

Christopher Dietrich

## Der Code der Pflege

### The Codification of Caring

The systems theory of Niklas Luhmann as a sociological theory has been received in many disciplines and has caused some confusion. The radical approach of letting people disappear from sociology is understandably conflicting and has been awarded with only poor consideration in the context of nursing science. However, Luhmann's systems theory offers an instrument for the observation of social interaction, which can extend the reflection of nursing actions. The question nursing science needs to ask is „how is it observed?“, not „what is observed?“ (Luhmann 1992:153ff). This second-order observation - the observation of the observers - allows a reflection of nursing that may be more equitable to the description of nursing than the dominant substantive definitions yet: representing succession of what-observations (i.e. ICN 2002) or explaining nursing care with itself. Luhmann explicated the code of the medical treatment system with ill/healthy. This difference is unsuitable for the care system; the previously established codes for a nursing system are in need of revision.

#### Keywords

systems theory, functional differentiation, suffering, nursing theory, communication theory

Die Systemtheorie von Niklas Luhmann ist als soziologische Theorie in vielen Disziplinen rezipiert worden und hat einige Irritationen erzeugt. Der radikale Ansatz, den Menschen aus der Soziologie verschwinden zu lassen, ist dabei nachvollziehbarerweise auf viel Widerspruch gestoßen und hat möglicherweise aus diesem Grund im Kontext der Pflegewissenschaft eine Aufmerksamkeit erhalten, die bestenfalls als randständig zu bezeichnen ist. Doch bietet die Systemtheorie Luhmanns ein Instrument zur Beobachtung sozialer Kommunikation an, welche die pflegewissenschaftliche Reflexion des Handlungsfelds ordnen kann. Nicht die Frage des „Was wird beobachtet?“ steht im Vordergrund, sondern die Frage nach dem „Wie wird beobachtet?“ (Luhmann 1992: 153ff). Diese Beobachtung zweiter Ordnung, also die Beobachtung der Beobachtenden, ermöglicht eine Reflexion pflegerischer Tätigkeiten, die der Beschreibung der Pflege angemessener ist, als die bisher dominierenden substanzialen Definitionen, die letztlich Aneinanderreihungen der Was-Beobachtungen darstellen (exempl. ICN 2002) oder Pflege durch Pflege erklären. Luhmann explizierte den Code des Systems der Krankenbehandlung mit krank/gesund. Dieser ist allerdings für das Pflegesystem ungeeignet, die bislang aufgestellten Codes für ein Pflegesystem sind revidierungsbedürftig.

#### Schlüsselwörter

Systemtheorie, funktionelle Differenzierung, Leiden, Pflgetheorie, Kommunikationstheorie

---

eingereicht 23.01.2019

akzeptiert 12.03.2019

## 1. Wonach richten sich die Pflegenden?

Remmers bemerkt im Vorwort zum Buch „Rekonstruktive Fallarbeit in der Pflege“, dass das „heutige Interesse am >Fall<, [...] vielleicht *auch* als das Krisensymptom einer die Persönlichkeit im Kern bedrohenden Massengesellschaft gesehen werden [könnte], welche ihrerseits strukturbildende Effekte auch für das System einer hochanonymisierten, quasi industrialisierten Gesundheitsversorgung hat“ (Remmers 2016: 11; Hervorh. i. Orig.). Es wird wenig Entlastendes für diese Einschätzung des Gesundheitssystems geben, doch hätte dieser Zweifel Auswirkungen nicht nur auf die Bedeutung der Fallarbeit, sondern auf das Selbstverständnis der Pflege. Der Soziologe Niklas Luhmann entwirft mit seiner Theorie sozialer Systeme ein funktionalistisches Gesellschaftsverständnis, in dem sich Remmers Bedenken als Konstitution der modernen Gesellschaft wiederfindet. Durch funktionelle Differenzierung der modernen Welt existiert der Mensch in der Gesellschaft nicht als Einheit, sondern nur gewisse Bestände des Menschen werden von jeweiligen Teilsystemen wahrgenommen. Eine solche Verschiebung in der Gesellschaft stellt einen Großteil der soziologischen Theorien, auf die sich die Pflegewissenschaft bezieht, in Frage. Um den Nutzen einer systemtheoretischen Betrachtung nach Luhmann für die Pflege zu evaluieren, muss geklärt werden, ob es ein ausdifferenziertes System der Pflege gibt. Dies führt zur leitenden Frage, die für diese Untersuchung bestimmend ist: Wonach richten sich die Pflegenden?<sup>1</sup>

