitrag werden – ausgehend von der Untersuchung der Wirksamkeit des Expertenstandards zur Erhaltung und Förderung der Mobilität – Anforderungen an die Untersuchung der Wirksamkeit von Expertenstandards formuliert. Die Intention und Methodik von Expertenstandards werden dabei als Programm verstanden. Aufbauend auf einer Darstellung wesentlicher Aspekte von Programmen und Programmtheorien werden Hinweise zum Ausmaß und zu den Dimensionen von Evaluationsstrategien aufgezeigt und anhand von sieben Ebenen der Effektmessung konkretisiert. Um

eingereicht 27.09.2018

akzeptiert 29.01.2019

Aussagen darüber treffen zu können, warum die Arbeit mit Expertenstandards zu Ergebnissen geführt hat oder gesetzte Ziele nicht erreichen konnte, ist eine umfassend angelegte Evaluationsstrategie erforderlich.

### Schlüsselwörter

Expertenstandards, Wirksamkeit, Implementierung, Programm, Programmtheorie, Evaluation

## 1. Einleitung

Seit mehr als zwanzig Jahren entwickelt und aktualisiert das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) evidenzbasierte Expertenstandards zu zentralen Qualitätsrisiken in der Pflege. Expertenstandards sind definiert als ein *„professionell abgestimmtes Leistungsniveau, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege mit einschließt“* (DNQP 2015: 5). Mittlerweile wurden die folgenden Expertenstandards entwickelt und aktualisiert:

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege (2000; 2010; 2017)<sup>1</sup>
- Entlassungsmanagement in der Pflege (2004; 2009; in Arbeit)
- Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen in der Pflege (2005; 2011; in Arbeit)
- Sturzprophylaxe in der Pflege (2006; 2013)
- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (2007, 2014)
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (2009; 2015)
- Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (2010; 2017)
- Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen in der Pflege (2013; in Arbeit)
- Förderung der physiologischen Geburt – Expertinnenstandard für Hebammen (2014)
- Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (abschließende Veröffentlichung geplant Ende 2018/Anfang 2019)

Expertenstandards gelten als ein wichtiges Qualitätsinstrument in der Pflege. Ihre große Verbreitung hat dazu geführt, dass der Gesetzgeber durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz seit 2008 die Anwendung von Expertenstandards nach § 113a SGB XI für verpflichtend im Bereich der Pflegeversicherung erklärt hat. Zur Entwicklung von Expertenstandards nach § 113a SGB XI wurde durch die zuständigen Vertragsparteien nach § 113 SGB XI (2009) innerhalb der Pflegeversicherung eine Verfahrensordnung erlassen, die sich in weiten Teilen am methodischen Vorgehen des DNQP orientiert. Sie unterscheidet sich jedoch an zwei Stellen: Zum einen fordert sie Aussagen zur Kosten-Nutzen-Analyse und zum anderen enthält sie die Forderung zum Nachweis der Wirksamkeit der Einführung von Expertenstandards. Seit Einführung des § 113a SGB

1 Erste Zahl in Klammern: Erstveröffentlichung, 2. Zahl: Erste Aktualisierung, 3. Zahl: Zweite Aktualisierung)

XI wurde lediglich ein Expertenstandard zum Thema „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ durch die Vertragsparteien in Auftrag gegeben. Dieser wurde durch das DNQP entwickelt, fachlich konsentiert und anschließend im Entwurf von den Vertragsparteien veröffentlicht (DNQP 2014). Die modellhafte Implementierung und Untersuchung der Wirksamkeit wurden im Anschluss an die Universität Bremen vergeben (Universität Bremen 2016). Im Ergebnis kommt diese Studie zu der Einschätzung einer vorhandenen Praxistauglichkeit des Expertenstandards, jedoch einem fehlenden Nachweis der klinischen Wirksamkeit hinsichtlich der in der Untersuchung verwendeten Endpunkte. Als solche wurden der Einfluss der Einführung des Expertenstandards auf die Mobilität und Transferbeteiligung von Bewohnerinnen<sup>2</sup> in stationären Pflegeeinrichtungen festgelegt, die im Rahmen einer dreiarmligen, multizentrischen und cluster-randomisierten kontrollierten Studie untersucht wurden. Einbezogen waren drei Gruppen von Pflegeheimen: die erste Gruppe erhielt eine Schulung zum Expertenstandard, die zweite eine Schulung zum Expertenstandard und zum gezielten Einsatz von Interventionen und in der dritten Gruppe erfolgte keine Schulung. Ermittelt wurde die Wirksamkeit auf Basis drei verschiedener Instrumente:

- Timed-up-and-go-Test (TUG), mit dem die Zeit in Sekunden gemessen wird, die eine Person benötigt, um von einem Stuhl mit Armlehnen aufzustehen, eine Strecke von drei Metern zu gehen, umzudrehen, zum Stuhl zurückzugehen und sich wieder zu setzen (Podsiadlo et al. 1991)
- Erfassungsbogen Mobilität (EBoMo), durch den die Mobilität beziehungsweise Beeinträchtigungen der Mobilität von Pflegeheimbewohnern beurteilt werden (Stulier et al. 2014)
- Esslinger Transferskala zur Erfassung der Transferbeteiligung, durch die der Schwierigkeitsgrad der für einen schmerz- und gefahrlosen Transfer erforderlichen personellen Hilfe beurteilt wird (Runge et al. 2001).

Die Anlage dieser Wirksamkeitsuntersuchung wirft verschiedene Fragen hinsichtlich der Konzentration auf den stationären Bereich sowie der Auswahl der Instrumente wie auch des zugrunde liegenden Verständnisses von Wirksamkeit auf. Das methodische Vorgehen des DNQP sieht vor, Expertenstandards vor der abschließenden Erstveröffentlichung modellhaft zu implementieren und hinsichtlich ihrer Praktikabilität und Akzeptanz zu erproben (DNQP 2015). Das DNQP hat darüber hinaus in seinen Methodenpapieren (DNQP 2015) die Sinnhaftigkeit externer Wirksamkeitsanalysen unterstrichen. Dies ist bislang jedoch kaum auf Resonanz in der weiteren Fachöffentlichkeit gestoßen. Stattdessen hat das Nichtvorliegen von Wirksamkeitsnachweisen Kritik an Expertenstandards hervorgerufen (Meyer et al. 2007). Woran es bislang fehlt, ist eine intensivere Auseinandersetzung darüber, wie die Wirksamkeit der Einführung von oder der Arbeit mit Expertenstandards empirisch untersucht werden kann. Die Fragen zum Vorgehen bei der Untersuchung der Wirksamkeit des Expertenstandards nach §113a SGB XI zur Erhaltung und Förderung der Mobilität unterstreichen die Notwendigkeit einer solchen Diskussion. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, die For-

2 Es sind jeweils alle Geschlechter angesprochen.



derung nach Wirksamkeitsnachweisen für den Einsatz von Expertenstandards kritisch zu reflektieren und Anforderungen an die Untersuchung ihrer Wirksamkeit zu formulieren. Der Beitrag ist Resultat einer Auseinandersetzung von Mitgliedern des Lenkungsausschusses des DNQP.

## 2. Charakteristika von Expertenstandards

Um die Frage eines angemessenen Ansatzes für die Untersuchung der Wirksamkeit von Expertenstandards zu beantworten, ist zunächst eine Einordnung erforderlich, worum es sich bei Expertenstandards handelt und welche Konsequenzen daraus für die Evaluation ihrer Wirksamkeit zu ziehen sind. Der DNQP-Definition entsprechend sind Expertenstandards professionell abgestimmte Leistungsniveaus zu zentralen Qualitätsrisiken der pflegerischen Versorgung (DNQP 2015). In diesem Sinne handelt es sich bei einem Expertenstandard nicht um eine einzelne Intervention, sondern um verschiedene Facetten, die auf einer relativ abstrakten Ebene das Leistungsniveau und das damit anzustrebende Qualitätsniveau zu einem ausgewählten Themenbereich beschreiben. Es enthält in seiner konkreten und an die jeweiligen Einrichtungen anzupassenden Form im Kern eine, meist mehrere komplexe Intervention(en). Dem auf erforschten Kenntnissen aufbauenden Leistungsniveau liegt ein Programm – also eine Vorstellung über seine Umsetzung und Wirkungsweise – zugrunde, das evaluiert werden kann.

Das Programm ist allen Expertenstandards gemeinsam – unabhängig vom jeweiligen Thema –, da sie nach einer jeweils gleichen Methodik entwickelt und einer jeweils gleichen, am Pflegeprozess und den Dimensionen von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität orientierten Form aufbereitet werden. Die erste Konkretisierung der Intention erfolgt in der Präambel, die Aussagen zur grundlegenden Ausrichtung und den Zielgruppen des Expertenstandards enthält, sowie zur Zielsetzung und Begründung. Die zweite Ebene der Konkretisierung findet sich in den einzelnen Kriterienebenen des Expertenstandards, differenziert in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. Die relative Abstraktheit der Standardkriterien wird in den auf jedes Kriterium bezogenen Kommentaren auf verschiedene Möglichkeiten der Umsetzung heruntergebrochen. Die dritte Konkretisierung erfolgt im Rahmen der Implementierung in den verschiedenen Pflegesettings, die eine Anpassung des Expertenstandards vorsieht, bei der jedoch das festgelegte Leistungsniveau nicht unterschritten werden darf (DNQP 2015). Das bedeutet, dass in einem Expertenstandard die Anpassung an konkrete Gegebenheiten originär vorgesehen ist. Sie ist Bestandteil des Programms von Expertenstandards.

## 3. Untersuchung von Wirksamkeit

Die Evaluation der Wirksamkeit unterschiedlichster Arten von Interventionen, Programmen oder Maßnahmen ist ein wichtiges Feld der Auseinandersetzung in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen. Während in der aus der Medizin stammenden For-

schungsliteratur für Effekte „komplexer Interventionen“ neben dem eigentlichen Untersuchungsziel der Outcome- oder Ergebnisbewertung die Prozessevaluation an Bedeutung gewinnt (z. B. Craig et al. 2008), wird in den Sozialwissenschaften häufig zwischen formativer und summativer Evaluation von Maßnahmen oder Programmen unterschieden (Scriven 2002). Summativ bezieht sich dabei auf das Gesamtergebnis einer Intervention oder eines Programms. Dieses kann oft aber nur verstanden und erklärt werden, wenn es mit formativer Evaluation verbunden ist, die sich mit Bedingungen und Schritten der Umsetzung der komplexen Intervention beziehungsweise des Programms befasst.

Aufgrund dieser Komplexität muss zunächst geklärt werden, welche Ziele eine Wirksamkeitsanalyse haben soll. In der Regel würden traditionelle Effektivitätsuntersuchungen (RCT) von der Zielsetzung des zu evaluierenden Expertenstandards ausgehen, z. B. „Jeder dekubitusgefährdete Patient/Bewohner erhält eine Prophylaxe, die die Entstehung eines Dekubitus verhindert.“ (DNQP 2017: 19). Die Population – jeder Mensch – ist klar beschrieben. Das Ziel scheint auch klar: es dürfte keine Person mit einem Dekubitusrisiko geben, bei der sich tatsächlich ein Dekubitus entwickelt. Forschungsbegünstigend ist hier auch die relativ einfach erscheinende Operationalisierung des Outcomes „kein Dekubitus“. Bei der Beschreibung der Intervention wird es jedoch schwierig, weil sich hinter dem Begriff „Prophylaxe“ sehr viel Unterschiedliches verbergen kann, eine individuelle Angemessenheit ist außerdem erforderlich. Der Expertenstandard benennt als mögliche Interventionen die Aufklärung und Beratung, Entwicklung eines Bewegungsplans, Unterstützung bei der Positionierung und Nutzung von Hilfsmitteln. Angesichts der Heterogenität des Dekubitusrisikos, der risikogefährdeten Personen und der verschiedenen Interventionen, die zur Prophylaxe zur Verfügung stehen, kann bei einem Bewohner eine Maßnahme erfolgreich sein, bei einem anderen Patienten dagegen kann dieselbe Maßnahme evtl. keine Wirkung haben. Möglich wäre auch, dass erst die Kombination mehrerer Interventionen erfolgreich ist. Schließlich ist die Zielerreichung von der angemessenen Durchführung der Intervention abhängig, die an Voraussetzungen und Rahmenbedingungen im jeweiligen Setting gebunden ist, z. B. qualifiziertes Personal.

Seit geraumer Zeit wird das naturwissenschaftlich basierte Design von randomisierten kontrollierten Studien (RCT) für die Untersuchung komplexer Interventionen kritisch diskutiert (Paterson et al. 2009). Dabei gilt unbestritten, dass dieses Design für Wirksamkeitsnachweise von Interventionen geeignet sein kann, die unter denselben oder sehr ähnlichen Bedingungen hochstandardisiert durchgeführt werden können, also wenig patientenbezogene Individualität erfordern wie z. B. die Gabe von Medikamenten zur Untersuchung ihrer Wirkungen. Für Interventionen, die vielfältig sein können, individuell angepasst sein müssen, deren Umsetzung möglicherweise etlichen Hürden unterliegt, deren einzelne Wirkungswege bisher nicht genauer bekannt sind und deren Ergebnisse auf unterschiedlichen Ebenen und facettenreich sein können, greift dieses Design jedoch zu kurz. Es kann die Wirkungsweise komplexer Interventionen nicht erklären. Mit Paterson et al. (2009) ist zu konstatieren, dass Wirkungsweisen kaum linear als Kausalkette von der unabhängigen Variable bis zu einem oft einzelnen

Ergebnis verstanden werden können. Es gibt vielmehr Interaktionen zwischen den Interventionsteilen, dem Prozess und dem Kontext im Zeitverlauf. Nicht nur die Intervention ist dabei eine unabhängige Variable, sondern auch die zu pflegende Person/der Patient, da die Intervention von ihren Ressourcen und manchmal auch ihren Wünschen und ihrer Kooperationsbereitschaft abhängt. Übertragen auf Expertenstandards resultiert daraus, dass zwar festgestellt werden kann, ob nach einem bestimmten Zeitraum, in dem durch die Arbeit mit einem Expertenstandard eine verbesserte Dekubitusprophylaxe erreicht werden sollte, die Anzahl neu entstandener Dekubitus tatsächlich reduziert hat oder nicht. Nicht mit Gewissheit kann jedoch gesagt werden, ob die Veränderung der Dekubitusprävalenz mit dem Einsatz des Instruments Expertenstandard zu begründen ist. Um eine solche Aussage treffen zu können, ist es erforderlich, einen der Intention des Instruments, also seiner Programmtheorie entsprechenden Untersuchungsansatz zu wählen.

Paterson et al. (2009) benennen unterschiedliche Arten von Outcomes, die im Rahmen von Wirksamkeitsuntersuchungen relevant sein können:

- Physische Veränderungen
- Psychische Veränderungen
- Nebeneffekte wie Verminderung anderer Symptome
- Langfristige Veränderungen
- Symptomwahrnehmung und -verständnis
- Erlangung neuer Kompetenzen: Selbstpflegefähigkeiten und Entwicklung von Instrumenten für die Selbstpflege und Prävention

Diese Outcomes weisen hohe Übereinstimmungen mit den Ergebniskriterien der Expertenstandards auf. So ist im Expertenstandard zum Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen (DNQP 2013) eine stabile Schmerzsituation als Ergebniskriterium formuliert. Eine stabile Schmerzsituation kann als physisches und in Teilen auch psychisches Ergebnis angesehen werden. Als physisches Ergebnis kann ebenso das Ergebniskriterium „Der Patient/Bewohner hat keinen Dekubitus“ aus dem Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe (DNQP 2017) angesehen werden. In allen Expertenstandards ist das Wissen der Patienten/Bewohner und oftmals auch der Angehörigen um ein bestehendes Pflegerisiko, um die Entstehung von Pflegeproblemen und um Maßnahmen zum Umgang mit beziehungsweise zur Reduzierung eines Risikos. Für die Untersuchung der Wirksamkeit von Expertenstandards kann somit festgehalten werden, dass sie Ergebniskriterien explizit enthalten, in denen die jeweilige Intention spezifiziert wird und anhand derer Überlegungen zur Evaluation angestellt werden können. Das Programm der Expertenstandards umfasst also ihren grundsätzlichen Aufbau und die Konkretisierung durch die einzelnen Standardkriterien.

#### 4. Programm und Programmtheorie

Der Begriff Programm macht deutlich, dass es sich bei einer „Intervention“ um ein vielfältiges Konzept handelt, das auf ganz unterschiedliche Dimensionen zielt und da-

durch auch ein breites Spektrum an Ergebnissen haben kann, die nicht nur in der zu pflegenden Person zu finden sind. So zielen Expertenstandards zwar immer auf ein übergeordnetes Ergebnis, z. B. die Vermeidung eines Dekubitus, aber auch noch eine ganze Reihe weiterer Bestandteile, ohne die das Gesamtziel nicht erreicht werden kann. Dazu gehören zunächst die Strukturkriterien, ohne die der Prozess, also die personenbezogene Intervention nicht sinnvoll erbracht werden kann, z. B. die Kompetenzen der Pflegenden oder die von der Einrichtung zur Verfügung zu stellenden Informationsmaterialien und Hilfsmittel. Erst vor diesem Hintergrund können die im Standard genannten Prozesskriterien umgesetzt und an den Ergebniskriterien, die es für jede Ebene gibt, gemessen werden. Übersehen wird dabei leicht, dass sich hinter dem Begriff der Kompetenzen der Pflegenden wiederum ein umfangreiches Programm verbergen kann, nämlich das der Schulung mit ihren eigenen Rahmenbedingungen des Gelingens und Misslingens.

Nicht genannt wurde bisher eine weitere Variable, nämlich der Zeitraum der Umsetzung und einer möglichen Wirkung. Je nach Art des Programms und der Kontextfaktoren kann zum einen die Schulung der Handelnden und zum anderen die Integration des praktischen Handelns in die Arbeitsabläufe (Implementierung) sehr unterschiedlich lange dauern. Das hängt von zahlreichen Kontextfaktoren ab, die die Implementierung fördern oder behindern können. Hier werden verschiedene Ebenen genannt: Struktur/Umwelt, Organisation sowie die Innovationsebene mit Pflegenden als „Anbietern“ (provider) und den Pflegebedürftigen (Chaudoir et al. 2013, Roes et al. 2013). Zudem spielt das Team als Ganzes bei der Implementierung eine zentrale Rolle (Quasdorf et al. 2013). Bei einer Evaluation sollte berücksichtigt werden, dass das Programm über eine Implementierungsphase hinweg sehr unterschiedlich umgesetzt werden kann, dass es z. B. zu Beginn der Implementierungsphase mit Engagement durchgeführt wird, aber nach kurzer Zeit dieses Engagement schwindet oder es umgekehrt länger als geplant dauert, bis die Intervention in beabsichtigter Art umgesetzt wird (Reuther et al. 2016). Auch in internationalen Implementierungsansätzen wird auf die Problematik zu lang andauernder Einführungsprozesse hingewiesen (Damschroder et al. 2009). Daher umfasst der Zeitraum für die modellhafte Implementierung nach der DNQP-Methodik etwa sechs Monate. Insgesamt kann nur die Analyse dieser verschiedenen Teile des Programms erklären, warum die Zielsetzung des Expertenstandards, z. B. die Vermeidung eines Dekubitus erreicht werden konnte oder nicht. Übersehen wird manchmal, dass ein Programm sehr wirksam sein kann, aber die Evaluation so kurzfristig nach der Implementierung stattfindet, dass sich die Effekte noch nicht zeigen.

Als Voraussetzung für eine zielgerichtete und differenzierte Evaluation bedarf es einer Programmtheorie. Darin werden Annahmen über die Zusammenhänge ihrer Teile und ihrer beabsichtigten Wirkungen beschrieben (Rossi et al. 2004), die Programmtheorie versucht also zu erklären, warum und in welchen Zusammenhängen etwas (wahrscheinlich) auf bestimmte Ergebnisse wirkt. Dazu gehören Rahmenbedingungen, Strategien, Wege und Akteure der Implementierung, um das Ziel zu erreichen. Rossi et al. (2004) unterscheiden dabei drei miteinander verbundene Komponenten:

Die Wirkungstheorie (impact theory), den Plan für die Inanspruchnahme des Angebots (service utilization plan) und den Organisationsplan (organizational plan).

Die Wirkungstheorie stellt den Kern der theoretischen Annahmen dar, nämlich die Frage, warum die Intervention das angestrebte Ziel hervorrufen soll. Bezogen auf die genannte Dekubitusprophylaxe also die Frage, welche Maßnahmen dazu führen, dass die Entstehung eines Dekubitus verhindert wird. Die den Expertenstandards zugrunde liegende Literaturanalyse nimmt genau darauf Bezug. So kann in den Expertenstandards die Wirkungstheorie im Wesentlichen aus den Literaturergebnissen abgeleitet werden. Was dort nicht belegt werden kann, wird einem Expertendiskurs unterworfen.

Die Adressaten für die Inanspruchnahme der Angebote/der Intervention sind in den Expertenstandards in der Regel eindeutig als Zielgruppe definiert. Die Inanspruchnahme der gesamten oder eines Teils der Intervention oder des Angebots ist dadurch allerdings keineswegs garantiert. Adressaten der Expertenstandards sind die Pflegefachpersonen mit ihrem professionellen pflegerischen Handeln, welches wiederum einen Aushandlungsprozess voraussetzt. Pflegemaßnahmen sollten gemeinsam mit den zu pflegenden Personen geplant werden. Das bedeutet, dass das Ergebnis die Ablehnung des Angebots an pflegerischer Unterstützung beinhalten kann, was wiederum bedeutet, dass das angegebene Ziel trotz besten professionellen Handelns nicht erreicht werden kann. Ein Beispiel zeigt das Ernährungsmanagement, bei dem das Bedürfnis des Patienten dem gesundheitsfördernden Ernährungsbedarf widersprechen kann. Hier sind Beziehungsgestaltung und insbesondere Beratungskompetenzen gefragt, dennoch sind nach dem Paradigma des Expertenstandards die Bedürfnisse vorrangig vor dem Bedarf zu behandeln. Die Literaturanalyse stellt in der Regel Grundlagen zu diesen Aspekten zusammen, auch wenn diese Frage nicht den Kern der Literaturrecherche ausmacht.

Wesentlich für die Implementierung eines Expertenstandards ist zudem der Organisationsplan. Dieser umfasst zum einen alle Rahmenbedingungen und Voraussetzungen, die zu Teilen in den Strukturkriterien des Standards genannt werden. Darin enthalten sind so komplexe Bedingungen wie die Kenntnisse und Kompetenzen der Pflegenden. Hierzu gehören dann auch Pläne, wie das Programm denjenigen vermittelt wird, die es anwenden sollen, also der Weg der Schulung und Organisation, wie er für die modellhafte Einführung der Expertenstandards beschrieben ist (Schiemann et al. 2014). Voraussetzung sind Rahmenbedingungen wie die kenntnisreiche Unterstützung von Implementierungsverfahren durch das Management; nicht nur kompetente, sondern auch ausreichend viele Pflegenden und anderes Personal; möglicherweise auch allgemeine Arbeitsbedingungen. Auch diese Dimensionen werden in der Literaturanalyse angesprochen, zu Fragen der Personalausstattung oft explizit.

Die benannten Dimensionen der Programmtheorie stellen die Grundlage für die Auswahl der Fragen dar, die bei einer Evaluation Auskunft über die „Wirksamkeit“ der Intervention geben sollen. Gleichwohl gilt es, bei der Identifikation konkreter Evaluationsfragstellungen eine Auswahl mit Augenmaß zu treffen, denn *„je mehr man sich der Vielfalt wirksamer Faktoren... bewusst wird, um so zweifelhafter muss werden, dass Aus-*

gen nach dem üblichen ‚Wenn A – Dann B Schema‘... *jemals dem komplexen und dynamischen Charakter der untersuchten Vorgänge gerecht werden können*“ (Mayntz 1980: 3). Dies bedeutet jedoch nicht, in Beliebigkeit zu versinken.

## 5. Welche Aspekte gilt es bei der Entwicklung von Evaluationsfragen zu beachten?

Im ersten Schritt sollten bei der Formulierung des eigenen spezifischen Evaluationsziels und der darauf bezogenen Fragestellung folgende Aspekte mit einander verbunden und abwägend in Einklang gebracht werden:

- die relevanten jeweils besonderen Rahmenbedingungen der eigenen Einrichtung (z. B. externe Qualitätsanforderungen, Klientenstruktur, Räumlichkeiten, Anzahl und Qualifikation des Personals, Leitungsstrukturen, Versprechungen des Leitbilds, ökonomisches Potential),
- die fachlichen und organisatorischen Ziele der Implementierung in der Einrichtung sowie
- die besonderen Inhalte des jeweiligen Expertenstandards.

Im zweiten Schritt zur Festlegung der spezifischen Evaluationsfragen, kommt die besondere Struktur von Expertenstandards zum Tragen, denn sie sprechen ein ganzes Bündel von „Einzelinterventionen“ an:

- sie beziehen sich zum einen auf die Sicherstellung der in der Präambel formulierten Rahmenbedingungen,
- sie legen ihre Anwendungsziele in der Standardaussage fest,
- sie folgen im Aufbau der Logik vollständiger Handlungen, wie sie der Pflegeprozess in seinem üblichen vier- bis sechsschrittigen Modell abbildet,
- jede dieser Handlungsebenen beziehungsweise Standardkriterien wird im Sinne der Donabedian'schen Trias: „Struktur-/Prozess-, Ergebnisqualität“ so formuliert, dass sie jeweils empirisch überprüfbar sind. Aussagen über den Zusammenhang der Qualitätsebenen könnten ein Evaluationsergebnis sein.