Würde man den Luhmann fragen, erhielte man vielleicht augenzwinkernd die Antwort: „Kommunikation, was sonst?“. Kenner Luhmanns wissen, warum diese Antwort so unwahrscheinlich nicht ist – jede soziale Interaktion ist für Luhmann Kommunikation. Der Kommunikationsbegriff löst den Menschen in der Soziologie ab – nicht Menschen kommunizieren, sondern „nur Kommunikation kommuniziert“ (Kneer 1996: 332). Kommunikation ist jeweils prozessierte Selektion von Information, Mitteilung und Verstehen; die Selektion gibt zudem Auskunft darüber, was nicht-selektiert wurde (Luhmann 1987: 194). Kommunikation trennt Luhmann von den soziologischen Handlungstheorien ab, welche den pflegewissenschaftlichen Diskurs dominieren. U.a. wird rekurrend auf Oevermanns doppelte Strukturlogik (u. a. Weidner 1995; Fichtmüller 2006; Darmann-Finck 2010; Ertl-Schmuck 2010) eine professionstheoretische Analyse des Handelns als ein Fahrschein zur Professionalisierung der Pflegeberufe wahrgenommen<sup>2</sup>. Die Bedeutsamkeit der Handlungstheorien erklärt Käppli mit der Beschleunigung der Theoriebildung der Pflegewissenschaft in den 1960er Jahren durch eine „präskritive[n] Praxistheorie (Handlungstheorie)“ (1998: 33), die von Dickoff/James et al. eingeführt wurde (1968: 422f). Die Frage nach Kommunikation oder Handlung ist nicht unerheblich, denn sie prägt „den Stil der darauf aufgebauten Theorie, z. B. [durch] den Grad ihrer Abgehobenheit von Psychischem, entscheidend“ (Luhmann 1987: 191). Luhmann wirft den Handlungstheorien vor, dass diese ihren Fokus auf psychologische Motive lägen, die der Komplexität der Verhältnisse nicht genügen könnten (Luhmann 1989: 7). Denn Motive können keine ge-

1 Diese Frage ist angelehnt an den Aufsatz „Der medizinische Code“ von Luhmann.

2 Die Metapher spielt auf die Lokomotivfunktion für die Professionalisierung der Pflege durch die Qualifizierung der Lehrenden von Axmacher 1991 an (Hoops 2014: 42).

sellschaftliche Differenzierung erklären, sondern: „gesellschaftliche Differenzierung erklärt Motive“ (Luhmann 1993: 344). Die Kritik an der soziologischen Handlungstheorie durchzieht Luhmanns Werk, denn mittels dieser erklärt er seine Veränderung der soziologischen Prämissen:

„Das heißt vor allem: daß Handeln *immer* Motive (Absichtszuschreibungen, Rechtfertigungen, „accounts“) benötige, soll es „sinnadäquat“ verständlich sein. Die Frage, ob nicht auch dies ein kulturabhängiges Phänomen sei und Motive überhaupt nur entstehen, wenn sie zu rechtfertigen oder jedenfalls darzustellen sind, wird von der Theorie nicht akzeptiert. Daher ist auch die Kontingenz (Rechtfertigungsbedürftigkeit) der Zwecke bereits als Theoriepostulat vorgesehen. Ohne Motive keine Zwecke. (...) Die Handlungstheorie hat es leicht, für die ihr bekannten Strukturen kapitalistischen Wirtschaftens auf der Handlungsebene den entsprechenden Motivbedarf zu postulieren, also von der Makroanalyse zur Mikroanalyse überzugehen. Aber kann sie auch – im Gegenzuge – aus handlungsmäßigen Mikrobedingungen Makroentwicklungen erklären – zum Beispiel das Entstehen hinreichend großer, produktive Investitionen lohnender Märkte oder die Entwicklung kapitalistischer Wirtschaftstechniken (doppelte Buchführung, Finanzinstrumente, Depositenbanken usw.)? (...) Die Operation Beobachtung (womit durchaus Handeln gemeint sein kann) zeichnet sich durch eine systembildende (statt: subjektiv verankerte) Zwangsläufigkeit aus.“ (Luhmann 1992: 116f; Hervorh. i. Orig)