## 6. Ausmaß und Dimensionen der Evaluation(sstrategie)

Eine rein summative Evaluation vermag gut Auskunft darüber zu geben, OB ein Standardziel erreicht wurde. Damit ist jedoch nicht gleichermaßen bekannt, WIE dieses Ziel erreicht wurde oder WARUM Ziele nicht erreicht werden konnten. Viele Einflussgrößen, die für eine Einrichtung(-sleitung) wichtig sind, um wirksame Umsetzungsstrategien planen und Nachhaltigkeit herstellen zu können, bleiben somit verborgen. Sie sind jedoch von Bedeutung, um systematisch zu vermeiden, der oft anzutreffenden Fehleinschätzung einer hierarchisch-linearen Beziehung zwischen Planung und Umsetzung, zwischen Denken, Wissen und Handeln aufzusitzen, die in der Annahme gipfelt, Veränderungen könnten ingenieurmäßig geplant und „implementiert“ werden (vgl. Doppler 2002).

Das bedeutet, nur wenn ausreichend komplex evaluiert wird, können Gründe für ein Ge- oder Misslingen der Einführung ermittelt werden. Vor allem kann nur mit diesen Informationen entschieden werden, ob die Interventionen gemäß Expertenstandard selbst den erwarteten Effekt mit sich bringen, oder das kompetente Handeln bestimmter Personen oder das Charisma motivierender Leitungen dafür verantwortlich sind, oder ob Rahmenbedingungen, Einführungsart oder auch ob andere Variablen qualitativ gutes Pflegehandeln im Ergebnis konterkarieren. Um solch komplexe Einflussgrößen möglichst hinreichend in den Blick nehmen zu können, schlagen Höhmann & Bartholomeyczik (2013) in Anlehnung an Patton (1997) sieben Ebenen der Effektmessung vor:

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

Tab. 1: Ebenen der Effektmessung (nach Höhmann et al. 2013)

Im Folgenden wird mit beispielhaften Evaluationsfragen skizziert, wie eine Konkretisierung der Effektmessung für die Strukturierung der Evaluation von Expertenstandards nutzbar gemacht werden kann. Sie sind jedoch nach dem spezifischen Erkenntnisinteresse der Einrichtungen abzuwandeln und zu konkretisieren.

### Zu 1: Inputs

Die Arbeit mit Expertenstandards erfordert den Einsatz von Ressourcen auf unterschiedlichen Ebenen. Diese lassen sich jedoch nicht für alle Bereiche der pflegerischen Versorgung in gleicher Anzahl quantifizieren, da die jeweils pflegebedürftigen Menschen in unterschiedlichem Ausmaß mit dem im Expertenstandard angesprochenen Risiko konfrontiert sind und auf der Seite der Pflegenden unterschiedliche Kenntnisse und Kompetenzen zum jeweiligen Thema vorliegen. Dennoch ist es für die Evaluation von Bedeutung, welche Ressourcen tatsächlich aufgewendet wurden. Daher sollten die wichtigsten aufgewendeten Mittel als formativer Evaluationsschritt und als mögliche Erklärungen für Unterschiede dokumentiert werden. Während der Begleitung der modellhaften Implementierungen durch das DNQP findet zu den durchgeführten Aktivitäten ein intensiver Austausch der an der Implementierung beteiligten Einrichtungen statt mit dem Ziel, voneinander zu lernen. Die folgenden Kriterien sind als Beispiele zu verstehen und müssen je nach tatsächlich durchgeführten Maßnahmen modifiziert werden:

- Aktivitäten zur Sicherung der erforderlichen allgemeinen Rahmenbedingungen, z. B. zur Festlegung der Zusammensetzung, Autorisierung und Zielklärung einer Projektleitungsgruppe, Zeitbedarf aller Beteiligten
- Personelle, zeitliche, ökonomische, räumliche Ressourcen zur Adaption des Standards an Einrichtungsgegebenheiten und ggf. Anpassung dieser Gegebenheiten an Erfordernisse des Expertenstandards
- Geplanter und tatsächlicher Zeitraum der Implementierung
- Aktivitäten zur Sicherung der Voraussetzungen, z. B. Autorisierung von Projektbeauftragten, Projektgruppe und Pflegekräften zur Umsetzung der Standardkriterien, Aufwand an Zeit, Personal, Materialien, Räumlichkeiten und Kosten für die Erhebung des Ist-Kennntnis- und Motivationsstandes bei Personal und Führungskräften
- Personeller, zeitlicher und finanzieller Aufwand für Fortbildungsveranstaltungen (z. B. Kosten für Referenten, Ausfallzeiten, Schulungsmaterialien) und für den Austausch mit anderen beteiligten Einrichtungen.

## Zu 2: Programmaktivitäten

Neben der Frage der aufgewandten Ressourcen ist für die Evaluation ebenso von Bedeutung, welche einzelnen Aktivitäten in einer Einrichtung zur Arbeit mit einem Expertenstandard durchgeführt werden. Das Konzept der modellhaften Implementierung des DNQP (2015) sieht nach einer Vorbereitungsphase die Phasen der Fortbildung sowie der Anpassung und Konkretisierung vor. Das Konzept enthält einige Angaben zu in diesen Phasen erforderlichen und wünschenswerten Aktivitäten, macht jedoch keine expliziten Vorgaben. Folgende beispielhafte Aspekte sind für die Evaluation von Interesse:

- Organisation des Veränderungsprozesses: wer unternimmt welche Aktivitäten für wen, wer ist autorisiert, wer ordnet etwas an, wer kontrolliert etwas – insbesondere die in einigen Expertenstandards benannte Verfahrensregelung erfordert entsprechende Festlegungen
- Durchführung von Veranstaltungen in der Einrichtung (Kick-Off-Veranstaltung(en), Schulungs- und Fortbildungsangebot, Entscheidung über die Berechtigung zur Teilnahme
- Rollen und Aufgabenwahrnehmungen der unterschiedlichen Akteure: Management, Projektbeauftragte, Projektgruppen, andere; Koordination und Abstimmung von Aktivitäten (Wer? Wann?)
- Umfang der Implementierung (welche Stationen/Abteilungen/Touren o. ä. werden einbezogen)
- Welche Materialien (Schulungsmaterial für Patienten/pflegebedürftige Menschen, Angehörige oder Personal; Pflegehilfsmittel) wurden eingesetzt?

## Zu 3: Teilnahme

Die Frage der Teilnahme bezieht sich auf die Anzahl, besondere Merkmale und die Art der Beteiligung von Zielgruppen. Für die Arbeit mit Expertenstandards sind damit ei-



nerseits die Pflegefachkräfte angesprochen, darüber hinaus aber auch die Patienten/Be-  
wohner und anderen Zielgruppen, deren gesundheitliche und pflegerische Situation  
durch die Arbeit mit einem Expertenstandard stabilisiert, verändert oder verbessert  
werden soll. Für die im Rahmen der Implementierung von Expertenstandards vorgese-  
henen Kick-Off- und andere Veranstaltungen ist es zudem von Bedeutung, ob Vertre-  
terinnen und Vertreter anderer Berufsgruppen beteiligt sind. Entsprechend sind in die-  
sem Zusammenhang die folgenden Fragen von Interesse, die formativ evaluiert werden  
können:

- Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsveranstaltungen durch die eingela-  
denen Pflege(fach)kräfte (Wie viele Personen? Wer?)
- Teilnahme an Kick-Off- und anderen projektbezogenen Veranstaltungen (Anzahl  
in Relation zu den Eingeladenen, verschiedene Berufsgruppen)
- Beteiligung an der Projektgruppe, die die einrichtungsspezifische Umsetzung koor-  
diniert
- Anzahl der in die Umsetzungsaktivitäten einbezogenen Patienten/pflegebedürfti-  
gen Menschen

#### Zu 4: Reaktionen

In diesem Zusammenhang ist es von Interesse, welche Reaktionen die Arbeit mit einem  
Expertenstandard bei unterschiedlichen Personen auslöst. Die Implementierung eines  
Expertenstandards kann mit unterschiedlich umfangreichen Veränderungen in Ein-  
richtungen einhergehen, und es ist zu erwarten, dass Veränderungen Reaktionen nach  
sich ziehen. Anzahl, Art und der Zeitpunkt von Reaktionen können wichtige Hinweise  
auf problematische oder besonders gelingende Aspekte der Implementierung oder der  
Arbeit mit einem Expertenstandard geben.

- Wie wird die Organisation und Umsetzung des Innovationsprozesses, die Organi-  
sation des Kompetenzerwerbs oder die eigene Motivation von Leitungen oder Mit-  
arbeitern bewertet?
- Welche Hürden werden von wem bei welcher Aktivität und wie identifiziert?
- Wie verlaufen Feedbackprozesse?
- Gibt es Rückmeldungen von pflegebedürftigen Menschen oder Angehörigen zu  
den Aktivitäten, die sie wahrnehmen können?
- Verändern sich Ziele oder Maßnahmen im Prozess der Umsetzung? Wer initiiert  
solche Veränderungen und warum?

#### Zu 5: Veränderung von Wissen und Einstellungen

Zum Programm der Expertenstandards gehört, dass die intensive Auseinandersetzung  
mit seinen Inhalten zu einer Sensibilisierung zum jeweiligen Thema führt. Diese Sensi-  
bilität kann auf sehr unterschiedliche Aspekte ausgerichtet sein. Darüber hinaus sieht  
das Konzept der modellhaften Implementierung ausdrücklich die Fortbildung zum  
Thema des jeweiligen Expertenstandards vor und geht somit davon aus, dass – zwar

aufbauend auf in der Ausbildung und durch berufliche Erfahrung erworbenen Kompetenzen – eine Bekräftigung und Erweiterung von Kompetenzen erforderlich ist. Eine Evaluation der Wirksamkeit von Expertenstandards sollte daher diesem Aspekt Raum geben. Mögliche Fragen in diesem Zusammenhang könnten sein:

- Wie sieht der themenspezifische Wissens- und Kompetenzzuwachs aus? Hier könnten Vorher-Nachher-Erhebungen in Form von Wissenstests oder Kompetenzbeschreibungen sinnvoll sein, um zu prüfen, ob die „richtigen“ Kompetenzen gefördert wurden.
- In welchen Bereichen bleiben Defizite, aus wessen Sicht?
- Haben sich Einstellungen gegenüber dem spezifischen Pflegephänomen oder zur Arbeit allgemeiner geändert?

#### Zu 6: Veränderung von Handeln

Zum Teil werden Veränderungen im Handeln bereits bei der Frage nach veränderten Kompetenzen beantwortet. Unabhängig davon gilt es jedoch, zur Bewertung der Wirksamkeit von Expertenstandards die dadurch induzierten Veränderungen des professionellen Handelns zu prüfen, z. B. anhand der folgenden Fragen:

- Welche Veränderungen der Arbeitsorganisation wurden zur Umsetzung des Standards vorgenommen (Zuständigkeiten, Qualifikationsniveau der Pflegekräfte, die standardspezifische Interventionen leisten)? Hat es Veränderungen in den „indirekten“ oder „patienten-/bewohnerfernen“ Bereichen gegeben, z. B. bezogen auf Dienstpläne, Nutzung neuer Räumlichkeiten, Einbeziehung anderer Kooperationspartner, neue Kommunikationswege und -muster?
- Wurden Pflegehandlungen verändert (z. B. Durchführung spezifischer Einschätzungen für im Expertenstandard angesprochene Problembereiche, Anwendung neuer Pflegeaktivitäten). In diesem Zusammenhang ist nicht nur das OB von Interesse, sondern auch die Dauerhaftigkeit. Ebenso interessant sind Angaben dazu, warum neue Handlungsweisen nicht aufgegriffen und umgesetzt wurden.
- Wo bestehen noch handlungsbezogene Umsetzungsdefizite aus der Perspektive von Leitungen und/oder Mitarbeitern?

#### Zu 7: Gesamtwirkungen: summativ

Im Sinne einer summativen Evaluation sollten im Vorfeld festgelegte Ergebnisse erhoben werden. Dazu gehören zunächst aus der Zielsetzung des Expertenstandards abgeleitete primäre Ergebnisse. Zum Teil ist auch eine fortlaufende Ergebniserfassung anhand von Indikatoren möglich. Fragen zur Gesamtwirkung könnten sein:

- Veränderungen in den Prävalenzraten relevanter Problemstellungen (z. B. eines Dekubitus). Um aussagekräftig zu sein, ist es erforderlich, dass es Ausgangs- oder wenigstens Referenzwerte für Prävalenzindikatoren gibt, um die Ergebnisse einordnen und interpretieren zu können. Es empfiehlt sich, Ausgangserhebungen vor der Einführung vorzunehmen, um entsprechende Vergleichsgrößen zu haben.

- Gleiches gilt für Inzidenzraten. Bei manchen Themen (wie z. B. der Dekubitusprophylaxe) kann die Inzidenz sehr viel sinnvoller als Ergebnis sein als die Prävalenz. Daneben können auch sekundäre Zielsetzungen evaluiert werden, z. B.:
- Kosten-Nutzen-Erwägungen im Sinne von: Summe eingesetzter Mittel – erreichte Abnahme der Inzidenz/Prävalenz. Zu beachten ist jedoch, dass im Vorfeld definiert und geklärt sein sollte, welches Ergebnis als Nutzen verstanden wird.
- Mitarbeiterbezogene Aspekte wie z. B. Veränderung der Mitarbeiterzufriedenheit oder Veränderungen von Kündigungsraten oder Krankheitstagen. Sinnvoll nutzen lassen sich auch solche Ergebnisse nur in Relation zu Ausgangswerten vor Beginn eines Implementierungsprozesses.
- Ein Sekundärziel können auch öffentlichkeitswirksame Ergebnisse sein oder Auswirkungen auf die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung (z. B. im Rahmen einer Qualitätsprüfung durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung)

Diese Zusammenstellung verdeutlicht die Komplexität von Untersuchungen zur Wirksamkeit von Expertenstandards. Als größte Herausforderung muss angesehen werden, die Erkenntnisse aus diesen Ebenen der Effektmessung zusammenzuführen und zu interpretieren. Eine solche umfassende Betrachtungsweise ist erforderlich, um Aussagen über die Wirksamkeit von Expertenstandards treffen und unterschiedliche Ergebnisse erklären zu können. Eine isolierte Betrachtung von Einzelergebnissen kann Auskunft geben, ob ein angestrebtes Ziel im Sinne eines klinischen Endpunkts erreicht wurde oder nicht. Sie kann jedoch keine Aussagen darüber treffen, ob ein Expertenstandard in diesem Zusammenhang wirksam ist oder nicht. Nur die erweiterte Betrachtung lässt weitergehende Interpretationen zu. Anders als bei Einzelinterventionen, deren Wirksamkeit an möglichst großen Populationen untersucht wird, lässt sich durch die Anzahl an Einrichtungen, in denen die Wirksamkeit eines Expertenstandards untersucht wird, nicht unbedingt ein aussagefähigeres Ergebnis der Analyse erzielen, da die Arbeit mit einem Expertenstandard auf unterschiedlichen Ebenen Auswirkungen hervorbringen kann. Für einige dieser Auswirkungen kann die Auseinandersetzung mit dem Expertenstandard ursächlich sein. Für andere Auswirkungen können andere Aspekte, z. B. Fragen der Organisationskultur, verantwortlich sein, die durch die Arbeit mit einem Expertenstandard offensichtlich werden, jedoch nicht ursprünglich damit in einem Zusammenhang stehen. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die Auswirkung eines Expertenstandards umso größer ist, je unabhängiger von Organisationsbedingungen ein fachlich begründetes Handeln stattfinden kann. Dieser Gedanke wäre auch für die Betrachtung der Untersuchung der Wirksamkeit von Leitlinien von Interesse.

## 7. Diskussion

Diese nur kurzen Ausführungen verdeutlichen auch die Problematik der in § 113a SGB XI festgeschriebenen verbindlichen Einführung von Expertenstandards. Diese Bestimmung bedeutet faktisch, dass ca. 27.000 ambulante und stationäre Einrichtungen (Statistisches Bundesamt 2017) unter Androhung von Sanktionen verpflichtet

werden, einen Expertenstandard einzuführen. Die dargelegten Überlegungen zur Einführung von Expertenstandards verweisen auf eine höchst unübersichtliche Anzahl möglicher Ausgangskonstellationen, vor deren Hintergrund die Untersuchung von Wirksamkeit sehr fragwürdig erscheint. Entsprechend ist auch fraglich, ob die Untersuchung der Wirksamkeit des Expertenstandards zur Erhaltung und Förderung der Mobilität tatsächlich etwas über die Wirksamkeit aussagt. Sie sagt aus, dass bei den Bewohnern der beteiligten Pflegeheime keine signifikanten Verbesserungen der Mobilität und Transferbeteiligung (im Sinne der verwendeten Instrumente) eingetreten sind. Ob dieses Ergebnis jedoch etwas über die Wirksamkeit des Expertenstandards aussagt oder Resultat unterschiedlicher Ausgangsbedingungen oder veränderter Gesundheitszustände ist, bleibt offen.

Nicht untersucht ist bislang auch die Frage, wie mit dem Umstand umgegangen werden soll, dass die Umsetzung eines Expertenstandards in einigen Einrichtungen zu positiven Ergebnissen führt, in anderen hingegen nicht. Vor dem Hintergrund der den Expertenstandards zugrunde liegenden Programmtheorie ist eine solche Situation höchst wahrscheinlich, weil die Ausgangssituation und die Organisationsbedingungen in unterschiedlichen Einrichtungen sehr heterogen sind. Es darf bezweifelt werden, dass die Sanktionierung der Nichteinführung eines Expertenstandards – wie in § 113 a SGB XI vorgesehen – in diesem Zusammenhang für pflegebedürftige Menschen bessere Ergebnisse hervorzubringen vermag als die Rückbesinnung auf Prinzipien der Implementierung von Innovationen und komplexer Interventionen und deren angemessener Evaluation. Diese ist zwar aufwendig, bietet jedoch die Möglichkeit zur Gewinnung umfangreicher Erkenntnisse, die mittelfristig deutliche Qualitätsverbesserungen erwarten lassen.

## 8. Schlussfolgerungen

Ist die Schlussfolgerung aus diesen Ausführungen, dass die Evaluation von Expertenstandards wegen ihrer Komplexität faktisch unmöglich ist? Das wäre aus unterschiedlichen Gründen unbefriedigend. Tatsächlich sind Expertenstandards jedoch als Instrumente der internen Qualitätsentwicklung in verschiedenen Bereichen der Pflegepraxis konzipiert und sollten als solche auch genutzt werden. Sie bieten Pflegeheimen, Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten und anderen Einrichtungen der pflegerischen Versorgung eine fundierte und umfangreiche Grundlage, um bestehenden Qualitätsproblemen zu begegnen. Wegen der in hohem Maße heterogenen Ausgangsbedingungen ergeben sich unterschiedliche Notwendigkeiten bei der Arbeit mit Expertenstandards. Zunächst dienen sie einer Reflexion der bestehenden Praxis. Sie bieten eine evidenzbasierte Grundlage für ein pflegerisches Handeln zur Abwehr bestehender individueller Qualitätsrisiken und zur klaren Formulierung von zu erreichenden Zielen zu ausgewählten Problembereichen. Jeder Expertenstandard enthält jedoch nicht nur Hinweise auf individuelles Pflegehandeln, sondern verweist auch auf organisatorische Bedingungen, die für eine Zielerreichung erforderlich sind. Die DNQP-Projekte zu den modellhaften Implementierungen (Moers et al. 2017) zeigen deutlich, dass oh-

ne Berücksichtigung dieser Bedingungen Zielerreichungen deutlich erschwert sind. In diesem Sinne kann die Reflexion der eigenen Praxis vor dem Hintergrund der Inhalte eines Expertenstandards dazu dienen, die eigenen Vorgehensweisen bestätigt zu finden. Ebenso können diese jedoch in Frage gestellt sein und die Notwendigkeit unterschiedlich intensiver und umfassender Veränderungen oder Neuausrichtungen nach sich ziehen. Für diese Prozesse in den Einrichtungen stellen sich Fragen der Wirksamkeit der Arbeit mit Expertenstandards auf unterschiedlichen Ebenen. Ansatzpunkte für die Entwicklung einer darauf ausgerichteten Evaluation wurden in diesem Beitrag aufgezeigt.

## Literatur

- Chaudoir, S.R.; Dugan, A.G.; Barr, C. H. (2013): Measuring factors affecting implementation of health innovations: A systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. In: *Implementation Science*, 8-22, doi: 10.1186/1748-5908-8-22
- Damschroder, L.J.; Aron, D.C.; Keith, R.E.; Kirsh, S.R.; Alexander, J.A.; Lowery, J.C. (2009): Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. In: *Implementation Science*, 4-50, doi: 10.1186/1748-5908-4-50
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg. 2014): Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Abschlussbericht, 13. Juni 2014 (verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet\\_in\\_der\\_pflege/expertenstandard/Pflege\\_Expertenstandard\\_Mobilitaet\\_Abschlussbericht\\_14-07-14\\_finaleVersion.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/Pflege_Expertenstandard_Mobilitaet_Abschlussbericht_14-07-14_finaleVersion.pdf), abgerufen am 06.08.2018)
- DNQP (Hrsg.) (2015): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards. Version Juni 2015. Osnabrück: DNQP (<https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/DNQP-Methodenpapier2015.pdf>, abgerufen am 19.03.2018)
- DNQP (Hrsg.) (2017): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung 2017 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP
- Doppler, K. (2002): Unternehmenswandel gegen Widerstände. Frankfurt
- Höhmann, U.; Bartholomeyczik, S. (2013). Komplexe Wirkungszusammenhänge in der Pflege erforschen: Konzepte statt Rezepte. *Pflege & Gesellschaft*, 18(4), 293-312
- Mayntz, R. (1980): Die Entwicklung des analytischen Paradigmas der Implementationsforschung: In: Mayntz Renate: Implementation politischer Programme. Empirische Forschungsberichte. Königstein/Ts S. 1-19
- Meyer, G.; Köpke, S. (2006): Expertenstandards in der Pflege. Wirkungsvolle Instrumente zur Verbesserung der Pflegepraxis oder von ungewissem Nutzen? In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39: 211-216
- Moers, M.; Schiemann, D.; Stehling, H. (2017): Expertenstandards implementieren – Spezifika gelingender Einführungsprozesse. In: Schiemann, D.; Moers, M.; Büscher, A. (Hrsg.): *Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden, Instrumente*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 71-101
- Paterson, C.; Baarts, C.; Launso, L.; Verhoef, M.J. (2009): Evaluating complex health interventions: a critical analysis of the 'outcomes' concept. In: *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2009:18, doi.org/10.1186/1472-6882-9-18
- Podsiało, D.; Richardson, S. (1991): The Timed „Up & Go“: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. In: *Journal of the American Geriatrics Society*. 39 (2), 142–148
- Quasdorf, t.; Hoben, M.; Riesner, C.; Dichter, M.N.; Halek, M. (2013): Einflussfaktoren in Disseminations- und Implementierungsprozessen. In: *Pflege & Gesellschaft*. 18 (3), 235-252

- Reuther, S.; Holle, D.; Roes, M.; Bartholomeyczik, S.; Halek, M. (2016): Das Stepped Wedge Design – Chancen und Herausforderungen für die Effektivitätsmessung von komplexen Interventionen – Ein Fallbeispiel aus der Forschungspraxis. *Pflege & Gesellschaft*. 21 (1), 33-46
- Roes, M.; de Jong, A.; Wulff, I. (2013): Implementierungs- und Disseminationsforschung – ein notwendiger Diskurs. In: *Pflege & Gesellschaft*. 18 (3), 197-212
- Rossi, P. H.; Lipsey, M. W.; Freeman, H. E. (2004). *Evaluation. A Systematic Approach* (7th ed.). Thousand Oaks: Sage
- Schiemann, D.; Moers, M. (2017): Qualitätsmethodik zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung evidenzbasierter Expertenstandards in der Pflege. In: Schiemann, D.; Moers, M.; Büscher, A. (Hrsg.): *Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden, Instrumente*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 29-49
- Scriven, M. (2002). *Evaluation Thesaurus*. Newbury Park et al.: Sage
- Statistisches Bundesamt (2017): *Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschländergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Runge M, Rehfeld G. *Geriatrische Rehabilitation im therapeutischen Team*. Stuttgart: Thieme; 2001
- Stulier, N.; Abt-Zegelin, A. & Bartholomeyczik, S. (2014). Ausgewählte Qualitätskriterien des Erfassungsbogens Mobilität (EBoMo) – Eine empirische Untersuchung in der stationären Altenpflege. *Pflegewissenschaft*, 16(3), 144–155
- Universität Bremen (2016): *Modellhafte Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ (ExMo)*. Abschlussbericht, 31.08.2016 (verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet\\_in\\_der\\_pflege/expertenstandard/2016-08-31\\_Pflege\\_Abschlussbericht\\_ExMo.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/2016-08-31_Pflege_Abschlussbericht_ExMo.pdf), abgerufen am 06.08.2018)
- Vertragsparteien nach § 113 SGB XI (2009): *Vereinbarung nach § 113a Abs. 2 Satz 2 SGB XI über die Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung in der Pflege vom 30. März 2009* (verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet\\_in\\_der\\_pflege/expertenstandard/Vereinbarung\\_Verfahrensordnung\\_fuers\\_Internet.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/Vereinbarung_Verfahrensordnung_fuers_Internet.pdf), abgerufen am 06.08.2018)

*Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik*

Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft, Stockumer Straße 12, 58453 Witten, Sabine.Bartholomeyczik@uni-wh.de

*Prof. Dr. Andreas Büscher*

Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Caprivistraße 30a, 49076 Osnabrück, a.buescher@hs-osnabrueck.de

*Prof. Dr. Ulrike Höhmann*

Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft, Stockumer Straße 12, 58453 Witten, Ulrike.Hoehmann@uni-wh.de

*JProf. Dr. Erika Sirsch*

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Pallottistraße 3, 56179 Vallendar, esirsch@pthv.de

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. Andreas Büscher, Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Caprivistraße 30a, 49076 Osnabrück, a.buescher@hs-osnabrueck.de

Hermann Brandenburg

## Einige Bemerkungen zur Theoriediskussion in der Pflegewissenschaft

*Theorie, Theoria heißt: Dabeisein, Sehen, was ist.  
Hans-Georg Gadamer*

Vor einigen Jahren ist in der Zeitschrift „PFLEGE“ ein Beitrag über die „spärliche Theoriebildung“ in der Pflegewissenschaft erschienen (Moers/Schaeffer/Schnepf 2011). Nach den produktiven Entwicklungen der 1980er- und 1990er-Jahre ist der theoretische Diskurs in der deutschen Pflegewissenschaft – so das Autorenteam – bereits im letzten Jahrzehnt beinahe zum Erliegen gekommen, während die Zahl empirischer Arbeiten sprunghaft angestiegen sei. U. a. sah man in der Tatsache der extremen Beanspruchung und der Überlastung der Akteure eine Erklärung für diese Behauptung. Denn viele Akteure sind in verantwortlicher Position an Hochschulen involviert, z. T. mit erheblicher Lehrlast. Eine andere mag darin liegen, dass mit der zunehmenden Dominanz klinischer und evidenzbasierter Pflegeforschung ein ganz bestimmtes Forschungsparadigma bestimmend wurde, das weniger strukturkritisch und sozialwissenschaftlich ausgerichtet war. Vor allem die Verbesserung der klinischen Praxis stand nun im Vordergrund, Probleme und Herausforderungen einer fachsystematischen und wissenschaftstheoretisch akzentuierten Theoriediskussion spielten eine untergeordnete Rolle. Meiner Einschätzung nach hat sich an der grundlegenden Diagnose nicht viel geändert – im Gegenteil. Eine weitgehende Theorieabstinenz in der Pflegewissenschaft ist heute unverkennbar, ablesbar an den Publikationsschwerpunkten der führenden Zeitschriften. Die Folgen lassen sich bereits erkennen. Mein Beitrag skizziert grob den Ausgangspunkt, beschreibt kurz die Theorieentwicklung und macht einen konkreten Vorschlag, wie es weitergehen kann.