Auch wenn das Weber'sche Handlungsverständnis mit seiner Zweck-Mittel-Korrelation pflegedidaktisch um das nicht-teleologische und das passiv intentionale erweitert wurde (Fichtmüller 2006), bieten diese ebenso wenig die Erklärung für die Bildung von Makrostrukturen. Der Kommunikationsbegriff ermöglicht die soziologische Analyse der Pflege, welche nicht von psychologischen Motiven überlagert ist, sondern eine Möglichkeit bietet, die Beobachtungen der Pflege zu beobachten. Somit rückt nicht das Angebot der Pflege mit ihrem (professionellen) Handeln in den Vordergrund, sondern welche Komplexität für die Gesellschaft durch ein Pflegesystem reduziert werden könnte.

## 2. Hinführung in die systemtheoretische Beobachtung

In Luhmanns umfangreichen Werk gibt es keinen Verweis auf die Pflege, der sich nicht auf einen eingeschobenen Nebensatz beschränken lassen könnte (Luhmann 2004: 120, 2000: 232). Der Pflgetheorie selbst sind systemtheoretische Perspektiven nicht fremd (z.B. Betty Neuman oder Callista Roy), jedoch sind diese an der psychologischen Systemtheorie angelehnt, nicht an der soziologischen (was sich wiederum auf die Handlungstheorien zurückführen lassen könnte). Für das Verständnis der Systemtheorie ist der Aufbau von Systemen bedeutsam. Systeme entwickeln sich autopoietisch, also aus sich selbst heraus und beziehen sich zur Stabilisierung auf vergangene Operationen selbstreferentiell. Systeme beobachten die Umwelt und bearbeiten diese Informationen mit den eigenen Operationen (Luhmann 2009: 44ff). Dazu entwickeln sie eine

Differenz, die sich aus einem relativ unbestimmten negativen Wert und einem konkretisierten positiven Wert zusammensetzt. Diese Differenz ergibt den Code, nach dem das System die Kommunikation der Umwelt beobachtet. Nur bei einem positiven Wert kommt es zur Anschlusskommunikation, also einer Fortsetzung der Kommunikation des Systems. Systeme sind in sich geschlossen, operieren also für sich selbst und durch sich selbst. Umwelt ist für soziale Systeme zunächst alles Soziale, was außerhalb des Systems liegt. Systeme, die in der Umwelt eines anderen Systems liegen, können nicht direkt auf das System einwirken. Das System beobachtet selbstreferentiell die Kommunikation der Umwelt als autonomes System und operiert auf Basis seines Sinns, den es durch den Code entwickelt.

Zur Darstellung der System-Umwelt-Differenz eines Systems der Pflege müssen Systeme, die eine Nähe zur Pflege aufweisen, abgegrenzt werden – darunter fällt das System der Krankenbehandlung (Luhmann 1990: 183ff) und das Funktionssystem Religion (Luhmann 2002b). Während meines Erachtens die Notwendigkeit zur Differenzierung zum System der Krankenbehandlung (ergo der Medizin) v. a. auf Ebene des Organisationssystems Krankenhaus zu verorten ist und dort ihre Notwendigkeit entfaltet, handelt es sich beim Religionssystem um eine Differenzierung auf der Ebene der Funktionssysteme. Organisationssysteme (Schule, Universität, Krankenhaus...) sind im Gegensatz zu Funktionssystemen zumeist räumlich gebunden, oftmals treffen in einem Organisationssystem mehrere Funktionssysteme aufeinander. Organisationssysteme machen die Mitgliedschaft für die Gesellschaft transparent, diese Mitgliedschaft ist die Differenzierung und die positive Seite des Codes für das Organisationssystem (Luhmann 1991: 13ff). Funktionssysteme (Recht, Wirtschaft, Politik, Wissenschaft...) übernehmen stellvertretend für die Gesellschaft eine Aufgabe monopolistisch, kein anderes System beobachtet die Umwelt nach genau dieser Differenz. Hieraus ergibt sich ein weiterer Aspekt, wie Luhmann den Menschen aus der Gesellschaft verschwinden lässt. Kein Funktionssystem ist in der Lage, den Menschen in seiner Ganzheit zu erfassen, sondern lediglich Aspekte, die unter den positiven Wert des Codes fallen (Luhmann 2009: 25ff).