### 1. Stand der Dinge: Licht und Schatten<sup>1</sup>

Auf der Grundlage der Hochschul- und Studiengangdatenbank des Portals „Pflegestudium.de“ wurden Ende 2016 bereits 149 Pflegestudiengänge ausgewiesen. Insgesamt 78 Universitäten, Fachhochschulen und Akademien bieten ein Pflegestudium an, davon 105 Bachelor und 44 Master (überwiegend an den Fachhochschulen). Konsequenterweise enthält die Kontaktliste der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DPG)<sup>2</sup> bereits über 130 Namen von Professorinnen und Professoren, die an deutschen Hochschulen Pflegewissenschaft, Pflegemanagement oder Pflegepädagogik lehren bzw. in entsprechenden Forschungseinrichtungen involviert sind; von denen

1 Es geht hier nicht um eine Chronologie, nur um Schlaglichter (vgl. umfassend zuletzt: Bartholomeyczik 2017).

2 Die Fachgesellschaft wurde bereits 1989 gegründet, zunächst als „Deutscher Verein (DV) zur Förderung von Pflegewissenschaft und Forschung e.V.“

waren ca. 100 Personen pflegfachlich bzw. pflegewissenschaftlich einschlägig qualifiziert (Stemmer 2016: 29). 1987 war mit Ruth Schröck die erste und damals einzige Professorin für „Krankenpflege und Sozialwissenschaften“ an eine deutsche Hochschule berufen worden. Auch die Zahl der Forschungsprojekte ist erheblich gestiegen, denn noch zu Beginn der 1990er Jahre gab es praktisch keine institutionell geförderte Pflegeforschung, die Ausnahme bildete die 1988 durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) unterstützte Studie zur „Pflege bei Schlaganfallpatienten“. Das Förderprogramm SILQUA-FH des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) hat in sechs Förderrunden bis einschließlich 2015 insgesamt 101 Projekte aus der Pflege, Sozialen Arbeit und der Gesundheit mit 28,5 Millionen Euro gefördert. Und auch die Universitäten sind nicht leer ausgegangen. Häufig erwähnt als „Meilenstein der Forschungsförderung zum Aufbau der Pflegeforschung“ (Meyer 2016: 48) wurden die Pflegeforschungsverbände aus den Jahren 2004 bis 2010, an denen insgesamt 15 universitäre Hochschulen und Forschungsinstitute beteiligt waren. 9,3 Millionen Euro wurden hierfür zur Verfügung gestellt. Auch die Kongressaktivitäten sind deutlich gesteigert worden. Mittlerweile gibt es keinen Mangel mehr an nationalen pflegebezogenen Fachveranstaltungen, Tagungen und Kongressen auf unterschiedlichen Niveau. Wegweisend für die Pflegewissenschaft war sicher der erste internationale Kongress der DGP, der am 4./5. Mai 2018 in Berlin stattgefunden hat.

Trotz dieser Erfolgsgeschichte werden die Herausforderungen nicht verschwiegen. So hat z. B. die zunehmende Akzeptanz des sogenannten Impact-Faktors auch in der pflegewissenschaftlichen Scientific Community dazu geführt, dass sie immer mehr Bestandteil des „Wissenschaftszirkus“ (Stemmer 2016: 32) geworden ist. Die beobachtbare Verschiebung von Wahrheit (Wissenschaft) zu Geld (Ökonomie) und Macht (Politik) betrifft die Wissenschaftslandschaft insgesamt, d. h. auch die Pflegewissenschaft. Die langjährige Vorsitzende der DGP – Renate Stemmer (2016: 32) – hat explizit auf die Gefahr hingewiesen, dass die hier produzierte Selbstreferentialität mit der Entkopplung der Pflegewissenschaft von ihrem Gegenstand verbunden sein kann und damit letztlich die Legitimität dieser Disziplin gefährde. Ich teile diese Einschätzung, vor allem auch deswegen, weil der Pflegewissenschaft (nach wie vor) ein Kompass fehlt – und das ist die fehlende theoretische Fundierung. Es geht mir dabei nicht um Ansätze und Konzepte zur Erklärung von einzelnen empirischen Phänomenen – deren Zahl und Qualität ist durchaus angestiegen – mein Interesse liegt ausschließlich bei den für die Disziplin insgesamt (auch in ihrem Verhältnis zu anderen Disziplinen) bedeutsamen Grundsatzfragen: Was ist das eigentlich für eine Wissenschaft – die Pflegewissenschaft? Welche Frage- und Problemstellungen gehören originär zu ihrer Domäne – und welche nicht? Welche Methoden (auch im Verhältnis) zu den Sozial- und Naturwissenschaften sind für sie „brauchbar“ oder entwickelt sie eigene Methoden? Gibt es einen Wissenskörper von empirischen Ergebnissen, welche die Pflegewissenschaft bzw. Pflegeforschung auszeichnen? Berücksichtigt werden muss natürlich, dass die eine oder andere Frage bereits diskutiert und (vorläufig) beantwortet wurde (z. B. Stemmer 2001, Remmers 2011, Bartholomeyczik 2014, Moers/Schaeffer 2014). Aber eine intensive Debatte, deren Anzeichen noch Ende der 1990er Jahre erkennbar waren (exempla-



risch: Dornheim et al. 1999<sup>3</sup>), gibt es heute dazu nicht mehr. Sie müsste aber eigentlich kontinuierlich geführt werden. Denn eine Wissenschaft kann sich nicht in Empirie (oder Methodendebatten) auflösen, sie muss sich immer wieder ihres Status vergewissern. Und in gewisser Weise muss diese wissenschaftstheoretische Grundsatzfrage offengehalten werden, eine einmalige und endgültige Festlegung widerspricht der Entwicklungsdynamik von Disziplinen. Aus diesem Grunde ist eine immer neue Initiierung und Fortführung dieser Debatte essentiell für jede wissenschaftliche Disziplin, damit auch für die Pflegewissenschaft.

Meine These ist, dass auf der Vorderbühne eine Erfolgserzählung der Pflegewissenschaft rekonstruiert werden kann (immer mehr Studiengänge, zunehmende Etablierung an Hochschulen, Erhöhung der Zahl angeworbener Forschungsprojekte, Beteiligung an der Politikberatung etc.). Aber auf der Hinterbühne bleibt fraglich – eben wegen vieler ungeklärter Grundsatzfragen und der Defizite in der Theoriebildung – wie man diese Entwicklung einzuschätzen hat. Warum ist das überhaupt ein Problem? Machen wir uns diesen Punkt an drei Beispielen klar:

- Bereits oben wurde die Zahl der Pflegestudiengänge erwähnt. Mal ganz abgesehen davon, dass in der erwähnten Publikation von „Pflegewissenschaften“ die Rede ist (die gibt es nicht!), wie ist es einzuschätzen, dass mittlerweile 20 privatwirtschaftlich ausgerichtete Hochschulen entsprechende Studiengänge anbieten (und damit eine immer stärker Verbindung zu einem ökonomisierten Pflege- und Gesundheitssystem verfestigen)? Und gehören Studiengänge in der Gerontologie zu den „Pflegewissenschaften“? Natürlich – ein *„Kerncurriculum Pflegewissenschaft für pflegebezogene Studiengänge“* (Hülken-Giesler et al. 2010) liegt vor. Aber wer hält sich dran? Und welche Verbindlichkeit lässt sich hier durchsetzen? Denn wenn man sich die Studiengänge genauer ansieht, dann wird deutlich, dass hier eine hohe Heterogenität (oder Beliebigkeit) in vielen Inhalten festzustellen ist. In jedem Fall ist eine wissenschaftsbasierte kanonisierte Grundlage von Inhalten, Theorien und Methoden nicht vorhanden, eher dominiert eine Marktgetriebenheit und ein zunehmender Fokus auf verwertbare Studienabschlüsse. Es ist schwer vorstellbar, wie auf dieser Grundlage ein substantieller Beitrag für die Disziplinentwicklung geleistet werden kann.

- Auch die bloße Zahl von Pflegeprofessorinnen und Professoren vermag nicht wirklich zu überzeugen. Was genau verstehen sie eigentlich unter „Pflegewissenschaft“? Sehen sie das, was sie beruflich leisten, als Beitrag zu dieser Disziplin oder ordnen sie sich ihren Herkunftsdisziplinen zu? Die Zeit ist noch gar nicht so lange her, dass man Pflegebereiche (sowohl in der Pflegepädagogik wie auch im Pflegemanagement) aufgebaut hat – ohne auch nur eine einzige Pflegewissenschaftlerin bzw. einen Pflegewissenschaftler. Wie stellt sich konkret das Verhältnis zwischen den Sozial- und Bildungswissenschaften sowie der Pflegewissenschaft dar? Welche disziplinäre Logik setzt sich am Ende durch? Und ist nicht die Tatsache, dass es nur eine pflegewissenschaftliche Fakultät in allen deutschsprachigen Ländern gibt, letztlich (auch) ein Skandal? In den ge-

<sup>3</sup> Diese Veröffentlichung geht zurück auf eine Veranstaltung der „Arbeitsgruppe Wissenschaftstheorie“ der Sektion Hochschullehre des damaligen „Deutschen Vereins zur Förderung von Pflegewissenschaft und Forschung“.

nannten Ländern gibt es insgesamt 45 medizinischen Fakultäten! Damit soll keineswegs das Engagement der Kolleginnen und Kollegen an den Fachhochschulen geschmälert werden – im Gegenteil. Ich war selbst 13 Jahre Fachhochschulprofessor und weiß zur Genüge, in welche Zwänge und Verantwortlichkeiten man bei 18 SWS eingebunden ist. Da bleibt jenseits der Selbstausschöpfung wenig Zeit für Grundsatzfragen und Theoriedebatten. Aus meiner Sicht ist völlig klar – ohne einen weiteren Ausbau universitärer Pflegewissenschaft, vor allem eigenständiger und unabhängiger Fakultäten dieser Disziplin, wird es keine substantielle Weiterentwicklung in diese Richtung geben können.

- Auch dominiert die Vorderbühne, wenn unklar ist, ob und wenn ja wie eine pflegetheoretische Begründung von Forschungsfragen vorgenommen oder eine pflegetheoretische Einbettung von entsprechenden Befunden ermöglicht wird. In der Folge werden entweder implizit oder explizit Bezüge der Nachbardisziplinen adaptiert oder auf rein empirischer und damit theorieloser Ebene argumentiert. Wie kann dann ein Fortschritt (oder Rückschritt) sowohl der wissenschaftlichen Perspektive in der Pflege wie auch der Pflegepraxis dauerhaft und nachhaltig festgestellt werden? Und an welchen Kriterien soll dies festgemacht werden? Zu Recht wurde darauf aufmerksam gemacht, dass eine Fachsystematik, die als konstitutiv für die Disziplinarität eines Fachs angesehen werden muss, in der Pflegewissenschaft nicht vorhanden ist. Kritisiert wurde in diesem Zusammenhang die Neuausgabe des „Handbuch Pflegewissenschaft“ (Schaeffer/Wingenfeld 2011), in dem es nicht gelungen sei *„in komprimierter Form (eine – H.B.) breite fachliche Orientierung zu geben. Freilich konnte der hier repräsentierte Wissensstand noch nicht zu einer systematischen Ordnungsform gelangen, insoweit das disziplinäre Konstrukt Pflegewissenschaft einer wissenssoziologischen, -historischen sowie -theoretischen Begründung mangelt“* (Remmers 2011: 12).

## 2. Die Pflegetheorieentwicklung: Skizze und Konsequenz

Fairerweise muss aber auch gesagt werden, dass eine die Erstherausgeberin des Handbuchs – Doris Schaeffer – von Anfang an die Theorieentwicklung in der deutschen Pflegewissenschaft kritisch begleitet und vor allem die US-amerikanische Theoriedebatte wie keine zweite in Deutschland (gemeinsam mit Martin Moers und Hilde Steppe) in ihrer Relevanz für die hiesige Debatte aufgearbeitet hat (zuletzt Moers/Schaeffer 2014). Bereits in einem heute als Klassiker geltenden Beitrag haben Schaeffer (und ihre Co-Autoren) Ende der 1990er Jahre darauf verwiesen, dass die *„dringlichen Aufgaben im Bereich der Theorie- und Forschungsentwicklung“* (Schaeffer/Moers/Steppe 1997: 10) zu spät oder gar nicht eingeleitet wurden. Damit wurde ein Defizit festgeschrieben, was die Akademisierung der Pflege hierzulande von Beginn an begleitete.<sup>4</sup> Zwar trugen die Pflegetheorien – von Peplau über Orem bis hin zu Rogers – in nicht zu unterschätzendem Maße zu einer Identitätsbildung und der Herausbildung eines professionellen Selbstbewusstseins der amerikanischen Pflege bei, vielleicht auch ansatzweise in

<sup>4</sup> Dieses Problem hatten einige – längst nicht alle – der frühen Protagonisten klar im Blick (stellvertretend für diese wichtige Debatte: Steppe 2000, 1989).

Deutschland. Aber diese Ansätze, seit den frühen 1990er Jahren völlig unkritisch und fast gläubig bei uns in Pflegeschulen, Fortbildungsseminaren und Hochschulen rezipiert, hatten deutliche Grenzen. Allesamt waren sie ohne empirisches Fundament und wurden quasi raum- und zeitlos konzipiert – z. T. völlig unabhängig von dem konkreten gesundheitspolitischen Kontext, vor dem sie sich bewähren sollten. Weiterführend war der Hinweis, dass sich die Trennung von Theorie und Forschung nur unheilvoll auf die pflegewissenschaftliche Debatte auswirken konnte. Auch die theoriemonistischen Vorstellungen, die nie kompatibel waren mit einem in der Wissenschaftstheorie längst etablierten methodologischen Pluralismus, endeten erst mit der Veröffentlichung des bahnbrechenden Beitrags von Donaldson/Crowley (1978). Aber noch eine dritte Lehre war wichtig: die Notwendigkeit der Abkehr von rein rationalistisch-deduktiven Theorieansätzen und die stärkere Beachtung induktiver Theoriebildung, damit letztlich die Hinwendung zu Theorien mittlerer und geringerer Reichweite. Damit veränderte sich auch die Rolle der Theoriebildung. Sie war jetzt nicht mehr der Versuch, das „Ganze“ der Pflege zu verorten: „*Middle range theories consider a limited number of variables, have a particular substantive focus, focus on a limited aspect of relationship, are more susceptible to empirical testing, and could be consolidated into more wide-ranging theories*“ (Meleis 1991: 228). Diese Perspektive, die vor allem in der amerikanischen Pflegewissenschaft favorisiert wurde, versprach den größten Nutzen für die Disziplinentwicklung. Denn über eine empirisch gesättigte Theoriebildung konnte sowohl dem Bedarf der Praxis wie auch der Wissenschaftsentwicklung entsprochen werden (Moers/Schaeffer/Steppe 1997: 293).

Dieser Zusammenhang wurde jedoch – mindestens in Deutschland – immer stärker aus dem Blick verloren. Denn spätestens mit der Akzentuierung „klinischer Forschung“ (vgl. hierzu schon Panfil 2009) gerieten die Fragen einer umfangreichen theoretischen Fundierung und Verortung der Pflegewissenschaft immer stärker ins Abseits. Dabei soll durchaus zugestanden werden, dass in der deutschen Pflegewissenschaft nach wie vor wenig klinisch-experimentelle Forschungsaktivität (im Sinne von evidenzbasierter Forschung) zu verzeichnen ist (zuletzt: Meyer 2016: 47). Aber mit der immer stärker werdenden Dominanz von empirischen Arbeiten zu Herausforderungen des Pflegealltags – vom Medikamentenmanagement über den Umgang mit herausforderndem Verhalten bis hin zu Maßnahmen der Sturzprävention – geraten notwendigerweise interventions- und praxisrelevante Problemstellungen immer deutlicher in den Fokus der Pflegewissenschaft bzw. Pflegeforschung. So notwendig und sinnvoll dieser Schritt auch sein mag, der Preis dafür ist hoch. Denn Fragen nach der disziplinären Verortung der Pflegewissenschaft (und ihrer Grenzen zu anderen Disziplinen) und – noch grundlegender – Fragen ihrer wissenschaftstheoretischen Bestimmung, etwa als Monodisziplin (z. B. Schaeffer 2004), als transdisziplinäres Konstrukt (z. B. Remmers 2011) oder als Modus 2-Wissensproduktion (z. B. Schrems 2009) werden immer weniger artikuliert, die entsprechende Auseinandersetzung findet einfach nicht (mehr) statt.<sup>5</sup> Wenn aber ein kritischer Diskurs über konkurrierende Ansätze, Theorien und

5 In einer Analyse der Zeitschrift PLEGE aus den Jahren 1988 bis 2007 wurden insgesamt 589 Artikel analysiert (Hausner/Halek/Bartholomeyczik 2010). Fast 50 % aller Veröffentlichungen (n= 278) stellen Ergebnisse empiri-

methodische Zugänge in der deutschen Pflegewissenschaft nicht mehr auf der Agenda steht, dann darf man sich nicht wundern, dass – im Streben nach Anerkennung und (internationaler Reputation) – eine sukzessive Anpassung an das, was als wissenschaftlicher Mainstream vorhanden ist, zu beobachten ist. Über die Begriffe kann man natürlich streiten, aber im Kern geht es um die Orientierung am Paradigma von Evidence-Based Healthcare (EB) und einer damit assoziierten Evidenzhierarchie. Und die ist nicht auf die Pflege übertragbar, bleibt vor allem eine Herausforderung für komplexe Interventionen in diesem Feld (zusammenfassend: Schnepf 2009, auch Bartholomeyczik 2016). Denn Gütekriterien evidenzbasierter Praxis ausschließlich an ihrer Übereinstimmung mit Ergebnissen hochwertiger Studien zu bemessen führt in Konflikte mit einem Verständnis von Professionalität, welches sich an der Fähigkeit bemisst „*Erkenntnisse je nach den Erfordernissen der Situation flexibel und effektiv zu nutzen*“ (Schilder 2010: 59; in Anlehnung an Kirkevold 2002, vgl. auch Hülsken-Giesler 2008 und Weidner 2011). Das kann man auch für ein Missverständnis halten und die Aufgabe von EB keineswegs auf die statistische und hermeneutische Beurteilung von Forschungsarbeiten engführen – so Behrens/Langer (2016: 25). Aber darüber sollte gestritten werden. Und das findet eben genau nicht statt. Mal ganz abgesehen davon, dass mit dem klinischen Fokus zunehmend auch die Ausblendung strukturkritischer Fragen der Pflege verbunden ist, von einer „kritischen Pflegewissenschaft“ ganz zu schweigen (vgl. z. B.: Foth et al. 2017; Friesacher 2018).

Konsequenz: Ohne eine systematische Fachlogik können die einzelnen Bausteine einer verwissenschaftlichten Pflege auseinander gebrochen und letztlich beliebig zusammengesetzt werden. Solange die aktuelle Praxis der Durchführung von Einzelprojekten mit unterschiedlichen Inhalten (orientiert an den jeweiligen Ausschreibungen) letztlich einen Flickenteppich an empirischen Erkenntnissen produziert, der dem Auftraggeber nützt, aber viele Fragen offen lässt, wird es mit der Theorieentwicklung (und damit auch der Pflegewissenschaft insgesamt) nicht wirklich weitergehen können. Solange es nicht gelingt, ein durch die Disziplin eigenständig besetztes Terrain zu erobern, wird man letztlich immer den Interessen anderer folgen, originäre pflegewissen-

---

scher Forschung dar. Der Rest sind «weitere Veröffentlichungen» sowie in zunehmendem Maße Literaturübersichten. Für knapp 80% (n = 112) aller quantitativen Forschungsfragen wurde ein nichtexperimentelles Design gewählt. Interventionsstudien sind nur zu 20% (n = 28) zu finden, darunter fünf experimentelle Untersuchungen. Eine Theorie-debatte lässt sich nur marginal nachweisen. Das hat sich in den Folgejahren auch nicht verändert. Das Dezemberheft aus dem Jahre 2011 stellt eine Ausnahme dar, da ging es explizit um „Theorieentwicklung in der Pflege im 21. Jahrhundert“. Auch das Februarheft von 2010 mit der Debatte um „Forschung zur Selbstpflegedefizittheorie im deutschsprachigen Raum“ ist zu berücksichtigen. Das bedeutet nicht, dass anspruchsvolle methodische Debatten in der PFLEGE ignoriert, berufspolitische Fragen ausgeschlossen oder theorieleere Empirie publiziert wurde. Nein – aber die grundsätzlichen Debatten sind zum Erliegen gekommen bzw. haben dort nie wirklich stattgefunden. Auch in der PFLEGE & GESELLSCHAFT, dem Organ der DGP, lassen sich ab Anfang der 2000er Jahre kaum mehr theorieorientierte Beiträge nachweisen. Der Text von Dornheim et al. (1999) markiert einen Höhepunkt der Kontroverse zur Rolle und Bedeutung von Pflegetheorien in (und für) die Praxis, die aber nur ansatzweise weiter aufgegriffen wurde. Es darf aber nicht ignoriert werden, dass immer wieder die Etablierung einer unabhängigen Pflegeforschung in Deutschland angemahnt wurde (früh schon: Schaeffer 2002, aktuell: Bartholomeyczik 2017). Ebenfalls müssen Vorschläge für eine Systematik der Pflegewissenschaft (Remmers 2014, Stemmer 2016) als Meilensteine anerkannt werden. Und nicht vergessen werden sollte die von der DV Pflegewissenschaft herausgegebene Schrift zum „Originären in der Pflege“ (Bartholomeyczik/Dielmann 2003). Aber dennoch – eine echte wissenschaftstheoretisch fundierte Theorie-debatte hat es seit knapp 20 Jahren nicht mehr gegeben.

schaftliche Problemstellungen nicht oder nur im Ansatz zu Geltung bringen können (zum Originären der Pflege/Pflegewissenschaft vgl. z. B. Bartholomeyczik/Dielmann 2003; Friesacher 2010; Remmers 2016) und letztlich die bestehenden Verhältnisse in der Pflege affirmativ bestätigen.

### 3. Ein konkreter Vorschlag zum Schluss

Am Ende möchte ich einen konkreten Vorschlag machen. Ich möchte mich auf die Grundlagenforschung (und damit die Theoriebildung) konzentrieren. Es geht mir um den Zugang zu den DFG-geförderten Projekten. Warum? Die DFG ist die potenteste Selbstverwaltungseinrichtung der Wissenschaft. Sie hat im Jahr 2017 knapp 32 500 Projekte mit einer jahresbezogenen Bewilligungssumme von 3,2 Milliarden Euro gefördert. Während das BMBF vorwiegend den Innovationsgrad und die Verwertbarkeit von Forschungsvorhaben (durchaus mit ambitionierter Methodik) qualifiziert, geht es bei der DFG um theorieorientierte Grundlagenforschung. Ein Zugang zu dieser Institution ist in der Pflegewissenschaft – bis auf Ausnahmen – bislang noch nicht gelungen. Er sollte jetzt – gut überlegt – noch einmal versucht werden. Man braucht dazu eine Idee, wie ein Schwerpunktprogramm (SPP) *„Sorge und Pflege in Gesellschaften des langen Lebens: Grundlagen der modernen Care-Arbeit in vernetzten Bezügen“* aussehen könnte (Hülsken-Giesler 2018). In Vallendar haben wir erste Ideen dazu entwickelt. Gegenwärtig gibt es drei Strategien, wie die Herausforderung der Pflege- und Sorgearbeit in unserer Gesellschaft bewältigt werden könnte – durch die Professionalisierung des Pflegeberufs, durch die stärkere Einbeziehung von zivil- und bürgerschaftlichem Engagement oder durch den Einsatz von neuen Technologien in der Pflege. Und insbesondere im letzten Sektor gibt es bereits eine klare Akzentsetzung der Politik – der dann wiederum die Pflegewissenschaft/Pflegeforschung (in Konkurrenz mit anderen Disziplinen) hinterherläuft. Statt dass andere der Pflege ihre Ziele vorgeben, muss es – umgekehrt – darum gehen, dass ein durch die Pflegewissenschaft selbst initiiertes SPP die grundlegenden Fragen, wohin unsere Gesellschaft eigentlich im Hinblick auf Pflege- und Sorgearbeit steuern will und auf welche Annahmen man sich dabei stützen kann, entwickelt. Vier spezifische Zugangsweisen kann das wissenschaftliche Programm umfassen (Hülsken-Giesler 2018).

- *Transdisziplinär begründete Sorge- und Pflegetheorieentwicklung für eine Gesellschaft des langen Lebens, auch unter Einbezug kritischer Care-Theorien.* Aufgabe, Qualifikationsspektrum und Einsatzfelder der Pflege sollten ebenfalls im Zusammenhang mit der demographische Entwicklung, der digitalen Revolution sowie der Professionalisierung und Akademisierung der Sorge- und Pflegearbeit verortet, profiliert und weiterentwickelt werden. Von Beginn muss die Wissensproduktion der Pflege im Sinne einer Modus 2-Wissenschaft (vgl. ausführlicher: Gibbons et al. 2006; Nowotny et al. 2008, Defila/Di Giulio 2018, konkret auf die Pflege bezogen: Schrems 2009) anerkannt, damit aber auch die Nähe zur Praxis (und die erhöhte Übernahme von sozialer Verantwortlichkeit und Reflexivität) eingefordert werden. Die Pflegewissenschaft in Deutschland wird damit stärker anschlussfähig an internationale Entwicklungen,

kann selbstbewusst ihre Vielfalt demonstrieren und muss nicht auf ein – wie auch immer konturiertes Evidenzschema – festgelegt werden.

- *Grundlagen von Sorge und Pflege in vernetzten Bezügen unter Bedingungen der digitalen Vernetzung.* Während bisherige (Forschungsförderungs-)Strategien vorzugsweise auf die Entwicklung und Etablierung von Assistiven Technologien, Autonomen Systemen oder digital gestützten Vernetzungs-Tools in der Sorge- und Pflegearbeit abzielen, stehen grundlagentheoretische Legitimationen einer Sorge- und Pflegearbeit in Kontexten einer digitalisiert-vernetzten Gesellschaft bis heute noch weitgehend aus. Und hier muss eine Pflege Theorieentwicklung, die auf der Höhe der Zeit ist, ansetzen. Denn ansonsten – und das ist durchaus reflektierten Fördergeldgebern bewusst – dominieren ingenieurwissenschaftlichen Logiken, die eben nur eine Seite der Medaille abdecken. Aber – hier beziehe ich mich auf ein Bonmot von Ernst Bloch: Nur der Dumme weiß nicht, dass die Medaille zwei Seiten hat.

- *Methodologisch-methodische Innovationen in Kontexten der Sorge- und Pflegearbeit.* Die Pflegewissenschaft als „Querschnittswissenschaft“ kann ohne Berücksichtigung des Methodenspektrums ihrer Bezugswissenschaften (und damit sind vor allem – aber nicht nur – die Sozialwissenschaften gemeint) keine solide Basis für eigene Studien generieren. Um es drastisch zu formulieren – die qualitative Inhaltsanalyse von Philipp Mayring<sup>6</sup> reicht für die qualitativ orientierte Pflegeforschung längst nicht mehr aus. Und auch im standardisierten Sektor ist die Welt nicht stehengeblieben (vgl. hierzu z. B. Brühl 2016). Damit eröffnet sich aber auch die Chance, die Grenzen von etablierten empirisch-sozialwissenschaftlichen Methoden und Verfahren in diesem spezifischen Forschungsfeld, d. h. der Pflege- und Sorgearbeit zu konkretisieren. Am Beispiel komplexer Pflegeinterventionen hat die Diskussion bereits begonnen (vgl. z. B. Reuther et al. 2016; siehe auch die Festschrift für Sabine Bartholomeyczik, herausgegeben von Palm & Dichter 2013). Entwicklungsbedarf zeigt sich aktuell z. B. im Umfeld der Untersuchung von komplexen klinischen Phänomenen unter Bedingungen existenzieller Bedrohungen und eingeschränkter bzw. auch vollständig eingebüßter Kommunikations- und Expressionsfähigkeit bei dem zu untersuchenden Klientel (z. B. der Demenz, Wachkoma), in der Untersuchung von komplexen institutionellen Phänomenen (z. B. von systemischen Rationalisierungen im Kontext der Etablierung von Neuen Technologien in der Pflege) oder auch in der Untersuchung von Transformationen der Wissensgrundlagen im Kontext der Sorge- und Pflegearbeit (z. B. als explizites und implizites Expertenwissen bzw. auch der internen und externen Evidence).<sup>7</sup>

6 Dieser Hinweis ist nicht despektierlich gemeint, im Gegenteil. Mayring's Einfluss auf die Pflegeforschung soll keineswegs unterschätzt werden. Und Mayring gehört auch zu denjenigen, die Anstöße für die Mixed-Method-Debatte gegeben haben. Aber das Feld der qualitativen Forschung ist sicher breiter aufgestellt und umfasst ethnografische, rekonstruktive und hermeneutische Zugänge – bis hin zu Video- und Bildanalysen. Schaeffer & Müller-Mundt (2002) haben bereits vor 17 Jahren die Anschlussfähigkeit der Pflegewissenschaft an die sozialwissenschaftliche Methodendebatte angemahnt – zu Recht!

7 Anzuschließen wäre etwa an Vorarbeiten im Rahmen des DFG-Projektes „Zur Bedeutung des Erfahrungswissens medizinischer und pflegerischer Akteure für die Anwendung medizinischer Technologie am Beispiel Intensivmedizin“ (Universität Augsburg/Fachliche Zuordnung: Empirische Sozialforschung, 2004-2009) und des SFB 536 „Umbrüche im Umgang mit Erfahrungswissen: Vom Wissen und Handeln – kategoriale Neuorientierungen und gesellschaftliche Folgen“ (Universität Augsburg/Fachliche Zuordnung: Empirische Sozialforschung, 1999-2009).

- *Integrative Panelforschung.* Die bisher benannten Zugangsweisen zeichnen sich durch grundlagentheoretische Arbeiten in Bezug auf die Sorge- und Pflegearbeit in einer Gesellschaft des langen Lebens aus. Die gesellschaftliche Realität der Sorge- und Pflegearbeit in Deutschland entwickelt sich dabei bislang weitgehend unabhängig von theoretisch begründeten Zugriffen und scheint vielmehr durch die je gegebenen gesellschaftlichen (etwa ökonomischen und politischen) Entwicklungen und Zwänge geprägt zu sein. Vor diesem Hintergrund soll im Rahmen des SPP eine integrative Panelforschung aufgelegt werden, die es erlaubt, den Wandel der gesellschaftlichen Praxis von Sorge- und Pflegearbeit unter Gesichtspunkte des Sorge- und Pflegeverständnisses der handelnden Akteure, der Verantwortlichkeiten zwischen professionellen und informellen Akteuren sowie der subjektiv erlebten Kompetenzen und Ressourcen der handelnden Akteure über einen längeren Zeitverlauf in den Blick zu nehmen. Es soll ein Panel zur sozialen Praxis der Sorge- und Pflegearbeit aufgebaut werden, das den Einzelprojekten einen Langzeitzugriff auf die konkreten zu untersuchenden Handlungsfelder ermöglicht. Das Panel fokussiert dabei auf die soziale Praxis der institutionellen ambulanten Pflege. Diese Wahl begründet sich über forschungspragmatische und inhaltliche Bezüge: Unter forschungspragmatischen Gesichtspunkten ergibt sich über die Einbindung von Institutionen der Pflegearbeit eine höhere Wahrscheinlichkeit, einen mehrjährigen Prozess begleiten und untersuchen zu können, als dies z. B. bei der Einbindung von Pflegeempfängern oder pflegenden Angehörigen zu erwarten wäre. Unter inhaltlichen Gesichtspunkten ist im Bereich der sogenannten ambulanten Pflege in den nächsten Jahren mit verstärkten Entwicklungsdynamiken zu rechnen, so dass die Begleitung durch Langzeitstudien zu den benannten Fragestellungen relevante Erkenntnisse in Aussicht stellt.

Schlussendlich können die vier genannten Bereiche miteinander verschränkt werden und theoriegeleitete empirische Forschung in drei Ebenen differenziert werden, nämlich auf der Ebene des konkreten Pflegearrangements, der organisatorisch-institutionellen Bezüge sowie dem Spannungsfeld zwischen System und Lebenswelt. Die Scientific Community ist dann aufgerufen, Anträge (orientiert an den Vorgaben der DFG) zu formulieren, die dann über eine Kerngruppe bzw. einen Programmausschuss an die DFG kommuniziert werden. Notwendig wird eine kritische Masse, deutlich weniger als 40 Anträge machen wenig Sinn. Damit sind keineswegs alle Fragen erledigt. Beispielsweise ist völlig unklar, wer in das Begutachtungsverfahren involviert wird. Hier ist immer das Problem, dass fachfremde Gutachterinnen und Gutachter Anspruch und Forschungslogik pflegewissenschaftlicher Vorhaben nur bedingt einschätzen können. Auch müsste noch geklärt werden, in welchem Rahmen man mit der DFG eine „Vorstellung“ der Projektdesigns organisiert. Dabei muss aber klar sein, dass ein kompetitives Verfahren unumgänglich sein wird, diesbezüglich wird die DFG auf ihre Standards verweisen. Aber eins ist auch klar – es wäre ein Schritt in die richtige Richtung. Und niemand hindert uns daran, ihn auch tatsächlich zu tun! Und parallel könnte und sollte von der DGP eine Konferenz (besser noch eine Veranstaltungsreihe) initiiert werden, auch unter internationaler Beteiligung. Auf diesem Wege könnte es gelingen, die zunächst an empirische Fragen und Projekte gebundene Theoriebildung, auch

mit wissenschaftstheoretischen Grundsatzdebatten zu verbinden, und zwar nach folgendem Fokus: Welche Wissenschaft und Forschung brauchen wir eigentlich in der Pflege? Die genannte internationale Fachtagung könnte anschlussfähig sein an die oben bereits genannte erste internationale Fachtagung der DGP. Die Möglichkeit besteht, dass die Pflegewissenschaft aus eigenen historischen Erfahrungen und aktuellen Erkenntnissen der anderen lernen kann und einen Weg findet. Ansonsten wird sie sich dem Mainstream anschließen, und die Debatten in diesem Heft werden sehr schnell vergessen sein.

## Literatur

- Bartholomeyczik, S. (2017): Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland – eine schwere Geburt. *Pflege & Gesellschaft* 22, (2), 101-118
- Bartholomeyczik, S. (2016): Pflegeforschung. Entwicklung, Themenstellungen und Perspektiven. In: Schaeffer, D.; Wingenfeld, K. (2014). *Handbuch Pflegewissenschaft* (Studienausgabe). Weinheim/Basel: BELTZ Juventa. 67-94
- Bartholomeyczik, S.; Dielmann, G. (2003) (Hrsg.): *Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Dokumentation der Fachtagung der DGP von 2002, zugleich Sonderheft der Pflege & Gesellschaft*. Frankfurt: Mabuse
- Behrens, J.; Langer, G. (2016): *Evidence based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – eine Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“*. Bern: Hogrefe
- Brühl, A. (2016): Statistik und standardisierte Verfahren der Pflegeforschung. In: Brandenburg, H.; Hülsken-Giesler, M.; Sirsch, E. (Hrsg.). *Vom Zauber des Anfangs und von den Chancen der Zukunft. Festschrift zum 10-jährigen Bestehen der Pflegewissenschaftlichen Fakultät an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar*. Bern Hogrefe, 125-134
- Defila, R.; Di Giulio, A. (2018) (Hrsg.): *Transdisziplinär und transformativ forschen. Eine Methodensammlung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Donaldson, S.; Crowley, S. (1978): *The Discipline of Nursing*. *Nursing Outlook* 26, (2), 113-120
- Dornheim, J.; v. Maanen, H.; Meyer, A.; Remmers, H.; Schöniger, U.; Schwerdt, R.; Wittneben, K. (1999): *Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft*. *Pflege & Gesellschaft* 4, 4, 73-79
- Foth, T.; Holmes, D.; Hülsken-Giesler, M.; Kreutzer, S.; Remmers, H. (2017) (Eds.): *Critical Approaches in Nursing Theory and Nursing Research. Implications for Nursing Practice*. Osnabrück: V & R unipress (Universitätsverlag Osnabrück)
- Friesacher, H. (2018): *Kritische Pflegewissenschaft in Deutschland*. In: Balzer, S.; Barre, K.; Kühne, B.; Gahlen-Hoops, W. v. (Hrsg.). *Wege kritischen Denkens in der Pflege. Festschrift für Urike Greb*. Frankfurt: Mabuse, 22-47
- Friesacher, H. (2010): *Zur Normativen Umcodierung des Patienten*. In: Paul, B./Schmidt/Semisch, H. (Hrsg.). *Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Springer), 55-71
- Gibbons, M.; Lomoges, C.; Nowotny, H.; Schwartzman, S.; Scott, P.; Trow, M. (2006): *The new production of knowledge*. London, / Thousand Oaks/ New Delhi: Sage Publications
- Hausner, E.; Halek, M.; Bartholomeyczik, S. (2010): *Entwicklungen der deutschsprachigen Pflegewissenschaft im Spiegel der PFLEGE – Veröffentlichungen von 1988-2007*. *Pflege* 23, (5), 339-345
- Hülsken-Giesler, M. (2018): *Sorge und Pflege in Gesellschaften des langen Lebens: Grundlagen der modernen Care-Arbeit in vernetzten Bezügen. Entwurf für eine Antragsskizze für ein Schwerpunktprogramm (SPP) an die DFG*. Vallendar, 20.07.2017



- Hülksen-Giesler, M. (2008): Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld vom Mimesis und Maschinenlogik. Göttingen: V & R unipress (Universitätsverlag Osnabrück)
- Hülksen-Giesler, M.; Brinker-Meyendriesch, E.; Keogh, J.; Muths, S.; Sieger, M.; Stemmer, R. et al. (2010): Kerncurriculum Pflegewissenschaft für pflegebezogene Studiengänge – eine Initiative zur Weiterentwicklung der hochschulischen Pflegeausbildung in Deutschland. *Pflege & Gesellschaft* 15, (3), 216-236
- Kirkeworld, M. (2002): *Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin*. Bern: Huber
- Meleis, A.I. (1999): *Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*. Bern: Huber
- Meleis, A.K. (1991): *Theoretical Nursing. Development & Progress*. Philadelphia: Lippincott
- Meyer, G. (2016): *Pflegewissenschaft in Deutschland- Status Quo und internationale Entwicklung*. In: Brandenburg, H.; Hülksen-Giesler, M.; Sirsch, E. (Hrsg.). *Vom Zauber des Anfangs und von den Chancen der Zukunft. Festschrift zum 10-jährigen Bestehen der Pflegewissenschaftlichen Fakultät an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar*. Bern Hogrefe, 45-50
- Moers, M. (2000): *Pflegewissenschaft. Nur Begleitwissenschaft oder auch Grundlage des Berufes? Pflege & Gesellschaft*, 5, (1), 21-25
- Moers, M.; Schaeffer, D.; Schnepf, W. (2011): Too busy to think? Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft. *Pflege* 24, (6), 349-360
- Nowotny, H.; Scott, P.; Gibbons, M. (2008): *Wissenschaft neu denken: Wissen und Öffentlichkeit in einem Zeitalter der Ungewissheit*. Weilerswist-Metternich: Velbrück
- Palm, R.; Dichter, M. (2013) (Hrsg.): *Pflegewissenschaft in Deutschland – Errungenschaften und Herausforderungen*. Festschrift für Sabine Bartholomeyczik. Bern: Huber
- Panfil, E.M. (2009): Der Nutzen der klinischen Forschung für den Pflegeprozess. In: Mayer, H. (2009) (Hrsg.). *Pflegewissenschaft – von der Ausnahme zur Normalität. Ein Beitrag zur inhaltlichen und methodischen Standortbestimmung*. Wien: facultas, 196-214
- Remmers, H. (2001): *Pflegewissenschaft als transdisziplinäres Konstrukt. Wissenschaftssystematische Überlegungen – eine Einführung*, in: Remmers, H. (Hrsg.), *Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog. Eine Forschungsbilanz*. Osnabrück: Universitätsverlag Osnabrück
- Remmers, H. (2014): *Pflegewissenschaft – Disziplinarität und Transdisziplinarität*. *Pflege & Gesellschaft* 19, (1), 5-17 Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar. Bern Hogrefe, 35-43
- Reuther, S.; Holle, D.; Roes, M.; Bartholomeyczik, S.; Halek, M. (2016): Das Stepped Wedge Design - Chancen und Herausforderungen für die Effektivitätsmessung von komplexen Interventionen - Ein Fallbeispiel aus der Forschungspraxis. *Pflege & Gesellschaft* 21, (1), 33-46
- Schaeffer, D. (2004): Zum Verhältnis von Gerontopsychiatrie und Pflegewissenschaft. *Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37, (4), 307-315
- Schaeffer, D. (2002): *Pflegeforschung: Aktuelle Entwicklungstendenzen und Herausforderungen*. *Pflege und Gesellschaft* 7, (3), 73-79
- Schaeffer, D.; Wingenfeld, K. (2014): *Handbuch Pflegewissenschaft (Studienausgabe)*. Weinheim/Basel: BELTZ Juventa
- Schaeffer, D.; Müller-Mundt, G. (2002) (Hrsg.): *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern: Huber
- Schaeffer, D.; Moers, M.; Steppe, H. (1997): *Pflegewissenschaft – Entwicklungsstand und Perspektiven einer neuen Disziplin*. In: Schaeffer, D.; Moers, M.; Steppe, H.; Meleis, A. (Hrsg.). *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Bern: Huber
- Schilder, M. (2010): Die Bedeutung der klinischen Pflegewissenschaft für eine forschungsbasierte Praxisentwicklung. *Pflege & Gesellschaft* 15, (1), 48-64
- Schnepf, W. (2009): *Pflegeforschung in Zeiten von Evidence-based Healthcare*. In: Mayer, H. (2009) (Hrsg.). *Pflegewissenschaft – von der Ausnahme zur Normalität. Ein Beitrag zur inhaltlichen und methodischen Standortbestimmung*. Wien: facultas, 72-88

- Schrems, B. (2009): Wissensproduktion in der Pflege. In: Mayer, H. (2009) (Hrsg.). Pflegewissenschaft – von der Ausnahme zur Normalität. Ein Beitrag zur inhaltlichen und methodischen Standortbestimmung. Wien: facultas, 47-71
- Stemmer, R. (2016): Stand der Pflegewissenschaft in Deutschland. In: Brandenburg, H.; Hülsken-Giesler, M.; Sirsch, E. (Hrsg.). Vom Zauber des Anfangs und von den Chancen der Zukunft. Festschrift zum 10-jährigen Bestehen der Pflegewissenschaftlichen Fakultät an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar. Bern Hogrefe, 27-34
- Stemmer, R. (2001): Anmerkungen zu wissenschaftstheoretischen Fragestellungen in Pflegewissenschaft und -forschung. Pflege & Gesellschaft 6, (1), 1-7
- Steppe, H. (2000): Zur Situierung und Bedeutung von Pflege-theorien in der Pflegewissenschaft. Pflege 13, (2), 91-98
- Steppe, H. (1989): Pflege-theorien und ihre Bedeutung für die Praxis. Die Schwester/Der Pfleger, 28, (4), 255-262
- Vollstedt, I. (2001): ‚Pflege-wissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft‘ von Jutta Dornheim und KollegInnen. Eine kritische Betrachtung. Pflege & Gesellschaft, 6, (1), 9-17

*Univ.-Prof. Dr. Hermann Brandenburg*

Pflege-wissenschaftliche Fakultät, Lehrstuhl für Gerontologische Pflege

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Pallottistr. 3, 56179 Vallendar

hbboxter@t-online.de

## Beiträge

Johannes Eurich, Stefanie Wiloth, Nora Weinberger,  
Bettina-Johanna Krings, Michael Decker

# Explorative Analyse regionaler Unterstützungsnetzwerke für ältere, pflegebedürftige Menschen

An exploratory study of regional care networks for care-dependent older adults

Due to demographic change, an increasing number of care-dependent older adults wish to remain in their familiar environment. The establishment of a comprehensive, networked support system to optimize professional outpatient care and to strengthen care structures for the purpose of a health-care mix in which informal actors are involved is becoming more important. The present paper shows results of an exploratory study which aimed to examine which kind of support networks can be identified in urban regions in Baden-Württemberg. A specific search path was used to localize different structures of care networks in the regions of Mannheim and Karlsruhe. The results of qualitative content analyses of guided interviews showed that within the identified networks there was an uncoordinated coexistence of various actors. Particularly, it remained ambiguous which actors assume allocative functions and the responsibility for the coordination of networking of professional and informal actors. Study results indicate, that a care infrastructure including local, networked support systems not only in rural, but also urban regions has been insufficiently implemented so far. Authors emphasize that, in particular, interventions including a cross-sectoral and interprofessional coordination and management of care structures have to become more prominent in the field of health services research as well as in social and political discourses.

### Keywords

care, cure, social support, supply concept, social participation

Infolge des demografischen Wandels kommt es zu einer steigenden Anzahl älterer, pflegebedürftiger Menschen, die den Wunsch haben, so lange wie möglich im eigenen Wohnumfeld zu leben. Der Etablierung eines umfassenden, vernetzten Unterstützungssystems zur Optimierung der professionellen, ambulanten Pflegepraxis sowie zur Stärkung von Sorgestrukturen im Sinne eines Hilfe-Mix, in dem informelle Akteure mit einbezogen werden, kommt eine immer stärkere Bedeutung zu. In diesem Beitrag werden Ergebnisse eines explorativen Forschungsprojekts vorgestellt, in dem primär untersucht wurde, welche Unterstützungsnetzwerke in urbanen Regionen in Baden-Württemberg identifiziert

---

eingereicht 28.11.2017

akzeptiert 09.04.2018

werden können. Mithilfe eines speziellen Suchpfads im Bereich der ambulanten Versorgung älterer, pflegebedürftiger Menschen konnten sehr unterschiedliche Strukturen in den Regionen Mannheim und Karlsruhe lokalisiert werden. Die Ergebnisse einer qualitativen Inhaltsanalyse leitfadengestützter Befragungen zeigen, dass teilweise ein unkoordiniertes Nebeneinander sehr unterschiedlicher Akteure innerhalb der identifizierten netzwerkähnlichen Strukturen erkennbar war. Insbesondere blieb mehrheitlich offen bzw. war nicht eindeutig, wer die notwendige Steuerungs- bzw. Koordinierungsverantwortung der Vernetzung professioneller und informeller Akteure in den Unterstützungssystemen übernimmt. Die Ergebnisse weisen dementsprechend darauf hin, dass der Ausbau der Pflege- bzw. Sorgeinfrastruktur in Form wohnortnaher, vernetzter Unterstützungssysteme nicht nur in ländlichen, sondern auch urbanen Regionen bislang unzureichend umgesetzt wird. Die Autoren heben hervor, dass insbesondere Maßnahmen einer sektoren- und professionsübergreifenden, kommunalen Steuerung von Pflege- und Sorgestrukturen stärker in den Bereich der Versorgungsforschung sowie in gesellschaftlichen und politischen Diskursen in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken müssen.

#### Schlüsselwörter

Sorge, Pflege, soziale Unterstützung, Versorgungskonzepte, soziale Teilhabe

## 1. Hintergrund: Die Bedeutung von Pflege- und Sorgenetzwerken und Ziel der Studie

In den nächsten Jahren wird im Zuge des demographischen Wandels der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung stark zunehmen (vgl. Statistisches Bundesamt 2013). Dabei kommt es aufgrund der kontinuierlich gestiegenen Lebenserwartung und einer damit verbundenen Häufung altersspezifischer Erkrankungen vor allem im so genannten vierten Lebensalter auch zu einem Anstieg der Zahl pflegebedürftiger, älterer Menschen, die aber das Bedürfnis haben, so lange wie möglich im eigenen Wohnumfeld zu bleiben und dort gepflegt und versorgt zu werden (z. B. Bundesregierung 2016).

Wenn bislang von „Pflege“ und „Pflegebedürftigkeit“ die Rede war, hat man sich bis zur Einführung des 2. Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) häufig auf ein tätigkeits- bzw. verrichtungsbezogenes Pflegeverständnis bezogen, welches vor allem die (professionellen) Pflegeleistungen der Körperpflege, der innerhäuslichen Bewegungsfähigkeit (Lagerung und Transfer) und der Ernährung im Blick hat. Durch das PSG II wurde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, der sich stärker an den (sozio-emotionalen) Bedürfnissen der Betroffenen, an seiner individuellen Lebenssituation und an seinen individuellen Beeinträchtigungen und Potenzialen orientiert. Die Pflege älterer Menschen bezieht demnach nämlich auch sozialleistungsrechtliche, alltägliche Unterstützungsleistungen mit ein, die als Assistenz verstanden werden können (z. B. Hoberg 2013) und etwa Leistungen der Hauswirtschaft oder Alltagsbetreuung sowie sämtliche „Sorgetätigkeiten“ beinhalten (vertiefend z. B. 7. Altenbericht der Bundesregierung, 2016). Die Verwendung des Sorgebegriffs hilft, unterschiedliche Bereiche von Unterstützungshandlungen für pflegebedürftige, ältere Menschen in den Blick zu nehmen, die weit über die verrichtungsbezogene, professionelle Pflege hinausgehen; Sorge ist demnach nicht auf Pflegeleistungen beschränkt, sondern bezieht eine Vielfalt gegen-

seitiger Unterstützungsleistungen in der Alltagsgestaltung der Betroffenen ein (Klie und Wendt 2014). Sorge bedeutet mit Blick auf die Art der Unterstützungshandlung bzw. Hilfeleistung individuell etwas sehr Verschiedenes, da jeder Betroffene durch unterschiedliche Lebenslagen charakterisiert ist und unterschiedliche Bedürfnisse hat. Dennoch kann etwa zwischen personenbezogenen Unterstützungsleistungen und Alltagshilfen (z. B. Förderung sozialer Kontakte) oder zwischen informellen (Rat/Beratung), emotionalen (Trost) und instrumentellen Unterstützungsleistungen (praktische Hilfen) unterschieden werden (z. B.: Bundesregierung 2016; Tesch-Römer 2010: 195; Künemund und Hollstein 2005). Diese Sorgetätigkeiten sind durch eine besondere Alltagsnähe charakterisiert und konzentrieren sich auf das, was den Betroffenen interessiert und was ihm von Bedeutung ist, nämlich vor allem die Möglichkeit zur sozialen Teilhabe und Mitverantwortungsübernahme in seinem sozialen Umfeld sowie das Gefühl von Zugehörigkeit zu empfinden (vgl. z. B. Krank 2008). Somit sind Sorgetätigkeiten immer durch Reziprozität gekennzeichnet, die aufzeigt, dass pflegebedürftige Menschen nicht ausschließlich als Sorge-Empfangende, sondern auch als Sorgende zu verstehen sind (z. B. Bundesregierung 2016).