Als Organisationssystem ist das Krankenhaus ein Ort, an dem sich die Hierarchie zwischen Medizin und Pflege manifestiert und ihre Unterordnung repräsentiert, denn nicht die Pflegebedürftigkeit ist entscheidend über den Aufenthalt im Krankenhaus, sondern die medizinische Diagnose, also das Funktionssystem der Krankenbehandlung. Deshalb ist es in der Selbstbeobachtung der Pflege, wie auch der Fremdbeobachtung nicht abwegig, eine Abhängigkeit der Pflege von der Medizin zu konstatieren, allerdings ist diese auf das Organisationssystem Krankenhaus beschränkt. Dort ist z. B. auch das Wirtschaftssystem wahrnehmbar – doch das bedeutet nicht, dass das Wirtschaftssystem Krankheiten heilt oder Pflegebedürftigkeit mindert. Das Wirtschaftssystem beobachtet die Umwelt anhand der Differenz haben/nicht-haben, kann das Krankenhaus ökonomisch gestalten, aber nicht entscheiden, was krank oder gesund ist.

Eine Rezeption von Luhmanns Systemtheorie ist für die Pflege nicht ausgeblieben, wenn auch die Ansätze nicht aus der Pflegewissenschaft selbst heraus entwickelt wur-

den. In den aktuellen pflegewissenschaftlichen Standardwerken zum Überblick wird a) Luhmann zwar dargestellt, aber keine Übertragung für die Pflege genannt (Brandenburg/Dorschner 2015: 182ff) oder b) vollständig ausgeklammert (Schaeffer 2014). Bisherige Versuche, Luhmanns universelle Systemtheorie auf die Pflege zu rezipieren, fokussieren meistens spezielle Bereiche wie Beratung (Kleve 2005), Bürokratie (Borutta 2006) oder Karriere in der Altenpflege (Borutta/Giesler 2006). Für diesen Aufsatz relevanter sind die systemtheoretischen Makroperspektiven, welche von Bauch (1996), Hohm (2002) und Behrens (2003) bestimmt wurden. Auffällig bei diesen Entwürfen ist der geringe Bezug zum pflegewissenschaftlichen Diskurs. Zur Entkräftung bzw. Revidierung der angeführten systemtheoretischen Perspektiven sollen diese folgend bewertet und gegenübergestellt werden.

### 3. Stand der systemtheoretischen Beobachtungen der Pflege

Bislang hat die soziologische Systemtheorie nur wenig bemerkbare Fußspuren in den Pflegewissenschaften hinterlassen. Dafür gibt es meines Erachtens Gründe, denen ich mich nähern möchte und zu einer Reformulierung der systemtheoretischen Entwürfe der Pflege auffordern. Die folgende Beobachtung bietet eine Übersicht über den bisherigen Stand der Luhmann-Rezeption für die Pflege als System. Ich beschränke mich dabei auf die Festlegung des Codes, da dieser die weitere systemtheoretische Analyse prägt und in allen aufgeführten Fällen Probleme erzeugt hat.

Zunächst möchte ich mich den Ausführungen von Bauch widmen. Seine Argumentation ist zunächst, dass die Pflege im Gegensatz zur Medizin keinen eigenständigen Code habe, da die Pflegebedürftigkeit zu eng an Krankheit und Behinderung ausgerichtet ist, denn „die Kopplung mit der basalen Codierung des Gesundheitssystems krank/gesund [nach Luhmann eigentlich das Systems der Krankenbehandlung; C.D.] spricht dafür, dass das Pflegesystem eben nicht über einen eigenen ausdifferenzierten Code verfügt“ (Bauch 2005: 77). Diese Argumentation von Bauch ist verwunderlich, wenn man sein vorhergehendes Werk betrachtet. Dort weist er explizit auf die Verschiebung der Bedeutung von Medizin und Pflege im Falle einer chronifizierten Erkrankung hin: „Der medizinische Eingriff erfolgt mit dem Ziel, Gesundheit so schnell wieder herzustellen, während des medizinischen Eingriffs und kurze Zeit danach ist ein begleitendes Pflegehandeln („Behandlungspflege“) erforderlich, das Pflegehandeln ist gegenüber dem medizinischen Eingriff supplementär und zeitlich begrenzt. Anders ist die Situation aber bei chronisch-degenerativen Erkrankungen. Hier verliert die Krankheit ihren ‚Interimsstatus‘, d. h. ihren zeitlich begrenzten Charakter, sie wird zu einem Dauerzustand und übersteigt die notwendige Zeit der medizinischen Eingriffe bei weitem“ (Bauch 2016: 218ff). Dieser Punkt hätte ihm die Wahrnehmung einer Differenz ermöglichen können, denn offensichtlich beobachtet Pflege nach einem anderen Code, wenn in diesem Fall die Kommunikation der Pflege in einem dissoziierten Verhältnis zur Medizin steht.