Sorgetätigkeiten werden größtenteils in kleinen, familiären Netzwerken vor allem durch die Kinder der Betroffenen geleistet, was natürlich gerade auf den Bereich der Pflege zutrifft (Schneekloth und Wahl 2005: 115; Tesch-Römer 2010: 195; Künemund und Hollstein 2005). Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der sich verändernden Familienstrukturen sind aber die Möglichkeiten zur Pflege und Sorge im häuslichen Umfeld der Betroffenen etwa durch die Kinder oder Enkel sowie soziale Teilhabemöglichkeiten innerhalb dieser kleinen Netzwerke langfristig begrenzt, was zu einem enormen Anstieg des Bedarfs an ambulanten Pflege- und sozialen Unterstützungsleistungen führen wird. Die bisherigen Pflegearrangements für ältere Menschen können demnach mit den zunehmend begrenzten Möglichkeiten zur Angehörigenpflege sowie dem verfügbaren Pflegefachkraftangebot langfristig nicht aufrechterhalten werden (Bundesregierung 2016: 200). Daher muss es aufgrund der genannten Szenarien zu einem Wandel derzeitiger Versorgungskonzepte bzw. -strukturen im Bereich der ambulanten Pflege kommen. Einerseits ist „Pflege“ sowohl als professionelle Unterstützung bei grundlegenden Alltagsverrichtungen, aber auch als Leistungen der Alltagsassistenz bzw. als emotionale, informelle und instrumentelle Sorgetätigkeit zu verstehen, die auch teilhabeorientierte Unterstützung miteinschließt und die vor allem informelle Akteure aus dem nahen Wohnumfeld bzw. der Nachbarschaft sowie freiwillig Engagierte und anderen Akteuren im Sinne eines Hilfe-Mix mit einbeziehen.

Innovative Versorgungsstrukturen, die Sorge und Pflege in einem komplexen Hilfe-Mix gewährleisten, benötigen aber gut funktionierende Netzwerke und eine gut ausgebaut soziale Infrastruktur. Sorge- und Pflegenetzwerke aus professionellen, aber vor allem auch informellen Akteuren der Zivilgesellschaft stellen grundlegende Bausteine innovativer und effektiver Versorgungskonzepte dar (Bundesregierung 2016; Kuhn 2014:2). Diese Netzwerke stellen Gelegenheits- und Ermöglichungsstrukturen dar, die nicht nur Familienangehörige, Nachbarn, Bekanntenkreise und ehrenamtlich en-

gagierte Frauen und Männer durch professionelle Beratung und Koordination bei der Pflege und Versorgung der Betroffenen unterstützen, sondern auch den Betroffenen selbst die Möglichkeit geben, sich in den Netzwerken als Sorgende zu engagieren. So genannte Community-Ansätze gewinnen hierbei zunehmend an Bedeutung (Leimeister 2005; Schubert & Ginsburg 2000), wobei die Netzwerkförderung innerhalb des Wohnquartiers eine besondere Stellung einnimmt und es dadurch gelingt, eine Vielzahl an informellen Akteuren aus der Nachbarschaft des Betroffenen mit einzubeziehen (z. B. Ginski et. al. 2012). Die für den jeweiligen Betroffenen und sein soziales Umfeld adäquate Netzwerkkonstellation kann je nach Unterstützungs- und Pflegebedarf höchst unterschiedlich sein. Dies kann sich letztendlich auch in vielerlei Möglichkeiten an nützlichen und hilfreichen Beziehungsgeflechten zwischen den unterschiedlichen Akteuren innerhalb der Netzwerke für einen optimalen Kommunikations- und Informationsaustausch, für eine patientenorientierte pflegerisch-medizinische Versorgung, für eine Assistenz bei der Durchführung von Alltagsaktivitäten oder für die Realisierung gemeinschaftlicher, teilhabeorientierter Unternehmungen widerspiegeln. Generell setzten teilhabefördernde Sorge- und Pflegenetzwerke aber vor allem innovative, horizontal ausgerichtete Kooperationsformen zwischen sozialen (Pflege-)Diensten, freiwillig Engagierten und anderen professionellen Akteuren bzw. weiteren Institutionen und Einrichtungen wie etwa Wohn- und Pflegeberatung voraus.

Bislang ist eine soziale Infrastruktur in Form teilhabefördernder und wohnortnaher Sorge- und Pflegenetzwerke unzureichend umgesetzt, da es vor allem an der sektoren- und professionsübergreifenden Koordination und Steuerung zentraler Vernetzungsprozesse zwischen professionellen und informellen Akteuren mangelt (z. B. SONG 2011). Daher wird angenommen, dass nicht nur in ländlichen, sondern auch in urbanen Regionen sozialintegrierte Versorgungskonzepte in Form von Sorge- und Pflegenetzwerke nur unzureichend koordinierte, vielfältige netzwerkähnliche Strukturen, die sich um einen Betroffenen formieren, zu identifizieren sind. Es stellt sich die Frage, welche Akteure miteinander interagieren, welche Merkmale und Funktionen die Netzwerkstrukturen aufweisen, insbesondere inwiefern sich verrichtungsbezogene Pflege und Alltagsassistenz sowie teilhabefördernde Sorgetätigkeiten innerhalb der „Netzwerke“ ergänzen, isoliert voneinander existieren oder gar nicht vorliegen? Vor diesem Hintergrund war es Ziel eines von dem Heidelberg Karlsruhe Research Partnership (HEiKA) geförderten Projektes, in zwei süddeutschen urbanen Regionen Mannheim und Karlsruhe, Netzwerkstrukturen, die sich um pflegebedürftige, ältere Menschen formieren, zu identifizieren und ihre wesentlichen Merkmale, vor allem mit Blick auf die Netzwerkkonstellation und auf die Unterstützungsleistung bzw. Funktion, zu untersuchen.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Das Forschungsprojekt „Technikkompatibilität von Netzwerken in der ambulanten Pflege von Menschen mit Demenz“ wurde von der Heidelberg Karlsruhe Research Partnership (HEiKA) im Zeitraum vom 1.1.2014 bis 31.12.2015 gefördert und vom Diakoniewissenschaftlichen Institut (DWI) der Universität Heidelberg und dem Institut für Technikfolgenabschätzung und Systemanalyse (ITAS) des Karlsruhe Instituts für Technologie durchgeführt. Wie dargestellt musste der Suchpfad im Projektverlauf angepasst werden, da entsprechende Netzwerke erst rekonstruiert werden mussten. Bei der Anpassung des Suchpfads fiel der Fokus auf Menschen mit Demenz weg, da es nun darum ging, überhaupt Netzwerke in der Pflege und Versorgung älterer Menschen zu identifizieren.

## 2. Pflege- und Sorgenetzwerke für ältere Menschen in den urbanen Regionen Mannheim und Karlsruhe: eine explorative Studie

### 2.1 Methodik und Forschungsdesign

Bei dem hier beschriebenen Projekt handelt es sich um eine explorative Studie im Querschnittsdesign. Bei allen Studienteilnehmern wurde ein schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an dem Projekt eingeholt. Spezifische ethische Problemstellungen wurden durch die Befragung nicht tangiert.

#### 2.1.1 Ein Suchpfad zur Identifizierung von Pflege- und Sorgenetzwerken

Der Fokus wurde zunächst auf die durch einen speziellen Suchpfad realisierbare Identifikation von Pflege- und Sorgenetzwerken in den beiden genannten urbanen Regionen in Baden-Württemberg gelegt. Ausgangspunkt des Suchpfads war die Definition von Pflege- und Sorgenetzwerken als soziale Beziehungsgeflechte, bestehend aus professionellen und informellen Akteuren (z. B. die klassischen, formellen Leistungserbringer des Gesundheitssystems wie Pflegedienstleister, Ärzte sowie pflegende Angehörige, Bekannte und Nachbarn, aber auch andere assistierende Akteure aus der Wirtschaft), die sich um die zu pflegende Person herum organisieren. Daher wurde zunächst eine explorativ angelegte Rekrutierung professioneller Dienstleister vor allem aus dem Bereich Pflege sowie potenzieller Netzwerkstrukturen, mit denen die Dienstleister in Verbindung stehen, durch eine umfassende Internetrecherche durchgeführt. Zusätzlich wurden unterschiedliche Multiplikatoren befragt, durch welche unterschiedliche Bereiche, in denen sich die Ausbildung von Pflege- und Sorgenetzwerken vollziehen kann, abgedeckt werden sollten (Multiplikatoren 1: Vertreter aus den Wissenschaftsbereichen Pflege und Gerontologie; Multiplikatoren 2: Führungskräfte aus dem medizinisch-gerontopsychiatrischen Bereich; Multiplikatoren 3: Leitende Vertreter sozialpolitischer Gremien auf kommunaler Ebene).

#### 2.1.2 Fokusgruppeninterviews und qualitative Inhaltsanalyse

In den identifizierten Netzwerkstrukturen wurden in einem zweiten Schritt halbstandardisierte, leitfragengestützte Fokusgruppeninterviews (Querschnittsdesign) zur Erfassung zentraler Merkmale, Funktionen (Pflege versus Assistenz bzw. Sorge) und der Akteurskonstellationen durchgeführt. Dazu wurden Vertreter der identifizierten Netzwerke angeschrieben und eingeladen.

Die leitfadengestützten Befragungen wurden zum Zwecke der regelgeleiteten Transkription mit anschließender qualitativen Inhaltsanalyse (nach Mayring 2010) elektronisch mit einem Diktiergerät aufgezeichnet. Die qualitative Inhaltsanalyse der aus den Interviews generierten Transkripte erfolgte durch eine offene Analyse mit Fokus auf die aus den Leitfragen hervorgegangenen relevanten Analyseeinheiten. Zunächst wurden die aus den Leitfragen hervorgegangenen relevanten Textabschnitte markiert. Der folgende Analyseschritt beinhaltete die Reduktion des Textmaterials

durch Paraphrasierung und Festlegung von Codes bzw. Kategorien zu den jeweiligen Forschungsfragen.<sup>2</sup>

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Die Identifizierung von Pflege- und Sorgenetzwerken in den Regionen Mannheim und Karlsruhe

Die Identifizierung von Pflege- und Sorgenetzwerken stellte sich in beiden untersuchten Regionen wie zu erwarten als schwierig heraus, da es bislang noch an einer sektoren- und professionsübergreifenden Koordination und Steuerung zentraler Vernetzungsprozesse zu mangeln scheint (vgl. u. a. SONG 2011) und damit vorhandene Netzwerkstrukturen in einer Region in ihrer Gesamtheit kein einheitliches Bild ergeben können. Besonders überraschend war jedoch, dass Pflege- und Sorgenetzwerke bei den kommunalen Stellen wie bei den einzelnen professionellen Dienstleistern nur in geringem Umfang bekannt waren. In einer der untersuchten Regionen gab es trotz in jedem Stadtteil bestehender kommunaler Pflegestützpunkte teilweise keine Kenntnis und mehrheitlich keinen Überblick über vorhandene stadtteilbezogenen Netzwerkkonstellationen im Bereich Pflege und Assistenz. Somit konnten mithilfe des Suchpfads auch keine Prozesse einer erfolgsversprechenden Netzwerkbildung sowie „professionellen“ Steuerung und Koordination von Pflege- und Sorgenetzwerken etwa durch Pflegemanager in Pflegestützpunkten erfasst werden.

Der Suchpfad wurde daher durch weitere Schritte angepasst. Diese folgten der Idee des Schneeballsystems, bei dem Akteure im Bereich ambulanter Pflege in den untersuchten Regionen danach befragt wurden, welche anderen Akteure oder Netzwerkstrukturen sie kennen. Auf diese Weise wurden unterschiedliche Beziehungsgeflechte identifiziert und vor allem mit Blick auf ihre Funktion (Unterstützung bei der verrichtungsbezogenen Pflege versus informelle, instrumentelle und/oder emotionale Sorgertätigkeit) differenziert. Auf diese Weise ließen sich in beiden Regionen insgesamt sieben Pflege- und Sorgenetzwerke mit ganz unterschiedlichen Merkmalen, Akteurskonstellationen und Funktionen identifizieren.

#### 3.2 Akteure, Merkmale und Funktion von Pflege- und Sorgenetzwerken in der Region: Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews

##### 3.2.1 Ein Arbeitskreis von professionellen Akteuren aus der Pflege

Das erste identifizierte Netzwerk umfasst professionell Pflegende, wobei sowohl Akteure ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflegekontexte auf unterschiedlichen hierarchischen Ebenen des Pflegeberufs miteinander in Beziehung stehen. Beteiligt sind

<sup>2</sup> Die Abbildung des Leitfadens würde den Umfang des Beitrags sprengen. Hingewiesen werden soll an dieser Stelle jedoch auf folgende Fragefoki: 1) Welche Akteure interagieren innerhalb der Netzwerke? Wie werden die Vernetzungsprozesse koordiniert? Welche Ziele verfolgen die Netzwerke bzw. welche Funktionen übernehmen sie? Werden technische Unterstützungssysteme zur Therapie und/oder Pflege älterer Menschen in einem Netzwerk eingesetzt?



Führungskräfte und Heimleiter verschiedener Altenhilfeeinrichtungen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste sowie Pflegekräfte aus der Alltagshilfe und Sozialdienste von zwei evangelischen und zwei weiteren Kliniken. Befragt wurden eine Fachkraft aus der Altenhilfe, eine aus der ambulanten Pflege, zwei Fachkräfte aus der teilstationären Pflege und die Heimleitung eines Pflegeheims.

Die Interaktion der Akteure innerhalb des Netzwerks ist vor allem durch den persönlichen Austausch, der durch regelmäßige Treffen (2-3 Mal pro Jahr) gewährleistet ist, charakterisiert. Die Netzwerksteuerung bzw. die Koordinierung der Netzwerkprozesse lässt sich zwar einem Akteur zuordnen, die Prozesse selbst entstehen aber situationsbedingt und unterliegen keinen standardisierten bzw. vorgegeben Abläufen.

Das Ziel dieses Arbeitskreises dient in erster Linie dem Informations- und Erfahrungsaustausch zur Optimierung der Pflege- und Arbeitsroutinen zwischen den unterschiedlichen Pflegebereichen, wobei dieser laut Interviewpartner vor allem durch die Ökonomisierung der Pflegetätigkeit, insbesondere mit Blick auf das Verhältnis zwischen Pflegekraft und Patient, im Wesentlichen beeinflusst wird.

Die Ergebnisse der Befragung geben einen deutlichen Hinweis darauf, dass dieses Netzwerk einem eher verrichtungsbezogenen Pflegeverständnis folgt. Merkmale von Alltagsassistenzen bzw. vor allem emotionalen Sorgetätigkeiten, die über eine verrichtungsbezogene Pflege hinausgehen, lassen sich in diesem Netzwerk nicht eindeutig identifizieren.

### 3.2.2 Eine Psychologische Beratungsstelle

Bei dem zweiten identifizierten Netzwerk handelt es sich um einen Verein zur Begleitung älterer Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen. Der Verein existiert seit circa 20 Jahren und ist als Beratungsstelle für pflegende Angehörige gegründet worden, die sich relativ schnell zu einem aktiven Verein für Alten- und Krankenpflege ausgeweitet hat. Akteure sind demnach sowohl professionelle Fachkräfte, als auch informelle Akteure, die sich um die pflegebedürftige Person formieren. Zur Erfassung von Netzwerkmerkmalen wurden zwei hauptamtlich Beschäftigte aus Beratung und Administration befragt.

Die Beziehung zwischen den Akteuren kennzeichnet eine besondere Kommunikationsstruktur innerhalb des Netzwerks, nämlich intensive, persönliche Gespräche mit allen Netzwerkakteuren, vor allem jedoch eine intensive kommunikative Auseinandersetzung der Pflegenden mit den Betroffenen. Mittels einer intensiven Beziehungsarbeit zwischen Betroffenen und Betreuer wird es der pflegebedürftigen Person ermöglicht, einen festen Bezugspunkt wiederzugewinnen. Die Netzwerksteuerung geschieht auf Basis der organisatorischen Form eines Vereins. Anliegen für die Gründung des Vereins war es, auf Basis gesprächs- und verhaltenstherapeutischen Ansätze eine kontinuierliche Unterstützung für die Pflegenden innerhalb des Familienkontextes anzubieten. Hierbei wird der Fokus auf Entlastung der pflegenden Angehörigen sowie auf Beratung im Kontext der Pflegetätigkeit gelegt.

Die in diesem Netzwerk vorliegende psycho-soziale Ausrichtung fokussiert sich in besonderem Maße auf die Beziehungsebene zwischen Betreuerinnen und Betreuten, die auf der Basis gesprächs- und verhaltenstherapeutischer Ansätze sowie der Psychoanalyse beruhen. Eine Unterstützung erfolgt zudem nur in den Bereichen, die der Betroffene nicht mehr selbstständig ausführen kann. Diese erfordert eine genaue Kenntnis der Ressourcen und Kompetenzen der Betroffenen, die nur durch zeitintensive Beobachtung und Reflexion gewonnen werden kann. Dieses Netzwerk ist demnach gekennzeichnet durch Assistenz- bzw. insbesondere informelle und emotionale Sorgertätigkeiten. Aufgrund der psycho-sozialen Ausrichtung wird dem Betroffenen Raum gegeben, sich mitzuteilen, seine Bedürfnisse und Wünsche zu äußern und in Kommunikation bzw. sozialer Interaktion mit anderen Menschen zu treten.

### 3.2.3 Ein Netzwerk des ambulanten Gesundheitssektors

Das dritte Netzwerk besteht aus rund 140 Ärzten und Pflegediensten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden sowie Apothekern. Demnach besteht das Beziehungsgeflecht vor allem aus professionellen Akteuren und den Patienten. Diese gruppieren sich um einen Anbieter eines ambulanten geriatrischen Rehabilitationskonzeptes, der gleichzeitig auch der Initiator des Netzwerks ist. Befragt wurde hier die Geschäftsleitung der Einrichtung.

In diesem Netzwerk liegt eine normative Struktur vor: Die Haus- oder Fachärzte der Patienten beantragen eine ambulante Rehabilitation mit allen dafür notwendigen Therapie- und Behandlungsmaßnahmen. Allerdings – so der Interviewpartner – kommt es auch vor, dass Kliniken und Sozialdienste und gesetzliche Betreuer eine Rehabilitation veranlassen und dadurch ein Kontakt zu dem Netzwerk entsteht. Die Prozesse innerhalb des Netzwerks sind dementsprechend weniger intrinsisch motiviert. Das Netzwerk ist kein Selbstläufer und muss durch die ambulante Rehabilitationseinrichtung gesteuert und koordiniert werden. Die mit der Koordination und Steuerung zusammenhängenden Kommunikationsprozesse in diesem Netzwerk gelingen durch eine Online-Plattform unter anderem zum digitalen Befundaustausch zwischen den Ärzten oder zwischen Ärzten und Angehörigen. Jeder Akteur in dem Netzwerk kann mit jedem Netzwerkpartner in Kontakt treten. Die Rehabilitationseinrichtung gewährleistet also die Kommunikation über die Online-Plattform und übernimmt damit die Netzwerksteuerung.

Der Schwerpunkt des Netzwerks liegt auf dem Informationsaustausch sowie dem Bündeln geriatrischer Kompetenz von niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie Therapeuten im Hinblick auf die Verordnung und Durchführung einer ambulante Rehabilitation älterer Menschen mit und ohne Pflegebedürftigkeit. In der Regel organisiert das Netzwerk auch die Aufenthalte der Patienten für das ambulante geriatrische Rehabilitationszentrum sowie die medizinische Vor- und Nachbetreuung der Patienten. Es wird deutlich, dass dieses Netzwerk durch eine eher medizinisch-therapeutisch-rehabilitative Versorgung und nicht durch Pflege- und Assistenz- bzw. Sorgetätigkeiten im häuslichen Umfeld gekennzeichnet ist.

### 3.2.4 (Kunden-)Netzwerk eines institutionalisierten Anbieters von Ambient Assisted Living-Dienstleistungen

Bei diesem Netzwerk handelt es sich um einen regionalen Pflegedienstleister mit ca. 2000 Kunden, der alle Arten von ambulanter und mobiler Pflegeunterstützung anbietet (z. B. Hausnotruf-Bereitschaft), aber auch Beratung zu assistierenden Gesundheitstechnologien. Der Interviewteilnehmer in diesem identifizierten Netzwerk war die Geschäftsleitung.

Die Kunden kommen durch Empfehlung von Hausarzt, Krankenhaus, Pflegedienst, Werbung und Angehörigen oder Bekannten auf den Anbieter zu.

Das Netzwerk um den Betroffenen besteht demnach aus dem Anbieter und den Kunden (Angehörige, Arzt etc.) sowie anderen professionellen (Ärzte, Pflegedienst) und informellen (Nachbarschaft, Bekannte) Akteuren, die untereinander über die Assistenztechnologien wie etwa dem Hausnotruf oder andere Alarm- und Notrufsysteme miteinander in Beziehung stehen. Eine regelmäßige, persönliche Interaktion findet aber nur zwischen dem Anbieter und dem Kunden bzw. Patienten und deren Angehörigen etwa zwecks Beratung mit Blick auf die Funktion und Anwendung der verschiedenen Ambient Assisted Living-Systeme statt.

Ziel ist es, sehr individuelle, auf den jeweiligen Kunden abgestimmte und zugeschnittene Maßnahmen im Bereich des Wohnens bzw. Wohnraumanpassung zu planen und zu implementieren. Daher kann dieses Netzwerk im Bereich der Alltagsassistenz bzw. der instrumentellen Sorgetätigkeiten verortet werden.

### 3.2.5 (Kunden-)Netzwerk eines kommerziellen Anbieters von Telemedizin

Durch die oben beschriebene Suchstrategie konnte ein weiteres Netzwerk rund um ein Unternehmen identifiziert werden, das telemedizinische Software anbietet, welche die computergestützte Fernbetreuung von pflegebedürftigen Patienten erleichtern soll. Auch in diesem Netzwerk wurde die Geschäftsführung befragt.

Professionelle Akteure dieses Netzwerks sind der Anbieter bzw. das Servicecenter, Haus- und Fachärzte und Krankenhäuser. Die Interaktion zwischen den Akteuren findet mittels der telemedizinischen Applikationen statt. Laut Interviewpartner sind hierbei keine weiteren (informellen) Akteure wie Angehörige oder Nachbarn eingeschlossen. Die Auswertung der Befragung ergibt zudem, dass in diesem untersuchten Netzwerk keine Steuerung bzw. Koordination von Prozessen innerhalb des Netzwerks stattfindet. Das konstitutive Element des Netzwerks ist die Nutzung von technischen Geräten für einen umfassenden Informationsaustausch zwischen den professionellen Akteuren und den Betroffenen. Hierzu gehören Geräte zur Aufzeichnung und Übertragung der Vitalfunktionen (Blutdruck, EKG, Blutzucker) und elektronische Medikamentenausgaben. Diese Vitaldaten werden dem Netzwerk zur Verfügung gestellt, damit die Betreuung der zu Pflegenden auch über weite Entfernungen hin gewährleistet werden kann.

Diese Netzwerkstruktur ergibt sich aus seiner Funktion, nämlich die Assistenz bei der medizinischen Selbstversorgung und Überwachung. Merkmale von informellen und emotionalen Sorge- sowie verrichtungsbezogenen Pflegetätigkeiten sind aus den Ergebnissen der Befragung nicht identifizierbar.

### 3.2.6 Das Netzwerk eines Gesprächskreises für pflegende Angehörige

Der Gesprächskreis für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz wurde von einer kommunalen geriatrischen Klinik ins Leben gerufen. Er geht auf die Gründung von Beratungsstellen für pflegende Angehörige zurück, in dem diese zunächst beraten und unterstützt werden sollen. Auf der Basis dieser Initiativen sowie der Tatsache, dass der Gesetzgeber auch Fachstellen für Demenz vorsieht, wurde ein institutionelles Netzwerk aufgebaut, das in der Region inzwischen gut eingeführt ist und auch intensiv nachgefragt wird. Befragt wurden vier Angehörige, die an einem Interventionsprogramm einer Seniorenberatungsstelle teilgenommen haben und Mitglieder der Gesprächsgruppe waren sowie zwei Personen von der Leitung der Seniorenberatungsstelle und eine Ärztin aus der Akutgeriatrie und geriatrischen Rehabilitation.

Die Kommunikation zwischen den Akteuren in diesem Netzwerk, meist pflegende Angehörige und Fachkräften aus der Pflegeberatung, basiert auf regelmäßigen Treffen (alle 8 Wochen) in Form eines Gesprächsgruppenabends. Zudem werden Seminarangebote von der Beratungsstelle organisiert, die über relevante Themen informieren. Die Beratungsstelle übernimmt dementsprechend eine koordinierende Funktion innerhalb des Netzwerks.

Ziel des Netzwerks ist es, einen Austausch zwischen pflegenden Angehörigen in ähnlichen Lebenssituationen zu ermöglichen. Damit erfüllt es eine starke informelle, beratende Funktion sowohl mit Blick auf die verrichtungsbezogene Pflege sowie auf den zwischenmenschlichen Umgang mit den Betroffenen. Allerdings sind die Betroffenen nur indirekt mit dem Netzwerk verknüpft, nämlich über die Angehörigen, die an den Gesprächskreisen teilnehmen. Direkte emotionale Sorgetätigkeiten, die Möglichkeiten sozialer Teilhabe für die Betroffenen eröffnen, sind daher in diesen Netzwerkstrukturen nicht erkennbar.

### 3.2.7 Das Netzwerk einer Betreuungsgruppe für Menschen mit Demenz

Die Betreuungsgruppe wird von 15 Ehrenamtlichen und drei Fachkräften geleitet, wobei die Ehrenamtlichen regelmäßig zum Thema Demenz geschult werden. Die Betreuungsgruppe ist Teil des Altenhilfeangebots eines freigemeinnützigen Trägers in der Untersuchungsregion. Die Besonderheit der Betreuungsgruppe liegt in der Einbindung der Ehrenamtlichen, die das Anbieten einer solchen Form der Betreuung erst ermöglichen. Befragt wurden der Leiter der Altenarbeit, eine Sozialarbeiterin mit Zusatzausbildung im gerontopsychiatrischen Bereich, eine Pflegefachkraft und Lehrerin für Pflege sowie ein ehrenamtlicher Fahrer.

Sowohl zwischen den Ehrenamtlichen, den Fachkräften und vor allem auch den Betreuern und Betroffenen steht der Beziehungsaspekt zueinander im Vordergrund.

Die Interaktion der professionellen und informellen Akteure findet sowohl während der regelmäßigen Betreuung der Betroffenen, als auch bei den Nachbesprechungen statt. Die Angehörigen der Betroffenen können sich direkt an die Fachkräfte wenden oder sonstige Beratungsangebote des Trägers beanspruchen. Ein zentraler Akteur, der die Netzwerksteuerung und Koordination übernimmt, existiert in diesem Netzwerk nicht. So entscheiden die Ehrenamtlichen, die vor ihrem Einsatz allerdings geschult werden, selbst über Art und Umfang ihrer Tätigkeit. Die Initiative für die Betreuungsgruppe liegt somit zwar letztendlich beim Träger, die Betreuungsgruppe und damit der Erhalt des Netzwerks wäre aber ohne die Ehrenamtlichen nicht durchzuführen. Die Identifizierung eines einzelnen Akteurs, von dem das Gelingen der Netzwerkprozesse abhängt, ist aber nicht möglich.

Eine der Zielsetzungen des Netzwerks besteht in der „Beziehungsarbeit mit den Gästen“, d. h. der Betroffenen, und der Förderung sozialer Teilhabe von Menschen mit Demenz. Dieses Netzwerk ist demnach gekennzeichnet durch Alltagsassistenten- bzw. insbesondere emotionale sowie informelle Sorgetätigkeiten. Die verrichtungsbezogene Pflege spielt nur eine Nebenrolle. Die Förderung der sozialen Interaktion der Betroffenen mit anderen Menschen ist hier ein wesentliches Zielkriterium der Netzwerktätigkeit. Tabelle 1

#### 4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die Etablierung von Pflege- und Sorgenetzwerken

Ziel des von dem Heidelberg Karlsruhe Research Partnership (HEiKA) geförderten explorativen Projektes war es, in zwei süddeutschen urbanen Regionen, nämlich in der Region Mannheim und Karlsruhe, Netzwerkstrukturen, die sich um pflegebedürftige, ältere Menschen formieren, zu identifizieren und ihre wesentlichen Merkmale, vor allem mit Blick auf ihre Netzwerkfunktion, welche sich an einem verrichtungsorientierten und/oder einem ganzheitlichen Pflegeverständnis orientiert, zu untersuchen. Zentrale Frage war dabei, inwiefern sich verrichtungsbezogene Pflege und Alltagsassistenten sowie teilhabefördernde Sorgetätigkeiten innerhalb der identifizierten Netzwerke ergänzen, isoliert voneinander existieren oder gar nicht vorliegen.

Die Suche nach Netzwerken im ambulanten Pflege-Bereich in den untersuchten Regionen gestaltete sich als schwierig, weil die einzelnen Netzwerke im Rahmen des Projektes nicht nur identifiziert, sondern zunächst erst einmal methodisch konstituiert werden mussten. Die Akteure selbst entwickelten wenig „Aufmerksamkeit“ auf die Gestaltung eines Netzwerkes zur Unterstützung der pflegerischen und Sorgetätigkeit alter Menschen. Zwar ging es diesen darum, das Zusammenspiel und die Koordination vor allem pflegerischer Tätigkeiten in einem bestimmten Kontext zu gewährleisten, die soziale Qualität stand aber hierbei oftmals nicht im Vordergrund.

<i>Identifizierte Netzwerke</i>	<i>Hauptakteure</i>	<i>Vernetzungsprozesse</i>	<i>Funktion</i>	<i>Pflegeverständnis</i>
Arbeitskreis von professionellen Akteuren aus der Pflege	professionell Pflegende aus der ambulanten und stationären Altenpflege	Regelmäßige Treffen Situationsbedingte, nicht standardisierte Steuerung bzw. Koordinierung	Informations- und Erfahrungsaustausch zur Optimierung der Pflege- und Arbeitsroutinen	Verrichtungsbezogene Pflege
Psychologische Beratungsstelle	professionelle Pflegefachkräfte informelle Akteure (v. a. pflegende Angehörige)	regelmäßige, intensive und betreute Beziehungsarbeit zwischen Betroffenen und Pflegenden Steuerung durch Vereinsorganisation	Entlastung der pflegenden Angehörigen Beratung im Kontext der Pflegetätigkeit	Informelle und emotionale Sorgetätigkeit
Netzwerk des ambulanten Gesundheitssektors	Haus- und Fachärzte Pflegedienste Physiotherapeuten Ergotherapeuten, Logopäden Angehörige	Interaktion mittels Online-Plattform zum digitalen Befundaustausch zwischen den Ärzten Steuerung durch die Rehabilitationseinrichtung	Informationsaustausch im Hinblick auf die Verordnung und Durchführung einer ambulanten Rehabilitation	Medizinisch-therapeutische Versorgung
(Kunden-)Netzwerk eines Anbieters von Ambient Assisted Living (AAL)-Dienstleistungen	Berater von AAL Systemen Kunden (pflegende Angehörige, Ärzte)	Nicht regelmäßige Beratungstreffen Keine langfristige Koordinierung	Wohnraumanpassung	Instrumentelle Sorgetätigkeit
(Kunden-)Netzwerk eines kommerziellen Anbieters von Telemedizin	Anbieter / Servicecenter Haus- und Fachärzte Krankenhäuser Angehörige	Nicht regelmäßige Interaktion mittels der telemedizinischen Applikationen keine Steuerung bzw. Koordination von Prozessen	Assistenz bei der medizinischen Selbstversorgung und Überwachung	Kein Pflegeverständnis identifizierbar
Netzwerk eines Gesprächskreises für pflegende Angehörige	pflegende Angehörige Fachkräfte aus der Pflegeberatung	regelmäßigen Treffen in Form eines Gesprächsgruppenabends Koordination durch Beratungsstelle	Austausch zwischen pflegenden Angehörigen in ähnlichen Lebenssituationen	Verrichtungsbezogene Pflege informelle Sorgetätigkeit
Netzwerk einer Betreuungsgruppe für Menschen mit Demenz	Pflegefachkräfte Ehrenamtlich Tätige	Regelmäßige Fallbesprechungen Keine Netzwerkkoordination	Förderung sozialer Teilhabe von Menschen mit Demenz	Emotionale und informelle Sorgetätigkeit

Tab. 1: Merkmale der Identifizierten Netzwerke im Überblick (Quelle: eigene Darstellung)

Die Ergebnisse machen deutlich, dass die in den beiden Regionen identifizierten Pflege- und Sorgenetzwerke als einzelne Beziehungsgeflechte zwischen verschiedenen Akteuren und auf Basis spezifischer und divergierender Rahmenbedingungen entstanden sind und entsprechend unterschiedliche Strukturen bzw. Funktionen und Merkmale aufweisen. Deutlich wird, dass die Mehrheit der identifizierten Netzwerke entweder einem verrichtungsbezogenen Pflegeverständnis folgt oder stärker informelle und beratende Unterstützung anbietet. Es konnte nur ein Netzwerk lokalisiert werden, welches versucht, beide Aspekte im Sinne eines ganzheitlichen Pflegeverständnisses miteinander zu verknüpfen und gezielt soziale Teilhabe der Betroffenen zu fördern, nämlich die

Betreuungsgruppe für Menschen mit Demenz. Demnach kann festgehalten werden, dass sich innerhalb der identifizierten Netzwerke verrichtungsbezogene und Assistenz- bzw. Sorgetätigkeiten durch eine Kooperation unterschiedlicher Akteure nicht ergänzen, was einem ganzheitlichen Pflegeverständnis entsprechen würde. Ein Grund für die misslungene Verknüpfung von Pflege und Sorge innerhalb der Netzwerkstrukturen liegt wohl im Vernetzungsprozess selbst. Es gibt Hinweise aus den Interviews, die darauf hindeuten, dass Vernetzungsprozesse im Bereich Pflege und Sorge generell schwierig zu realisieren sind: Speziell organisierte, regelmäßigen Gruppenveranstaltungen und Treffen oder gar eine internetgestützte Kommunikationsplattform in einzelnen Netzwerken ermöglichen den Kontakt und Austausch zwischen den professionellen und informellen Akteuren. Allerdings gaben einzelne Aussagen der Interviewpartner auch den Hinweis, dass die (zeitlichen) Ressourcenoptimierungsmaßnahmen in der Pflege eine effizientere und vor allem horizontal ausgerichtete Zusammenarbeit, die eine Vernetzung von mehreren Akteuren voranbringen könnte, kaum zu lassen. Eine notwendige, flächendeckende Standardisierung von Vernetzungsprozessen war in den identifizierten Netzwerkstrukturen nicht zu erkennen. Vor allem Ärzte übernehmen etwa im Netzwerk des ambulanten Gesundheitssektors eine koordinative Funktion, hingegen waren Ärzte im Arbeitskreis von professionellen Akteuren aus dem Bereich Pflege zur Koordination unterschiedlicher Altenpflegeangebote nur geringfügig eingebunden. Einzelne Akteure übernehmen in den verschiedenen Netzwerken selbst eine steuernde und koordinierende Funktion, wogegen speziell dafür eingesetzte Akteure (z. B. Netzwerkinitiatoren bzw. -Moderatoren) bislang keine bedeutsame Rolle spielen. Die einzelnen Akteure agieren dadurch hinsichtlich einer netzwerkbildenden und -steuernden Funktion mit ungleicher Stärke und mit sehr unterschiedlichen Herangehensweisen. Es wird dadurch außerdem deutlich, dass die einzelnen identifizierten Pflege- und/oder Sorgenetzwerke, die aus einer eher geringen Anzahl an Akteuren bestehen, aber durch ein eher dichtes Beziehungsgeflecht miteinander verknüpft sind, weitgehend geschlossene Einheiten bilden. Zwar ist nicht ausgeschlossen, dass die identifizierten Netzwerke bzw. die einzelnen Akteure in Beziehung zu weiteren kleinen Teilnetzwerken stehen, die andere ergänzende Funktionen übernehmen, doch lässt sich anhand der vorliegenden Ergebnisse vermuten, dass die identifizierten Strukturen eher jeweils abgegrenzte Netzwerke darstellen, die in der Region nebeneinander bestehen und kaum miteinander verbunden sind. Da auch keine Informationen über die bestehenden Netzwerke an einer zentralen (Koordinierungs-)Stelle gesammelt werden, besteht hier ein Informationsdefizit, das möglicherweise dazu führt, dass die Akteure Schwierigkeiten haben, überhaupt Pflege- und Sorgenetzwerke zu finden bzw. das für sie passende Netzwerk zu eruieren.

Die fehlende Vernetzung der unterschiedlichen Netzwerkstrukturen in den untersuchten Regionen hat also unterschiedliche Konsequenzen. Zum einen bleibt dadurch die Möglichkeit weitgehend ungenutzt, sich über Erfahrungen in der ambulanten Versorgung von pflegebedürftigen Menschen – abgesehen von eher zufällig entstandenen Arbeitskontakten – auszutauschen. Hier könnten z. B. ortsrelevante Informationen weitergegeben und so zu einer passgenaueren Versorgungssituation beigetragen wer-

den. Zum anderen unterbleibt so auch der Aufbau eines systematischen und übergreifenden ambulanten Pflege- und Sorgenetzwerks in einer Region, welches den betroffenen Menschen einen einfacheren Informationszugang zu vorhandenen Netzwerken für eine bedürfnisgerechte Gestaltung ihrer Pflegesituation bereitstellen könnte.

Zentrale kommunale Netzwerk- bzw. Koordinationsstellen in den Regionen könnten die Funktion so genannter „weak ties“ (Granovetter 1973), d. h. schwache Beziehungsgeflechte, übernehmen, die Brücken zu verschiedenen Netzwerken schaffen und somit einen Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Akteuren von Pflege- und Sorgenetzwerken fördern und damit Vernetzungsprozesse ausbauen können. Durch die Einführung kommunaler Netzwerk-Moderatoren könnte dem Aufbau ambulanter Pflege- und Sorgenetzwerke und der dafür geeigneten Anwendungen ein wirksamer Impuls verliehen werden. In diesem Sinne müssten die Rahmenbedingungen für die Interaktion der unterschiedlichen Akteure in den sozialen Netzwerken und dieser untereinander dringend gestaltet werden. Dabei sind die unterschiedlichen Interessen der einzelnen Akteure zu berücksichtigen und entsprechend möglichst Win-win-Situationen anzustreben.

Auch wenn diese Interpretation aus dieser explorativen Studie naheliegend ist, so müsste zunächst jedoch folgende grundsätzliche Frage geklärt werden: Soll und kann man Netzwerke im Bereich ambulanter Pflege systematisch gestalten oder liegt ihre Stärke nicht gerade in der regellosen Bildung? Es könnte auch sein, dass die mangelhafte Vernetzung der vorgefundenen Strukturen mit anderen Netzwerken untereinander genau darin ihren Grund hat, dass die Stärke von Netzwerken in der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Menschen gerade in der regellosen Bildung um den Betroffenen herum liegt, die eben nur schwer systematisierbar ist. Aus dieser Überlegung ergibt sich die Grundfrage, ob man Pflege- und Sorgenetzwerke systematisch gestalten soll und falls ja, in welcher Hinsicht und zu welchem Zweck dies vorteilhaft wäre. Zumindest im Blick auf Informationen über bestehende Netzwerke in einer Region erscheint dies vor dem Hintergrund der eigenen Recherche in diesem Forschungsprojekt mehr als sinnvoll zu sein. Pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen könnte auf diese Weise eine bessere Entscheidungsgrundlage für die Gestaltung der ambulanten Versorgungssituation gegeben werden. In dieser Hinsicht sollten weitere Untersuchungen die grundlegende Forschungsfrage zur Bildung von Netzwerken in der Pflege aufnehmen. Aus diesen Überlegungen ergeben sich weiterführende Fragestellungen: Inwiefern könnten netzwerkbildende bzw. -steuernde Instanzen wie etwa Netzwerkkoordinatoren den Aufbau systematischer Pflege- und Sorgenetzwerke befördern? In diesem Zusammenhang wäre auch zu untersuchen, inwiefern die Nutzung technischer Anwendungen in der Netzwerksteuerung oder für den Netzwerkaufbau förderlich wäre. Hierzu könnten beispielsweise digitale Vernetzungsmöglichkeiten eingesetzt werden. Der Implementierung etwa telemedizinischer Kommunikationstechnologien nicht nur in strukturell benachteiligten, sondern auch in urbanen Regionen kann ein großes Gewicht beigemessen werden (z. B. Brokmann et al. 2014; Metelmann et al. 2014).



Mit der Einführung des zweiten Pflegestärkungsgesetzes und dem damit verbundenen differenzierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der nicht nur die verrichtungsbezogene Pflege, sondern auch sämtliche Sorgetätigkeiten in den Blick nimmt, eröffnen sich neue Möglichkeiten, eine passgenaue, auch sozio-emotionale Unterstützung für den Erhalt und die Förderung von Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und der Ressourcen pflegebedürftiger Menschen bereitzustellen. Der Ausbau einer flächendeckenden Pflege- und Sorgeinfrastruktur in Form wohnortnaher, vernetzter Unterstützungssysteme ist eine geeignete Strategie, die Intention des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Praxis umzusetzen. Dennoch zeigen die Ergebnisse der vorliegenden explorativen Studie, dass dies nicht nur in ländlichen, sondern auch in urbanen Regionen bislang unzureichend realisiert wird. Es ist hervorzuheben, dass insbesondere Maßnahmen einer sektoren- und professionübergreifenden, kommunalen Steuerung von Pflege- und Sorgestrukturen stärker in den Bereich der Versorgungsforschung sowie in gesellschaftlichen und politischen Diskursen in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken müssen. Die vorliegende Studie war ein erster Schritt, die derzeitige Vernetzungsproblematik aufzuzeigen. Die Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, dass im Rahmen der Studie sehr unterschiedliche Instanzen und Akteure mit verschiedenen Expertisen und Professionen befragt wurden, was die Vergleichbarkeit der Aussagen der Studienteilnehmer einschränkt und als Limitation der Studie zu verstehen ist. Daher ist anzunehmen, dass die Ergebnisse des Projekts vor allem nicht nur die unterschiedlichen Netzwerkqualitäten, sondern auch die Vielfalt der Themen und Schwerpunkte der Befragten aus ihren spezifischen Tätigkeitsbereichen heraus widerspiegeln.

## Literatur

- Brokmann, J. C./Czaplik, M./Bergrath, S./Valentin, B. u. a. (2014): Telemedizin. In: *Notfall und Rettungsmedizin* 17 (3), 209-216
- Bundesregierung (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. >[https://www.siebter-altenbericht.de/index.php?eID=tx\\_nawscuredl&u=0&g=0&t=1490521071&hash=edfa8f0f16cf75fad687d73a8d4547b9b2bba340&file=fileadmin/altenbericht/pdf/Der\\_Siebte\\_Altenbericht.pdf](https://www.siebter-altenbericht.de/index.php?eID=tx_nawscuredl&u=0&g=0&t=1490521071&hash=edfa8f0f16cf75fad687d73a8d4547b9b2bba340&file=fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf)< [Stand: 2017-11-21]
- Ginski, S./Koller, B./Schmitt, G. (2012): Kurzurückblick/Projektrecherche „Besondere Wohnformen“. In: IBA Berlin 2020, >[http://www.stadtentwicklung.berlin.de/staedtebau/baukultur/iba/download/studien/IBA-Studie\\_Besondere\\_Wohnformen.pdf](http://www.stadtentwicklung.berlin.de/staedtebau/baukultur/iba/download/studien/IBA-Studie_Besondere_Wohnformen.pdf)< [Stand: 2017-11-21]
- Granovetter, M. (1973): The Strength of weak ties. In: *The American Journal of Sociology* 78 (6), 1360-1380
- Hoberg, R./Klie, T./Künzel, G. (2013): *Strukturreform Pflege und Teilhabe. Eckpunktepapier. Kurzfassung*. Freiburg: AGP Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg.
- Klie, T./Wendt, W. R. (2014): Caring Community und das Management von Versorgung. In: *Case Management* 11 (3), 111-115
- Krank, S./Roß, P.S./Siebert, A. (2008): *Gemeinsam Teilhabe leben! Einbeziehung freiwillig und ehrenamtlich Tätiger in die Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Eine Handreichung*. Reute: Meisterdruck

- Kuhn, U. (2014): Nur gemeinsam sind wir stark. Wohlfahrtsträger als Partner lokaler Verantwortungsgemeinschaften. BBE-Newsletter 04/2014
- Künemund, H./Hollstein, B. (2005): Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke. In: M. Kohli und H. Künemund (Hrsg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 212-276.
- Leimeister, J. M. (2005): Virtuelle Communities für Patienten. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim.
- Metelmann, C./Metelmann, B./Morris, D./Cordeiro u. a. (2014): Potenziale der Telemedizin bei Patienten in der Häuslichkeit. In: Verband der Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik (VDE) (Hrsg.): VDE-Kongress 2014 Smart Cities. Intelligente Lösungen für das Leben in der Zukunft. Tagungsband
- Schneekloth, U./Wahl, H.-W. (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). München.
- Schubert, P./Ginsburg, M. (2000): Virtual Communities of Transaction. In: *Electronic Markets* 10(1), 45–55
- SONG, Netzwerk Soziales neu gestalten (Hrsg.) (2011): Tagungsdokumentation. Nur gemeinsam sind wir stark. Wohlfahrtsträger als Partner sozialer Netzwerke im Quartier. Meckenbeuren: SONG, Netzwerk Soziales neu gestalten. <[http://www.netzwerk-song.de/fileadmin/user\\_upload/SONG\\_Tagungsdokumentation.pdf](http://www.netzwerk-song.de/fileadmin/user_upload/SONG_Tagungsdokumentation.pdf)> [Zugriff am 21.11.2017]
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013): Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden
- Tesch-Römer, C. (2010): Soziale Beziehungen alter Menschen. Grundriss Gerontologie. Band 8. Stuttgart: Kohlhammer

*Prof. Dr. Johannes Eurich*<sup>2,3</sup>

*Dr. phil. Stefanie Wiloth* (Dipl. Gerontologin)<sup>2,3</sup>

*Nora Weinberger*<sup>1,3</sup>

*Bettina-Johanna Krings*<sup>1,3</sup>

*Michael Decker*<sup>1,3</sup>

- 1 KIT, Institut für Technikfolgenabschätzung und Systemanalyse (ITAS), Karlstraße 11, 76133 Karlsruhe
- 2 Diakoniewissenschaftliches Institut der Theologischen Fakultät der Universität Heidelberg (DWI), Karlstr. 16, 69117 Heidelberg
- 3 HEIKA, Heidelberg Karlsruhe Research Partnership, Heidelberg, Karlsruhe

Prof. Dr. Johannes Eurich

Karlstr. 16, 69117 Heidelberg, [johannes.eurich@dwi.uni-heidelberg.de](mailto:johannes.eurich@dwi.uni-heidelberg.de)

(Korrespondenzadresse)

Marianne Brieskorn-Zinke

## Leiblichkeit als Herausforderung für die Pflegebildung

### The Felt Body as a Challenge for Nursing Education

The body orientation of classical medicine still dominates in many ways how to deal with illness and health. This fosters a progressive process of self-alienation for patients as well as for healthcare professionals. Especially the care as a relationship based occupation gets more and more in need of explanation and difficulties of adequate professional action. The article shows how the neophenomenological approach as a epistemological method opens up new access to the patient. In the therapeutic coexistence, the concept of bodily communication can show ways in which the functionality is overcome and the feeling of being on one's own body as knowledge potential deepens and enriches nursing action.

#### Keywords

Bodyorientation in medicine, self alienation, neophenomenological reflections, resonance sensitivity, bodily communication, exercises for mindfulness, nursing education

Die Körperorientierung der klassischen Medizin beherrscht in weiten Teilen nach wie vor den Umgang mit Krankheit und Gesundheit. Das begünstigt einen fortschreitenden Prozess der Selbstentfremdung für Patienten genauso wie für Professionelle im Gesundheitswesen. Gerade die Pflege als Beziehungsberuf gerät immer mehr in Handlungs- und Erklärungsnot. Der Artikel zeigt auf, wie die Leibphänomenologie als Erkenntnismethode neue Zugangsweisen zum Patienten eröffnen kann. Im therapeutischen Miteinander kann das Konzept der leiblichen Kommunikation Wege aufzeigen, auf denen die Funktionalität des Körperlichen überwunden wird und das Spüren am eigenen Leibe als Erkenntnispotenzial das pflegerische Handeln vertieft und bereichert.

#### Schlüsselwörter

Körperorientierung in der Medizin, Selbstentfremdung, Leibphänomenologie, Resonanzsensibilität, leibliche Kommunikation, Leibesübungen der Achtsamkeit, Pflegebildung

### Einführung

Seit Iwan Illich in den 80er Jahren als unerbittlicher Kulturkritiker auch die etablierte Medizin und den dazugehörigen Medizinbetrieb analysierte und als Gefahr für die Gesundheit der Menschen beschrieb (Illich 1987), sind mehr als 30 Jahre vergangen. Seine Medizinkritik ist ohne Folgen geblieben, im Gegenteil: Die angebliche Überlegenheit der naturwissenschaftlich technischen Ausrichtung der Medizin feiert ihre Erfolge und die Menschen laufen ihnen hinterher, von einer Diagnose zur anderen, von einer

---

eingereicht 09.12.2017

akzeptiert 05.06.2018

Operation zur nächsten. Der Körper als Analyse- und Gebrauchsgegenstand der Medizin wird quasi heiliggesprochen. Wenn er z. B. erhalten wird, obwohl das Leben aus ihm gewichen ist, wie das für Transplantationen üblich ist, dann steht er über dem Leben. Pflegende müssen ihn in diesen Situationen pflegen, als wäre er noch ein Mensch und nicht mehr nur ein bloßer Körper. Das ist ein Extrembeispiel, aber es verdeutlicht einmal mehr, wie sehr das reduktionistische Menschenbild der Medizin auch das pflegerische Handeln mitbestimmt. Der möglichst objektive Blick auf den Körper bestimmt weitgehend das therapeutische Handeln am Patienten.