Die von Hohm wie auch Behrens eingeführten Codes beziehen sich für die Beobachtung der Kommunikation des Pflegesystems auf basale pflegerische Tätigkeiten. Die Differenz ergibt sich bei Behrens aus einer Beobachtung, die von Kultur und Milieu geprägt ist (2003: 279f). Seine angenommene funktionelle Differenzierung gepflegt/ungepflegt stützt er angelehnt an Luhmanns These, dass niemand „außerhalb des Systems der Krankenbehandlung gesund werden [kann] – es sei denn unbemerkt und von selber“ (Luhmann 1990: 183f). Dies sei für die Pflege anders, denn: „Von selbst geschieht hier gar nichts. Vielmehr ist jeden Tag Selbstbeobachtung und Selbstpflege nötig, bis uns die Gesundheit in Fleisch und Blut übergeht“ (Behrens 2003: 279). Gesundheit ist für ihn Grund für die Anschlusskommunikation der Pflege: „Gesundheit gibt viel zu tun – wenn auch nicht unbedingt der Medizin. Was für die Gesundheit zu tun ist, ist die Arbeit der Pflege (...) Der Ungepflegte vernachlässigt im Unterschied zum Gepflegten seine Gesundheit. Das Ziel der Pflege ist Gesundheit und Schönheit, oder, wie die Schleifer lieber sagen, Schliff.“ (ebd.). Behrens Annahmen sind diesbezüglich aber irreführend, denn Luhmann bezieht sich auf einen soziologischen Blick – eine Genesung ohne Zutun von außen setzt z. B. ein funktionierendes Immunsystem, Zellteilung und ähnliches voraus – also aus dem biologisch/organischen System kommend – und ähnlich müsste hier Behrens argumentieren. Zudem ist seine Darstellung von Gesundheit und deren Erhaltung als Aufgabe der Pflege unterkomplex und wäre mit dieser Argumentation dem System der Krankenbehandlung unterzuordnen.

Hohm argumentiert, dass „Varianten eines möglichen Pflegecodes [...] pflegebedürftig/nichtpflegebedürftig, pflegefähig/pflegeunfähig und gepflegt/ungepflegt [sind]. Wir optieren für pflegefähig/pflegeunfähig, weil sich das Pflegesystem mit dieser Leitdifferenz auf sich selbst bezieht, während es sich mit der Differenz pflegebedürftig/nichtpflegebedürftig an seiner Umwelt orientiert“ (Hohm 2002: 141). Damit entfernt er sich von gesellschaftlichen Normen (also der Umwelt) und rückt eine verlorene Fertigkeit der zu Pflegenden in den Vordergrund. Die Wahl des Codes ist insofern geschickter, da das Pflegesystem somit selbstreferentiell und operativ geschlossen operiert. Problematisch an diesem Code ist jedoch, dass die operative Schließung der Pflege durch sich selbst erklärt wird – und diese Kritik gilt ebenso für Behrens. Dieser tautologische Rückgriff verweist aber auf die Unkenntnis der Autoren, Pflege andersartig zu definieren um der Beobachtung des Pflegesystems näher zu kommen<sup>3</sup>. Deshalb können die genannten Codierungen nicht das Motiv des Pflegesystems ausreichend erklären, weshalb ich folgend eine Reformulierung des Codes des Pflegesystems anbieten möchte.

#### 4. Der Code der Pflege

Bei der Beobachtung der Kommunikation lässt sich für alle Systeme ein binärer Code feststellen, welcher der Umwelt offensichtlicher ist, als dem System selbst<sup>4</sup>. Der binäre

<sup>3</sup> Man wäre jetzt an dem nicht weiterführenden Punkt angelangt, „dass Pflege das ist, ‚was Pflege tut“ (Cash 1997: 37; zit. n. Friesacher 2008: 263).

Code stellt die Differenz dar, nach der Systeme ihre Umwelt beobachten und Informationen beziehen. Diese Umwelt ist mit einer Unzahl Informationen ausgestattet, welche in Systemen mittels Sinn durch prozessierte Selektionen transferiert werden können (Luhmann 2009: 46). Zur Bestimmung der Autonomie eines Funktionssystems müssen die Fragen geklärt werden, ob das System relative Umweltunabhängigkeit aufweist, selbstreferentiell operiert und eine operative Schließung vorherrscht. Dazu benötigen Systeme einen Code (Bauch 2005: 72). Folglich müsste ein Code explizierbar sein, welcher die Beobachtung eines Pflegesystems strukturiert. Dazu zunächst ein Überblick über den Stand der Pflegewissenschaft über einen Kern des Pflegerischen, schließlich müsste über diesen der Code zu explizieren sein. Auch wenn Friesacher den Kern pflegerischer Tätigkeiten nicht explizieren will und sich „gegen eine einheitliche und allgemeine Theorie der Pflege“ (2008: 263) wendet, nimmt er einen „möglichst neutralen Begriff der Fürsorge (...), der über die enge Bedeutung innerhalb einer Intimbeziehung hinausgeht“ (2008: 297) als zentrales Element der Pflege, welches er mit machtanalytischen Perspektiven verschränkt. An diesem Beispiel wird die Tragweite einer handlungstheoretischen Annäherung für die Pflgetheorie deutlich, die aus Handlungen kein übergreifendes System konstruieren kann und nur begrenzt Rückschlüsse auf die Makroebene zulässt. Fürsorge ist möglicherweise die Motivation der Pflegenden, nicht aber Motiv des Pflegesystems. Ähnliches zeigt sich bei Hülsken-Giesler, der, auf Grundlage der doppelten Strukturlogik, argumentiert, dass für das Verstehen des Einzelfalls die Pflegenden auf elementare Verstehensakte rekurren (Hülsken-Giesler 2008: 34ff). Sein Mimesiskonzept in Anlehnung an Adorno biete einen Widerstand gegen die „zunehmend maschinenlogisch formierte[] Gesundheitsversorgung“ (ebd.: 411), denn eine „Ratio ohne Mimesis verkommt zur instrumentellen Vernunft, (...) verliert sich im (dinglichen oder lebendigen) Anderen“ (ebd.: 410). Seine Ausführungen zur Überführung der Maschinenlogik in die Pflege basieren teilweise auf systemtheoretisch-kybernetischer Grundlage. Mittels dieser ordnet er das Krankenhaus als Organisations- und die Pflege als Wissenssystem ein. Unter dem Einfluss von Pflege-management und -informatik würde durch die Implementierung des Technischen eine Operationalisierbarkeit der Pflege stattfinden, welche „pflegerisches Wissen in Form einer pflegerischen Fachsprache computerkompatibel codiert und klassifiziert“ (ebd.: 310f).

Diese Maschinisierung sieht er kritisch, fürchtet um die Verkümmern der mimesischen Fähigkeiten der Pflegenden. Es „lässt sich die Übernahme kybernetisch-systemischer Modellvorstellungen im Bereich einer Praxis- und Handlungswissenschaft in der Weise interpretieren, dass das entsprechende Objekt, hier die Pflege, einem Prozess der Maschinisierung unterzogen wird“ (Hülsken-Giesler 2008: 325). Seine Annahmen sind zwar handlungstheoretisch schlüssig abgeleitet, doch ob dies in der face-to-face-Interaktion letztlich bestimmend ist, kann bezweifelt werden. Dies wäre m. E. der Fall, wenn das Pflegesystem seinen Code verändern würde. Dass er mit Mimesis oder

4 Dies erklärt Luhmann mit dem Rückgriff auf George Spencer Browns Theorie des re-entry, anhand derer die Operationen des Systems für das System selbst unkalkulierbar sind. Vereinfacht gesagt reproduzieren Systeme Differenzierungen fortlaufend, ohne die produzierte Differenzierung reflektieren zu können (2009: 45ff).

Empathie die Entstehung des Pflegeprozesses nicht erklären kann, sorgt dann für das Verständnis, dass dieser von außen (durch Pflegemanagement und -informatik) aufoktroiiert wurde und erkennt, dass Pflege mehr als das ist, was auf der Ebene der Interaktion stattfindet. Somit kann er auch keine Antwort auf die gesellschaftliche Funktion des Pflegeprozesses geben, da er das ausdifferenzierte Pflegesystem über die Handlungstheorie nicht erschließen kann.