Die Lebenserfahrungen des Alltags zeichnen für Professionelle und für Patienten jedoch auch immer wieder andere Bilder. Es gibt das Handeln aus Intuition oder aus dem Bauchgefühl heraus. Zudem zeigen sich in den therapeutischen Begegnungen immer wieder kleine und große Dinge, die jenseits aller Körperlichkeit unmittelbar sehr nahe gehen, die ergreifen und Eindrücke hinterlassen. Es sind keine deutlichen Erscheinungen, sondern vielschichtige Momente, wahrgenommene Untertöne oder auch gespürte Atmosphären, die berühren und häufig auch betroffen machen. Diese Erfahrungen sind unmittelbar und unausweichlich da und bestimmen ebenfalls den therapeutischen Alltag. Sie bezeugen immer wieder die Kraft der Subjektivität und durchziehen die Menschen als leibliche Regungen. Vielfach prägen sie die Atmosphären in den therapeutischen Begegnungen. Dieser Seite unserer Existenz haben wir allerdings misstrauen gelernt, da sie vielfach ausgeblendet wird und auch in Ausbildung und Studium keine Rolle spielt. Im therapeutischen Miteinander orientiert man sich – ausgehend von der Dominanz der naturwissenschaftlichen Medizin – an objektiven Diagnosen und nicht an bewegenden Momenten. Diagnosen geben Auskunft über die Verfassung eines Patienten, sein Befinden und die daraus resultierenden mitmenschlichen Erfahrungen bleiben zweitrangig. Das wirkt sich natürlich auch auf das Selbstverständnis der Pflege aus. Pflegende übernehmen zunehmend Aufgaben der Steuerung medizinischer Prozesse und die Pflege am Bett wird weniger wichtig (dazu Friesacher 2015). Pflegende verobjektivieren sich durch diesen Trend zunehmend selbst. Die Handlungsrelevanz des Un- und Vorbewussten, von Gefühlen und Affekten, der Sinne und des Leibes im pflegerischen Alltag wird so zunehmend unwichtiger. Allerdings haben diese Weisen des affektiven Betroffenseins etwas zu sagen, was gerade im Umgang mit kranken Menschen von großer Bedeutung ist. Ärzte und Pflegende dürfen ihnen nicht ausweichen, weil sie wichtige Einblicke in die subjektiven Erfahrungsweisen von Patienten und natürlich auch der Therapeuten selbst ermöglichen.

Der Philosoph Herman Schmitz (Schmitz 2007, 2016) hat seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts der Erforschung dieser unmittelbaren Erfahrungen, weite Teile seiner Philosophie gewidmet und die Neue Phänomenologie begründet. Grundlage bildet die Analyse der unwillkürlichen Lebenserfahrung ausgehend von dem, was jeder Mensch an seinem eigenen Leibe spürt. Schmitz geht es in seinem Werk um die Einsicht in die Existenz und Bedeutung des eigenen Leibes und es geht ihm auch um die gesellschaftlichen Konsequenzen, die sich daraus ableiten. Leibphänomenologische Erklärungsansätze haben seither viele Wissenschaftsgebiete um neue Perspektiven erweitert, unter anderem auch die Pflegewissenschaft (Uzarewicz 2003, 2012; Uzarewicz

& Uzarewicz 2005.; Weidert 2007; Brieskorn-Zinke 2011a, 2011b, 2012; Moers 2012; Dörpinghaus 2013).

Aus soziologischer Sicht analysiert Hartmut Rosa problematische Veränderungen unserer „Weltbeziehungen“, die er aus den Beschleunigungsprozessen unsere Zeit ableitet und die seiner Meinung nach die Menschen zunehmend resonanzunfähig machen. Gemeint sind unsere Beziehungen „zum Raum und zur Zeit, zu den Menschen und den Dingen, mit denen wir umgehen, und schließlich zu uns selbst, zu unserem Körper und zu unseren psychischen Dispositionen“ (Rosa 2017:14). Ziel seiner Analysen ist der Verweis auf die zentrale Bedeutung von Resonanzsensibilität, die er in vielen Bereichen des gesellschaftlichen Miteinanders bedroht sieht. Mangelnde Resonanzsensibilität ist auch ein zentraler Grund für die oben ausgeführte Misere im Beziehungsgeschehen des heutigen Medizin- und Pflegebetriebs.

Schmitz Konzept der Leiblichkeit und Rosas Konzept der Resonanz haben viel miteinander zu tun. Sie begründen sich beide aus der phänomenologischen Tradition, nach der das unmittelbare Bewusstseinsleben der Ausgangspunkt unserer Beziehung zur Welt ist. Der Leib steht für den erlebten Wirklichkeitsbezug des Subjekts, Resonanz für die Schwingungsfähigkeit des Leibes. Leibliche Resonanz bezieht sich auf verschiedene Formen der Wahrnehmung stimmungsräumlicher Phänomene. Beide Konzepte bilden den Bezugsrahmen zu meinen Ausführungen zur leiblichen Kommunikation. Die zentralen Untersuchungsaufgaben meines Artikels lauten:

- Warum ist das Konzept der Leiblichkeit wichtig für die Pflegeberufe?
- Welches sind zentrale Dimensionen leiblicher Kommunikation?
- Wie kann leibliche Resonanz als Ausbildungsziel in die Pflegebildung integriert werden?

## 2. Die Pflegeberufe im „leiblichen“ Notstand

Meine These lautet: Das Potenzial leibphänomenologischer Erklärungsansätze ist für die Entwicklungen in Theorie und Praxis der Pflege von großer Bedeutung. Natürlich wären die Erkenntnisse zur Bedeutung von Leiblichkeit und Resonanzfähigkeit auch für viele Entwicklungen in der Medizin zentral (siehe dazu Böhme 2003, Brieskorn-Zinke 2015). Die Pflege als Profession und als Tätigkeit wird jedoch bewusst ins Zentrum gestellt, weil die Pflege genuin ein Beziehungsberuf ist und weil wir hier seit vielen Jahren einen echten Notstand verzeichnen, der unter Anderem auch mit dem Verlust der Beziehung als zentraler beruflicher Dimension zu tun hat. Der Pflegenotstand offenbart sich in dreierlei Hinsicht:

1. Er zeigt sich quantitativ, da es viel zu wenig Pflegepersonal für den steigenden Pflegebedarf gibt.
2. Er zeigt sich qualitativ, da allorts die mangelnde Zuwendung zu den Patienten beklagt wird (Weidert 2014).

3. Er hat eine stigmatisierende berufsbezogene Seite, die aufzeigt, dass Pflegepersonen immer stärkeren Belastungsfaktoren ausgesetzt sind, die sie selber krank machen (Höhmann et al. 2016).

Forschung und Entwicklung in der Pflegewissenschaft haben all diese Probleme aus unterschiedlichen Perspektiven heraus untersucht und belegt, aber diese Ergebnisse haben bisher wenig dazu beitragen können, Veränderungen zum Besseren herbeizuführen. Auch die Akademisierungsansätze der letzten zwanzig Jahren verhelfen den Pflegeberufen nicht nachhaltig zur Attraktivität. Das hängt einerseits mit der Schwierigkeit einer Theoriebildung zusammen, aber andererseits auch mit der praktischen und zum Teil auch theoretischen Anbindung der Pflegewissenschaft an die Medizin. Sie verführt die Pflege immer wieder dazu, den verobjektivierten Blick auf die Krankheit auch auf die Person des Patienten zu übertragen und diesen nicht in seinem individuellen Krankheitserleben wahrzunehmen. Das aber ist ihr eigentlicher professioneller Ausgangspunkt und dieser macht Pflege als Beruf interessant und herausfordernd. So schreiben auch Darmann-Finck und Friesacher zum Thema Professionalisierung in der Pflege: *„Der Kern der Pflege, oder schlicht, das typisch ›Pflegerische‹ zeichnet sich nämlich durch eine ganz spezifische Zugangsweise zum Betroffenen aus. Das Ansetzen an der Leiblichkeit (und nicht nur am Körper) und eine die Existenz umfassende, heilende, Anteil nehmende und fürsorgende Hilfe und Unterstützung in krisenhaften, oftmals sehr verletzlichen Situationen sind die pflegerische Domäne und grenzen sie ab von den anderen Professionen.“* Damit wird zu Recht pflegekundliches und nicht ärztliches heilkundliches Handeln ins Zentrum der Pflege gestellt, und hier sollte man auch professionstheoretisch und professionspraktisch ansetzen.

Moers und Uzarewicz haben bestehende Pflege-theorien in Bezug auf Leiblichkeit untersucht und dabei festgestellt, dass Leiblichkeit darin kaum Platz findet (Moers et al. 2012). In enger Bindung an die Medizin und an die Psychologie durchziehen psycho-somatische Denkmodelle die bestehenden Pflege-theorien. Stimmungen und Atmosphären, wahrgenommen als subjektive Tatsachen spezifischer Pflegesituationen – so die Autoren – kämen darin nicht vor. Häufig zeigten diese Pflege-theorien idealtypisch ein richtiges Pflegehandeln auf, was die bestehenden Dilemmata der Pflegepraxis eher verschärfe als erkläre. *„Für Pflegenden werden Rollen beschrieben, die sie zu erfüllen haben. Wenn diese zu belastend werden, spricht man von Burn out. Dabei wird den Pflegenden zugemutet, sich mit ihren als Privatsache verstandenen Gefühlen, Regungen, Stimmungen und Ängsten, die durchaus konflikt-haft sein können, den Pflegebedürftigen empathisch zuzuwenden. Eine theoretische Grundlage für das verlangte Pflegehandeln wird Ihnen nicht geboten“* (ebenda: 145). In ihrem Resümee bieten die Autoren unterschiedliche Felder für eine leibphänomenologische Pflegeforschung und Theoriebildung an.

Leiblichkeit ist allerdings nicht nur ein Gegenstand der Erkenntnis, sondern vor allem auch eine Herausforderung an die Lebenspraxis, in unserem Zusammenhang an die Pflegepraxis. Es geht um das Selbstverhältnis des Menschen zu seinem eigenen Erleben, also hier das Selbstverhältnis der Pflegenden zu dem, was sie in ihrem beruflichen

Alltag etwas angeht und was sie bewegt. Und dieses Selbstverhältnis kann nur durch Praxis erfahren und immer wieder neu sensibilisiert und gestärkt werden. Böhme hat in seinem Buch „Leibsein als Aufgabe“ viele Formen leiblicher Existenzweisen untersucht und dabei immer wieder den Vorrang der Praxis vor der Theorie betont (Böhme 2003). Er meint damit, dass das, was wir als Leib verstehen von unserem lebenspraktischen Verhältnis zu uns selbst bestimmt wird. Wenn also in der Pflege Leiblichkeit wichtig werden soll, dann muss sie auch praktiziert werden und genauso zur Pflegebildung gehören wie anderes pflegeskundliches Wissen.

So geht es mir in diesem Artikel darum aufzuzeigen, dass der Leiblichkeitsbezug in der Pflege nur dadurch seine Wirksamkeit entfalten kann, dass er auch praktisch in die pflegerische Ausbildung, ins Studium und in den pflegerischen Alltag eingebunden wird. Ich arbeite seit 10 Jahren mit Studierenden am Thema erfahrungsbezogene Gesundheitskompetenz. In diesem Unterricht steht die praktische Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit und der eigenen Leiblichkeit im Zentrum (Brieskorn-Zinke 2012). Diese praktische Auseinandersetzung enthält einerseits viele unterschiedliche Übungen zur Körperwahrnehmung und zum eigenleiblichen Spüren und andererseits die sprachliche Reflexion dieses Spürens. Die Erfahrungen, die ich seit zehn Jahren mit diesem Unterrichtsansatz gemacht habe, erscheinen es mir Wert, nicht nur in der Gesundheitsförderung gelehrt zu werden, sondern auch auf andere Bereiche der Pflegebildung übertragen zu werden. Es geht darum, dem subjektiven Erleben der Studierenden wieder neu Bedeutung zu verleihen und dieses auch sprachfähig zu machen und sie damit in ihrer Eigenständigkeit und Wahrnehmungsfähigkeit zu stärken. Auch leibliches Erleben wird durch Sprache definiert, identifiziert und lokalisiert und kann erst dann seine Bedeutung für die Beziehungsgestaltung entfalten.

Aus meinen Aus- und Weiterbildungserfahrungen wird mir deutlich, dass „Leibvergessenheit“ ein weit verbreitetes Phänomen in der Pflege ist, welches durch die strukturellen Verhältnisse immer mehr verstärkt wird. Leibvergessenheit beschädigt nicht nur die Profession, sondern vor allem die Pflegenden selbst, weil sie im Netz der äußeren Anforderungen ihr Gefühlserleben beschädigen und durch vermehrte Muskelanspannung und Atemunruhe unterdrücken.

### 3. Leib und Körper: die Differenz zwischen Selbst- und Fremderfahrung

In der Phänomenologie hat sich für den Bereich der menschlichen Existenz die Unterscheidung von Leib und Körper etabliert. In einer ersten Annäherung kann man diese Differenz in folgender Art und Weise beschreiben: Der Körper ist das, was man hat, was man von außen sieht und was man objektiv messen kann, und der Leib bezeichnet das, was man selbst ist und wie man sich selbst erlebt. Es geht beim Leib also um das, was man von sich selber spürt und was keinen Objektivierungsverfahren zugänglich ist. Böhme bezeichnet die Phänomenologie als genuine Erkenntnisweise für den Leib. *„Denn sie untersucht, was man den menschlichen Körper nennt, in subjektiver Gegeben-*

*heit, im Medium des Sich-Spürens. Die Erfahrung, in der Leiblichkeit gegeben ist, ist also Selbsterfahrung. Im Gegensatz dazu untersucht die Naturwissenschaft und mit ihr die naturwissenschaftliche Medizin den menschlichen Körper objektiv, das heißt mit Mitteln der Fremderfahrung“ (Böhme 2003: 47).*

Die Mittel und Möglichkeiten der Fremderfahrung zur Beurteilung von Krankheiten werden immer mehr und immer differenzierter. Auch in der Pflege soll mittels ausgefeilter Pflegediagnosen immer genauer beschrieben werden, was dem Patienten fehlt und was er braucht. Damit wird aber der mündige Patient nicht überflüssig. Schon aus juristischen Gründen muss er häufig Stellung zu medizinischen Eingriffen beziehen. Aber auch das heute anerkannte Vorgehen „shared decision making“ zeigt, dass eine gemeinsame Entscheidungsfindung bei Behandlungsfragen wichtig ist. Arzt oder Pflegendende und Patienten begeben sich vor Eintritt einer Maßnahme auf den Weg zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung. Dabei urteilen Arzt oder Pflegekraft vor dem Hintergrund ihrer Diagnosen und ihrer professionellen Kenntnis (Fremderfahrung), und vor welchem Hintergrund beurteilt der Patient seine Lage? Möglicherweise hat er sich in den Medien kundig gemacht, hat Informationen zu unterschiedlichen Behandlungsmethoden eingeholt und könnte sich damit dem Wissen der Professionellen angenähert haben. Aber ist es das, was er braucht, um in der Diskussion verantwortungsvoll entscheiden zu können? Was macht für ihn das verantwortungsvolle Entscheiden so schwierig? Sicherlich sind möglichst objektive Informationen über Behandlungsmethoden und deren statistisch errechneten Wirkwahrscheinlichkeiten in einem solchen Entscheidungsprozess wichtig, aber sie sind nicht ausreichend und für den Betroffenen häufig auch nicht das entscheidende Argument. Der Patient ist damit befasst, dass eine medizinische oder auch eine pflegerische Maßnahme ein Eingriff in seine alltägliche Lebenspraxis beinhaltet. Diese subjektive Bedeutung einer Behandlung spürt er unwillkürlich – meistens als Widerstand. Was macht eine solche Operation mit mir? Was bedeutet es für mich, jeden Tag Medikamente einzunehmen oder den Rollator zu nutzen? Inwieweit bin ich fähig und bereit, bestimmte gesundheitsbezogene Verhaltensweisen zu verändern und in mein Leben einzubauen? Viele solcher Fragen stellen sich dem Patienten im Gespräch ganz unmittelbar. Mögliche therapeutische Maßnahmen werden sehr konkret als diffuse Bedrohung des Lebensalltags empfunden. Wenn diese subjektiven Tatsachen nicht zur Sprache kommen können, werden sie zu Gunsten objektiver Informationen zurückgestellt oder verdrängt. Gelingendes therapeutisches Handeln ist aber auf die Verantwortungsübernahme und das Mitmachen der Patienten angewiesen. Hier ist das Zulassen und Beachten des leiblichen Spürens wesentlich für eine angemessene therapeutische Entscheidungsfindung. Der Patient kann sich dabei vergewissern, dass es um ihn als Person geht und nicht allein um Statistiken und Methoden. Auf Seiten der Professionellen ermöglicht das Zulassen und Beachten der leiblichen Regungen neue Zugangsweisen zum Patienten. Sie sind das Komplementär zur naturwissenschaftlich-medizinischen Zugangsweise und eröffnen therapeutische Möglichkeiten, die am Selbstverständnis des Patienten ansetzen.



#### 4. Die Bedeutung der subjektiven Tatsachen für die Leibbewusstheit

Im Leibkonzept der Neuen Phänomenologie steht der Körper für die objektiven Tatsachen und der Leib für die subjektiven Tatsachen unserer Existenz. Für die Pflege als Beziehungsberuf ergibt sich die Herausforderung, von der Dominanz der objektiven Tatsachen im Medizinbetrieb zur Bedeutung der subjektiven Tatsachen in der Pflegekunde vorzudringen, um damit der menschlichen Existenz im Krankheitsfall umfassender gerecht zu werden.

Herman Schmitz hat die thematischen und begrifflichen Grundlegungen der Leibphänomenologie herausgearbeitet und hat so der unbefangenen Lebenserfahrung eine Sprache gegeben, um zu ermöglichen, dass das, was jeder Mensch – vor allem Denken – unwillkürlich am eigenen Leibe spürt, intersubjektiv kommunizierbar wird. Insofern hat er viele Bereiche unserer Alltagswirklichkeit einer methodischen Besinnung zugänglich gemacht, wie Leib, Gefühl, Atmosphären, Situationen (Schmitz 2016). Es geht ihm um die subjektiven Tatsachen, die wir als affektiv-leibliches Betroffensein am eigenen Leibe spüren und nicht um Subjektivität als eine private Sache der Perspektive. Subjektivität ist in diesem Sinne keine bloße Bewertung der objektiven Tatsachen, sondern wird dadurch bestimmt, dass ein gewisser Sachverhalt uns etwas angeht und dass wir uns von einer Sache leiblich betroffen fühlen. Schmitz bezeichnet das Gespürte als leibliche Regung und grenzt es von den physiologischen Empfindungsprozessen des Spürens durch sensorische Wahrnehmung ab. In subjektive Tatsachen bin ich leiblich verstrickt, ob ich will oder nicht. Sie sind die konkrete Situation, in der ich stecke. Ich spüre sie aus dem Zusammenspiel der Pole von Engung und Weitung. Ein extremer Punkt der Engung ist zum Beispiel der Leib, wie er in Momenten großen Schrecks erlebt wird, nämlich als zugeschnürt und erstarrt.

Schmitz kritisiert das dominante Denken, welches von der Annahme ausgeht, dass alle Fakten objektive Fakten seien müssten und seien können. Subjektive Fakten, die nur von einer Person via leiblichen Spürens festgestellt werden, bestimmen unsere Existenz in großem Maße mit. Sie gehen ein in das, was Schmitz als leibliche Kommunikation bezeichnet und kreieren Atmosphären, in denen wir uns bewegen und orientieren.

Sabine Dörpinghaus hat am Beispiel der Hebammenkunde nach den Potentialen des Spürens während des Geburtsgeschehen gefragt. Sie hat sich dabei auf die gespürte Unruhe als bekanntem Seinsmodus der Hebammen konzentriert. Motivation für ihre Arbeit war ihr Unbehagen an der Verdinglichung und Funktionalisierung des Geburtsaktes. *„Hebammen stehen immer mit einem Bein im abstrakten Kosmos der technischen Systeme und der komplexen sozialen Institution. Mit dem zweiten Bein stehen sie unaufhebbar in ihrem gegebenen Dasein, da sie ohne ihre leibliche Ökonomie nicht in Erscheinung treten können. Im Vollzug des leiblichen Spürens ist ihr Seinsmodus von der Selbsttätigkeit des Leibes geprägt, allerdings bringen es die alltäglichen Anforderungen mit sich, dass es nicht zu ihren Aufgaben gehört, sich auch ihres leiblichen Vermögens bewusst zu sein“* (Dörpinghaus 2013: 381). Ihre Untersuchungsergebnisse belegen die Bedeutung

der leiblich gespürten Unruhe als subjektiver Tatsache, die in weiten Teilen intersubjektive Geltung beanspruchen kann. *„Mit dem vorliegenden Beitrag wird deutlich, dass der Geburtshilfe und Geburtskultur mit der Neuen Phänomenologie auf verschiedensten Ebenen eine kritische Funktion zukommt. Die Schwangerschaft rückt vom gemachten und planbaren Projekt ab und Schwangerschaft und Mutterschaft ist nicht mehr losgelöst von Schwangersein und Muttersein zu sehen, denn das Erleben und das Pathische, was und wie ihr etwas widerfährt, tritt hervor.“* (ebenda: 385)

Was Dörpinghaus für die Hebammenkunde beschrieben hat, kann auf die Pflege übertragen werden: Krankheit sollte nicht mehr losgelöst vom Kranksein gesehen werden. In der oben beschriebenen spezifischen Zugangsweise der Pflege zum Kranksein eines Patienten tritt das Erleben und auch das Erleiden als subjektive Tatsache häufig genug von sich aus in Erscheinung. Pflegenden werden in ihrer Nähe zum Patienten davon betroffen und könnten vor dem Hintergrund der Leibphänomenologie ganz andere Zugangsweisen und Verständnisse für die Patienten entwickeln. Im therapeutischen Miteinander kann das Konzept der leiblichen Kommunikation Wege aufzeigen, auf denen die Funktionalität des Körperlichen überwunden wird und das Spüren am eigenen Leibe als Erkenntnispotenzial das pflegerische Handeln vertieft und bereichert.

## 5. Charakteristika leiblicher Kommunikation: Blick, Stimme, Berührung, Atmosphäre

Der Begriff leibliche Kommunikation verweist darauf, dass unser leibliches Fühlen und Spüren nicht bei oder in uns bleibt, sondern uns wechselseitig verbindet. Schmitz sieht Gefühle nicht als private Seelenzustände: *„Alle leiblichen Regungen (...) sind affektives Betroffensein, manche von ihnen auch als Vermittler der Ergriffenheit von Gefühlen. Auf diese Weise ist die leibliche Dynamik in der Dimension von Enge und Weite immer eine Auseinandersetzung, ein Zutunhaben mit etwas, und insofern kommunikativ“* (Schmitz 2016: 183). Schmitz kennzeichnet als Phänomenologe über die Begriffe „Einleibung“ und „Ausleibung“ das, was vor sich geht, wenn zwei Leiber miteinander in Kontakt treten. Wichtige Kommunikationskanäle sind dabei der Blick, die Stimme und die Berührung.

Rosa bezeichnet in seiner Resonanztheorie die Augen als das „zentrale Resonanzorgan des Menschen“ (Rosa 2017: 360), durch die Beziehungsdynamiken in Gang gesetzt und gesteuert werden. Schmitz kennzeichnet Blicke als *„Speere, die zwar nicht in den sicht- und tastbaren Körper, wohl aber in den spürbaren Leib eindringen“* (Schmitz 2016: 190). Der Blick, den man empfängt oder auch der Blick, den man ausschickt, hat häufig einschneidende Wirkungen auf das leibliche Befinden. Er kann beruhigen, überwältigen, zum Schweigen bringen oder auch entwaffnen. So kann man im Blick des anderen nicht nur seine Befindlichkeit spüren, ob er niedergeschlagen oder munter und frisch ist, sondern man kann auch im Blick die Offenheit oder die Ablehnung zur Begegnung spüren. Zentrales Element der leiblichen Kommunikation ist, dass die Blicke sich überhaupt begegnen. Übersetzt auf das pflegerische Handeln wird hier die Be-

reitschaft der Pflegenden angesprochen, den Blick des Patienten zu suchen und ihm mit professioneller Offenheit zu begegnen. Spürt ein Patient so die leibliche Anwesenheit der Pflegeperson, kann er sich ihr gegenüber weiter öffnen oder auch verschließen, jedenfalls stecken beide Seiten für einen Moment in einer gemeinsamen Situation, aus der sie schöpfen können. Schmitz leitet aus einer solchen Begegnung den vitalen Antrieb ab. *„Jeder Blickwechsel erzeugt einen gemeinsamen vitalen Antrieb: Der Blick des Anderen trifft mich engend, ich werfe ihm den meinen, in die Weitung übergehend, zurück, der Andere engt, und so spielt sich die Verschränkung von Engung und Weitung zum gemeinsamen vitalen Antrieb ein“* (Schmitz 2016: 188).

Auch über die Stimme vermitteln wir nicht nur Töne oder Inhalte, sondern genauso leibliche Regungen. Die Stimme kann beim Sprechen oder Singen zittern, stocken, fest sein oder auch schwingen. Je nach Intensität kann sie das Gegenüber fesseln, öffnen, in Bann ziehen oder abstoßen und zurückweichen lassen. Eine Person wird über die Stimme in ihrer Anwesenheit spürbar und in affektiver Betroffenheit wahrgenommen, als freundlich, als heiter, als aggressiv oder bedrohlich. *„Die Stimme ist die atmosphärische Präsenz von etwas oder jemandem. Sie ist eine der Dimensionen, in denen etwas oder jemand aus sich heraustritt und die Atmosphäre in der Umgebung wesentlich emotional tönt“* (Böhme 2013: 167). Zentrales Merkmal für leibliche Kommunikation durch die Stimme ist aber auch das Hören. Hören ist in diesem Sinne ebenso leibliche Anwesenheit im Raum. In der alltäglichen therapeutischen Kommunikation konzentriert man sich häufig auf Bedeutung und Information und überhört die Stimme des Kommunikationspartners. Die Bereitschaft zum Hören beinhaltet eine affektive Teilnahme, was so viel heißt, wie die Bereitschaft sich in seiner Stimmung durch die Stimme berühren zu lassen. *„Die außerordentliche Wirkung, die Stimmen auf unsere jeweilige emotionale Lage haben, beruht darauf, dass sie unmittelbar unsere leiblich gespürte Anwesenheit im Raum modifizieren. Sie können sie eng und weit machen, erhebend und erlösend oder bedrückend und beängstigend sein“* (Böhme 2013: 168).

Der dritte, gerade in der Pflege wichtige Kommunikationskanal ist die Berührung. Bei fast allen direkten Pflegetätigkeiten berühren sich Patient und Pflegeperson, egal ob bewusst, zufällig oder schematisch. Es gibt zahlreiche professionelle Berührungsmethoden, die in der Pflege Anwendung finden und dennoch bleiben Berührungen häufig schematisch. Man verrichtet Waschungen, Einreibungen und Lagerungen am Patienten, ohne den leiblichen Signalen Bedeutung zu verleihen und eine wirkliche gemeinsame Situation zu erleben. Bei jeder leiblich erlebten Berührung geht es um das Ineinandergreifen von Aktion und Reaktion mit sehr feiner Abstimmung der erlebten Impulse. Wenn die Pflegenden sich selbst nicht als Verrichterin einer Pflegemaßnahme begreift, sondern sich ihrer leiblichen Existenz bewusst ist, und wenn sie den Patienten nicht als Körperding sieht, sondern sich für seine Leiblichkeit öffnet, dann könnten sich beide in ihrer leiblichen Dynamik begegnen. Sie dürfen einer verdeckten Wirklichkeit, nämlich ihrer leiblichen Lebendigkeit, Raum geben und dabei eine partielle gegenseitige Verbundenheit spüren, aus der beide Seiten Kraft schöpfen. Selbstverständlich begegnen sich hier zwei Leiber in sehr unterschiedlicher Art und Weise. Die Pflegenden ist in der Regel gesund und hat mehr vitalen Antrieb als der Patient. Zudem

zeigt sie in ihren Pflegehandlungen ihre Professionalität, während es für den Patienten möglicherweise sehr ungewöhnlich und schmerzhaft ist, bei den Aktivitäten des täglichen Lebens Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen und dabei den Mangel an eigener leiblicher Vitalität zu realisieren. Zentral bleibt aber die Begegnung in einer gemeinsamen Situation, die eben durch unterschiedliche Bedeutsamkeiten, Gefühle und Probleme konstituiert wird. Wenn die Pflegenden den leiblichen Ausdruck eines Kranken erspüren, und noch dazu in der Lage sind, darüber zu reflektieren und ihn sprachlich zu kommunizieren, dann erhält das Pflegehandeln eine Qualität, die weit über den Verordnungscharakter von Pflegemaßnahmen hinaus geht. Sie lässt die verdeckte Wirklichkeit des Leibes hervortreten und ermöglicht echte therapeutische Nähe: Der Leib wird zum Gegenstand der Pflege.

Menschen verständigen sich also in alltäglichen Interaktionen mindestens ebenso sehr oder oft im leiblichen Sinne, in dem sie den subjektiv gemeinten Sinn ihres Interaktionspartners über die genannten Kommunikationskanäle in sich aufnehmen, anstatt ihn rational zu erfassen. Es geht dabei allerdings um den leiblichen, nicht bewusst intendierten Sinn, er kann durchaus davon abweichen. Leibliche Kommunikation im Sinne der wechselseitigen Einleibung ist damit offensichtlich etwas Anderes als non-verbale Kommunikation, im Sinne von Zeichen setzen durch Mimik und Gestik. Leibliche Kommunikation ist die Begegnung zweier oder mehrerer Leiblichkeiten in ein übergreifendes Gebilde, in dem sich ein Austausch leiblicher Regungen abspielt. Schmitz spricht hier von Raum, der Raum des Leibes oder der Gefühle. Gefühle versteht er als „räumlich ergossene Kräfte“, die in Atmosphären wirksam werden können.

Bei Atmosphären handelt es sich um die Wahrnehmung einer gemeinsamen gefühlten Wirklichkeit, die sich in einem Raum ausbreitet. Sie ist abhängig von der Wahrnehmung stimmungsräumlicher Phänomene, wie der Luft, dem Licht, der Einrichtung, den Geräuschen und der emotionalen Gestimmtheit der Personen. So erlebt eine Pflegeperson beim Eintritt ins Krankenzimmer durchaus sehr unterschiedliche Atmosphären und gestaltet sie mit. Es sind emotionale Schwingungen, die sich zwischen den Menschen ausbreiten und die anstecken. Atmosphären werden entsprechend als Stimmungen empfunden, die räumlich sind. Wir alle kennen das Phänomen der spürbaren „dicken Luft“ in einem Raum, in dem sich Menschen versammelt haben, die in Konflikte verstrickt sind. So haben viele alltägliche Lebenslagen leibliche Komponenten und wenn man sich erst einmal auf das von Schmitz entwickelte leibliche Feld einlässt, dann wird man leicht entdecken, wie oft man leiblich bewegt wird durch Blicke, Stimmen, Berührungen und Atmosphären und wie sehr dieses affektive Betroffensein Beziehungen und die eigene Lebendigkeit intensiviert. Leibliche Resonanz ist dazu Voraussetzung und diese kann gelehrt und geübt und werden.

## 6. Didaktische Konsequenzen: Leibübungen der Achtsamkeit

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Leiblichkeit ist bisher in der Pflegeausbildung und im Pflegestudium wenig verankert. Das hängt damit zusammen, dass ganz andere

Haltungen und Lernmethoden zum Einsatz kommen müssen, die in der Regel für Lehrende und Lernende sehr ungewohnt sind. Es geht um die Phänomenologie als Erkenntnismethode, was bedeutet, dass die eigene Wahrnehmung wichtig wird. Sie wird ins Zentrum des Erkenntnisinteresses gerückt und braucht Zugangsweisen, die ihr eine Sprache ermöglichen. Dazu müssen die eigene Wahrnehmung und das Spüren verfeinert werden, was in unserem Fall bedeutet, dass man sich zunächst ganz unbefangen und unvoreingenommen den Phänomenen der eigenen Leiblichkeit zuwendet.

Zum Phänomenologischen Lehren und Lernen in der Pflege hat Uzarewicz 2012 einen interessanten Aufsatz geschrieben, in dem sie über verschiedene Übungen die Bedeutung der Subjektivität im Erkenntnisprozess hervorhebt. Sie bleibt in der Untersuchung von Phänomenen aber im kognitiven Bereich. Ganz anders stellt sich die Aufgabe beim Erschließen der leiblichen Phänomene und der subjektiven Tatsachen. Es geht darum, aus der Leibvergessenheit des Alltags herauszutreten und Möglichkeiten zu suchen, das eigene Dasein in seiner Unmittelbarkeit zu erfahren. Der Lern- und Erfahrungsprozess besteht darin, die Ebene des Wissens und Bewertens zu verlassen und die Ebene der Unmittelbarkeit und des tatsächlich Wahrgenommenen zu betreten und zu erforschen. Dazu braucht es Zeit und Übungen, die ich als „Leibübungen der Achtsamkeit“ beschrieben habe (Brieskorn-Zinke 2012). Dass wir bei diesen Übungen die Existenz unseres Körpers mit einbeziehen, ist selbstverständlich, denn wo kein Körper ist, ist auch kein Leib.

Der Körper/Leibunterschied liegt wie bereits oben thematisiert vor allem in der Art des Herangehens. Körperübungen, wie wir sie aus der Fitness und der Gymnastik kennen, sind gezielte und gewollte Bewegungen zur Erreichung körperlicher Beweglichkeit. Entweder werden sie von einer Fachfrau erklärt oder vorgeturnt, und es geht dann darum, sie möglichst genau auszuführen, damit bestimmte Muskelgruppen gestärkt bzw. gedehnt werden. So kann man seinen Körper funktional trimmen und formen. Bei den Leibübungen der Achtsamkeit verhält sich das ganz anders. Sie fokussieren auf den menschlichen Körper wie wir ihn in subjektiver Gegebenheit kennen und wahrnehmen. Es geht weniger um das Tun, sondern vielmehr um das Wahrnehmen und Erleben und dazu ist es wichtig zunächst einmal alles zu zulassen, was da ist.

### **Präsenz und Akzeptanz**

Präsenz oder Gegenwärtigkeit sind Voraussetzungen für Erleben. Man muss gegenwärtig sein, um sich auf den Moment des Erlebens einzulassen. Das ist nicht leicht, da wir häufig im Kopf und in Gedanken sind und nicht in unserem leiblichen Spüren. Unsere Gedanken nehmen unsere Aufmerksamkeit gefangen, und es ist nicht einfach, diese Fesseln zu sprengen. Um sich selbst zu erleben und Leibbewusstheit ausbilden zu können, braucht es immer wieder die Möglichkeit, das Dasein in seiner Unmittelbarkeit zu erfahren, also die Achtsamkeit darauf, was im Moment geschieht und wie man davon leiblich betroffen wird. In der Achtsamkeitspraxis wird das mit dem Sein im Hier beschrieben. Der Lern- und Erfahrungsprozess besteht darin, die Ebene des Wissens und

Bewertens zu verlassen und die Ebene des Unmittelbaren und tatsächlich Wahrgenommenen zu betreten und zu erforschen.

Das phänomenologische Lernen nimmt also die Subjektivität ernst und stellt sie in den Vordergrund des Lernens. Das heißt aber nicht, dass die Erkenntnisse, die man so gewinnt, keine intersubjektive Geltung beanspruchen könnten. *„Das was erfahren wird, die entscheidenden Charakteristika und strukturellen Zusammenhänge können durchaus allgemein sein, und man wird sich darüber auch intersubjektiv verständigen können“* (Böhme 2003: 48).

Es geht in der leiblichen Praxis also um die Aufmerksamkeit für das, was ich an mir selber wahrnehme und spüre und in der Folge geht es dann auch darum, das, was ich an mir selber spüre zu benennen, vielleicht nur zu etikettieren und so in Sprache zu fassen, dass ich mich darüber mit anderen verständigen kann.

Das Feld der leiblichen Regungen begleitet uns ja immer, zumindest im wachen Zustand. Man ist immer in einem Milieu einer bestimmten Befindlichkeit, ist innerlich unruhig oder ruhig, frisch oder matt, spürt ein Ziehen im Bauch oder ein Drücken in der Kehle. Meistens bleiben diese Regungen diffus und unbeachtet. Die Leibübungen der Achtsamkeit holen sie durch gezielte Wahrnehmung ins Bewusstsein. Im achtsamen Beobachten und Gewahrwerden erfahren wir uns mit all unseren Facetten. Dabei sollten wir eine Haltung der Akzeptanz einnehmen. Das, was ich spüre, ist da und gehört zu mir, egal ob es mir gefällt oder nicht. Das Wahrgenommene sollte also mit Interesse und Neugier betrachtet werden und Raum einnehmen können. Die vorgestellten Übung im Einfühlen und Sich-Spüren sollen dazu führen, sich selbst und die Welt darum herum immer genauer zu erforschen, und zwar so, wie ich sie erlebe und nicht wie ich sie mir wünsche oder denke.

Ich werde nachfolgend an einigen Beispielen aufzeigen, wie Übungen helfen können, leibliche Resonanz zu entwickeln und damit leibliche Kommunikation zu befördern. Beim ersten Beispiel handelt es sich um Selbstwahrnehmung, beim zweiten Beispiel steht die Berührung im Sinne von Aktion und Reaktion im Mittelpunkt und das letzte Beispiel bezieht sich auf das Hören, die Stimme und die Stimmung.

### Selbstwahrnehmung

Verdeutlichen wir uns, dass bewusstes Sein jeweils einen Inhalt hat, wie z. B. bewusstes Sitzen, Stehen oder Gehen, bewusstes Hören oder Schauen oder auch bewusstes Atmen, so schlage ich vor, mit dem Sitzen zu beginnen. Die Teilnehmer\_innen der Lerngruppe sitzen auf Hockern oder Stühlen, möglicherweise in einer Kreisform, denn diese öffnet und schützt zugleich.

Wir setzen uns auf einen Stuhl. Wie sitze ich im Moment? Wir erfahren uns sitzend und zwar zunächst über Körperwahrnehmung. Welche Körperstellen berühren den Boden? Welche Körperstellen berühren die Sitzfläche des Stuhls? In welcher Haltung befinden sich die Arme? Wo sitzt der Kopf? Wir schließen für einen Moment die Augen

und spüren uns in dieser Haltung. Fühle ich mich wohl? Fühle ich mich bequem? Gelingt es mir überhaupt mich in diesem Moment sitzend zu erleben?

Was verändert sich, wenn ich mich mit Aufmerksamkeit aufrecht hinsetze? Wenn beide Fußsohlen mit ihren vollen Flächen auf dem Boden stehen? Was passiert bei einem Druck der Sitzbeinhöcker gegen die Sitzfläche? Wie verändert sich die Position des Beckens? Wie wirkt sich die veränderte Beckenposition auf die Wirbelsäule aus. Wo befindet sich jetzt der Kopf? Wo und wie werden die Schultern gehalten. Im Sitzen nimmt mein Körper eine Position zur Schwerkraft ein, die ihm sozusagen auf halbem Wege entgegenkommt. Im Gegensatz zum Stehen oder Liegen, werde ich halb getragen. Ich kann meine Muskulatur entsprechend anpassen und überall dort entspannen, wo sie nicht gebraucht wird, z. B. in den Beinen, den Schultern und Armen, im Kieferbereich und auch im Bauch. In dieser aufrechten Sitzposition nehme ich meine Präsenz wahr. Ich sitze hier in dieser Umgebung mit den mich umgebenden Menschen und Geräuschen. Dann schließen wir die Augen, verabschieden uns visuell von unserer Umgebung und nehmen uns eher von innen her wahr. Von dem „Wo“ des Befindens wechseln wir wieder zum „Wie“ des Befindens. Die Raumdimensionen verändern sich. Wohin fließt mein Atem, wie fließt er? Ich spüre mich in unterschiedlichen Gegenden meines Leibes und vielleicht auch darüber hinaus. Kann ich diese Erfahrungen etikettieren, mit ganz einfachen Mitteln, ohne konzeptionelle Analyse? Es gibt eine ganze Reihe solcher angeleiteten Übungen, die von unterschiedlichen Autoren mehr oder weniger gut beschrieben werden. Empfehlenswert sind die Bücher und Anleitungen von Halko Weiss et al. 2016).

### Aktion und Reaktion in der Berührung

Zwei Menschen, die sich nach Möglichkeit nicht ganz fremd sind, sitzen einander gegenüber, gerade aufgerichtet und verständigen sich über ihre Position. Beide halten die Oberarme am Körper und die Unterarme nach vorn hin ausgestreckt. Person A hat die Handflächen nach oben gewendet und ist in der empfangenden Position. Person B hält die Handflächen nach unten ausgestreckt und ist zunächst in der aktiven Position. Beide schließen die Augen und stellen sich über Atemkonzentration auf die Übung ein. Dann bekommt Person B den Auftrag ihre Finger auf die Hände von A zu zubewegen. Vor der Ausführung versuchen beide ihre Erwartungen und die damit verbundenen Gefühle wahrzunehmen. B beginnt die Aktion und ertastet mit den Fingerkuppen die Handfläche von A, zunächst ganz sanft und vorsichtig, dann in kleinen Schritten mit mehr Fläche aus der ganzen Hand. Nach der Berührung der Handflächen erforscht B die Hände und die Finger auch auf ihrer Rückseite. Beim Streichen und Ertasten wechselt B die Druckstärke und versucht auch in bestimmten Positionen jeweils kurz zu verweilen. Mit großer Achtsamkeit werden die feinen und unwillkürlichen Abstimmungen in diesem Berührungsprozess erspürt und das Ineinandergreifen von Aktion und Reaktion nimmt seinen Lauf. Die begleitenden Gefühle bestimmen die wechselnden Atmosphären zwischen dem Paar. Sehr vorsichtig und langsam nimmt B den Berührungsdruk und die Berührungsfläche wieder zurück. Nach circa sieben Minuten legen

die Personen ihre Unterarme und Hände wieder auf ihren Schoß zurück und spüren der Übung und ihren Wirkungen nach.

### Hören und Sprechen

Die Teilnehmer der Übungsgruppe sitzen im Kreis. Sie ziehen aus einem Korb einen Zettel, auf dem ein kurzes Gedicht steht. Jeder macht sich still mit seinem Text vertraut. Dann werden der Reihe nach die Texte in der je eigenen Art zweimal vorgelesen. Beim ersten Mal konzentrieren sich die Zuhörer auf den gehörten Text und den Inhalt, beim zweiten Mal versuchen sie hauptsächlich die Stimme wahrzunehmen und die abfärbende Stimmung. Auch bei dieser Übung spüren die Teilnehmer als Aktive und als Empfangende ihre Leiblichkeit, bzw. die leibliche Wirkung der Stimme. Sie erfahren, wie sehr eine Person durch das, was sie sagt, in ihrer Anwesenheit spürbar wird. In einer anschließenden Diskussion können diese Erfahrungen auf erlebte Situationen in Krankenzimmern übertragen werden, um die außerordentliche Wirkung, mit der Stimmen auf die affektive Betroffenheit wirken, nochmals zu verdeutlichen. Die Stimmen sind etwas, was wie kaum ein anderer Faktor auch die jeweiligen Atmosphären bestimmt.

Allen hier vorgestellten Übungen ist die Achtsamkeit gemein. Ziel einer angeleiteten Achtsamkeitspraxis ist gemäß der buddhistischen Tradition Ruhe und innere Gelassenheit zu entwickeln. Darüber hinaus führen diese Übungen aber auch zu dem Spüren, was als leibliches Spüren unsere subjektiven Tatsachen besser erlebbar macht. Auch gängige Entspannungsmethoden wie z. B. autogenes Training und progressive Muskelrelaxation können so angeleitet werden, dass sie das leibliche Spüren verfeinern. Vermehrte Muskelspannung und unregelmäßige Atmung unterdrücken leibliche Resonanz.

## 7. Fazit

Resonanzsensibilität und Leiblichkeit eröffnen neue Wege für eine „philosophische Therapeutik“ (Schmitz 2008), die den Weg frei macht für die subjektiven Erfahrungsweisen der Patienten und der Professionellen. Dieses Denken und Handeln vom Leibe her ist eine entdeckende Lebenspraxis, die die Fixierung auf Normen und Sollwerte überwindet und fragt, wie es uns wirklich geht. Die Übertragung dieses philosophischen Ansatzes auf pflegerische Belange könnte möglicherweise helfen, aus einigen Dilemmata des vielfältigen Notstandes der Pflege herauszuhelfen. Leiblich resonant zu sein, heißt ja zugleich auch sich lebendig und zugewandt zu fühlen. Diese Lebendigkeit würde der Pflege als Gesundheitsprofession gut tun und möglicherweise die Kraft verleihen, die sie immer wieder braucht, um sich für ihre eigentlichen Aufgaben einzusetzen. So schreibt eine Studierende in ihrer Bewertung des Seminars „Körperwahrnehmung und Gesundheit“: *„In der Pflege führen wir immer wieder Handlungen durch, obwohl wir gar nicht wissen, wie diese empfunden werden. Wir lagern Patienten oder*



*mobilisieren sie, wir sind ihnen bei der Körperpflege oder auch bei der Nahrungsaufnahme behilflich. Dabei wissen wir oft gar nicht, was als angenehm oder unangenehm empfunden wird. Wie sollen wir solche Handlungen vor uns und anderen rechtfertigen können? Das ist genauso, wie wenn wir Menschen raten, sich mehr zu bewegen, sich öfter Ruhepausen zu gönnen oder auch mit dem Rauchen aufzuhören, obwohl wir selbst undiszipliniert erscheinen. Ich persönlich bin der Meinung, dass innerhalb jeder Kranken- und Altenpflegeschule sowie auch in den Studiengängen Kurse zur Körperwahrnehmung angeboten werden sollten“ (Brieskorn-Zinke 2012: 79).*

Dass es nicht leicht sein wird, so ein Umdenken im Studium, in den Ausbildungen und in der Praxis zu verankern, ist mir klar. Die anfängliche Skepsis gegenüber dem Ungewohnten sollte mit Beharrlichkeit und Überzeugungskraft überwunden werden, um neue Möglichkeiten des Wissenserwerbs zu entdecken. *„Was unser Körper jenseits von messbaren neuronalen Vorgängen an Wissen über die Welt erworben und gespeichert hat, und wie wir damit direkt und innerlich in Beziehung treten können, beginnt erst allmählich in dem Diskurs westlicher Wissenschaften thematisiert zu werden.“ (Weiss et al. 2015: 8)*

## Literatur

- Böhme, G. (2003): Leibsein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht. Die graue Reihe 38. Zug/Schweiz: Graue Ed.
- Böhme, G. (2017a): Bewusstseinsformen. 2. erweiterte Auflage, Paderborn: Wilhelm Fink
- Böhme, G. (2017b): Philosophieren. In: Information Philosophie. Nr. 3/17. 71-74
- Brieskorn-Zinke, M. (2011a): Achtsamkeitspraxis und die Entwicklung von professioneller Gesundheitskompetenz in der Pflege. In: Pflege 2011; 24(4), 1-6
- Brieskorn-Zinke, M. (2011b): Gesundheitskompetenz – Welche Fähigkeiten sind konstitutiv für persönliches und professionelles gesundheitliches Handeln? In: Pflegewissenschaft 10/11, 541-546
- Brieskorn-Zinke, M. (2012): Erfahrungsbezogene Gesundheitskompetenz im Pflegestudium: Konzeption, Unterrichtung, Bewertung. Arbeitspapiere aus der Evangelischen Hochschule Darmstadt Nr.15 – Februar 2012
- Brieskorn-Zinke, M. (2015): Krankheits- oder Gesundheitsgesellschaft? Der Einfluss des Medizinsystems und des Gesundheitsmarkts auf unsere Gesellschaft. In: Böhme G./ Gahlings, U. (Hrsg): Wie lebt es sich in unserer Gesellschaft. Bielefeld: Aithesis Verlag, 47-56
- Darmann-Finck, I./Friesacher, H. (2009): Editorial: Professionalisierung muß am Kern des Pflegerischen ansetzen. In: Newsletter des IPP Bremen. 15. Jahrgang, Ausgabe 07, Winter 2009
- Dörpinghaus, S. (2013): Dem Gespür auf der Spur. Leibphänomenologische Studie zur Hebammenkunde am Beispiel der Unruhe. Freiburg / München: Verlag Karl Alber
- Friesacher, H. (2015): Wider die Abwertung der eigentlichen Pflege. In: intensiv 4/15, 200-213
- GNP Gesellschaft für Neue Phänomenologie. Webseite: [www.gnp-online.de](http://www.gnp-online.de) (Stand 2017-12-66)
- Höhm, U./ Lautenschläger, M./ Schwarz, L. (2016): Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. Pflege-Report 2016. Stuttgart: Schattauer
- Illich, I. (1987): Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens. Reinbeck bei Hamburg: rororo aktuell
- Moers, M. (2012): Leibliche Kommunikation, Krankheitserleben und Pflegehandeln. In: Pflege & Gesellschaft 17.Jg. 2012 H.2, 111-119
- Mores, M., Uzarewicz, Ch. (2012): Leiblichkeit in Pflegetheorien – eine Relektüre. In: Pflege & Gesellschaft 17.Jg. 2012 H.2, 135-148

- Rosa, H. (2017): Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung. 7. Auflage. Berlin: Suhrkamp
- Schmitz, H. (2007): Der Leib, der Raum und die Gefühle. Bielefeld und Locarno: Edition Sirius
- Schmitz, H. (2008): Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik. Bielefeld und Locarno: Edition Sirius
- Schmitz, H. (2016): Ausgrabungen zum wirklichen Leben. Eine Bilanz. Freiburg/München: Verlag Karl Alber
- Soentgen, J. (1998): Die verdeckte Wirklichkeit. Einführung in die Neue Phänomenologie von Herman Schmitz. Bonn: Bouvier Verlag
- Uzarewicz, Ch./Moers, M. (2012): Leibphänomenologie für Pflegewissenschaft – eine Annäherung. In: Pflege & Gesellschaft 17. Jg. 2012 H.2. 101-110
- Uzarewicz, Ch. (2003): Das Konzept der Leiblichkeit und seine Bedeutung für die Pflege. In: DV Pflegewissenschaft (Hrsg.) Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Frankfurt a. Main: Mabuse Verlag, 13-16
- Uzarewicz, Ch. & Uzarewicz, M. (2005): Das Weite suchen. Einführung in eine phänomenologische Anthropologie für Pflege. Stuttgart: Lucius & Lucius
- Uzarewicz, Ch. (2013): Phänomenologisches Lehren und Lernen in der Pflege. In: Linseisen E. Uzarewicz Ch. (Hrsg.): Aktuelle Pflege Themen lehren. Wissenschaftliche Praxis in der Pflegeausbildung. Dimensionen Sozialer Arbeit und der Pflege Band 14. 97-116. Stuttgart: Lucius & Lucius
- Weidert, S. (2007): Leiblichkeit in der Pflege von Menschen mit Demenz. Zum Umgang mit anspruchsvollen Pflegesituationen im Klinikalltag. Frankfurt/M: Mabuse Verlag
- Weidert, S. (2014): Pflegenotstand oder wie Pflegenden die Not am eigenen Leibe spüren. In: Böhme, G. (Hrsg.): Pflegenotstand: der humane Rest. Bielefeld: Aisthesis Verlag
- Weiss, H./Harrer, M./Dietz, T. (2015) Das Achtsamkeitsbuch, 7. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta
- Weiss, H./Harrer, M./Dietz, T. (2016) Das Achtsamkeits-Übungsbuch. Für Beruf und Alltag. 6. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta

*Prof. Dr. phil. Marianne Brieskorn-Zinke*

Evangelische Hochschule Darmstadt, Zweifalltorweg 12, 64293 Darmstadt  
brieskorn-zinke@efh-darmstadt.de