Als mit Einschränkungen anschlussfähig erscheinen dagegen die Perspektiven Remmers wie auch Grebs pflegedidaktische Perspektive. Remmers deutet die „Anlässe pflegerischen Handelns (...) [als] Einbußen bzw. Störungen einer biopsychosozialen Lebeweinheit des Menschen, die mit Bedürfnissen persönlicher Hilfe und Unterstützung auf subjektiv tolerablem Niveau einhergehen“ (Remmers 2014: 8). Greb rückt ebenso das Erleben des Betroffenen in das Zentrum ihrer Überlegungen, denkt Pflege wie Remmers vom Betroffenen, nicht von den Pflegenden aus (Greb 2010). Mit diesem Aufbau soll das Nichtidentische im Sinne Adornos Identitätskritik über den Einzelfall in der Pflegebildung Bedeutung erlangen und über Konstellationen Differenzierungen ermöglichen (ebd.). Problematisch für die Systemtheorie ist das Verständnis vom Subjekt, welches bei allen aufgeführten Theorien (mit unterschiedlicher Prägnanz) bedeutsam ist. Für Luhmann ist der Begriff des Subjekts in der Moderne nicht mehr haltbar. Er bewertet diesen Begriff als den „anspruchsvollste[n] Titel, den der Mensch sich jemals zugelegt hat“ (Luhmann 1995: 162)<sup>5</sup>. Doch ist für die systemtheoretische Beobachtung die Schwerpunktsetzung auf das Krankheitserleben relevant. Denn das Krankheitserleben ist strukturstiftend für das Pflegesystem. Und dieses ist von subjektiven Wahrnehmungen und Gefühlen geprägt. Doch nicht alle Gefühle sind gleich bedeutsam: Freude, Glück oder Zufriedenheit, um nur einige positiv konnotierte Gefühle zu nennen, sind für eine Kommunikation eines Pflegesystems zu dem Grade irrelevant, wie diese nicht in Bezug zum positiven Wert des Codes gesetzt werden können. Dieser positive Wert des Pflegesystems ist irritierenderweise der für den Betroffenen negativ konnotierte. Der Fall einer kommunizierten, negativ erlebten, Einschränkung (die über das Krankheitserleben hinausgeht) ist für die Kommunikation der Pflege anschlussfähig.

## 5. Leid als Gegenstand der Pflege

Die Definition von Leid in der Philosophie nähert sich dieser Einschränkung in Form eines Erlebens von „quälende[m], subjektive[n] Empfinden in der Erfahrung des körperlichen (dauerhafter Schmerz, Krankheit) oder seelischen Ausgeliefertseins (Gewalt, Versagung von Bedürfnissen und Wünschen)“ (Burkard 2008: 335). Der Krankheitsbezug soll aber nicht täuschen und auf das System der Krankenbehandlung lenken, denn Leiden ist die Erlebensgestalt von Erkrankungen (Reed 2013) und anderen Einschränkungen. Somit könnte Leiden als Motiv des Systems betrachtet werden. Jaspers

5 „Das erklärt auch die erstaunliche Zumutung von Originalität, Einzigartigkeit, Echtheit der Selbstsinneinbeugung, mit der das moderne Individuum sich konfrontiert findet und die es psychisch kaum anders einlösen kann als durch ein Copieren von Individualitätsmustern“ (Luhmann 2009: 1019).



bezeichnet Leid nicht als eine Form außergewöhnlicher Situationen, sondern Leiden ergibt sich aus dem subjektiven Erleben von Grenzsituationen (1960: 229ff). Damit verweist Jaspers auf das Universelle des Leidens im Zusammenhang mit Grenzsituationen, von denen nicht alle, aber viele Sinn in der Kommunikation des Pflegesystems konstituieren. Dies macht Leiden nicht zu einem Pflegephänomen oder einer Pflege diagnose, sondern stellt das Universelle des Pflegeanlasses dar. Als Vorschlag eines Codes zur operativen Schließung des Systems Pflege benenne ich somit Leiden/Nicht-Leiden – wobei das Leiden aus Sicht des Pflegesystems ebenso potentielles, also zukünftiges und prognostizierbares Leiden beinhaltet.

Luhmann ist sich der „Künstlichkeit solcher Polarisierungen“ (Luhmann 2004: 191) durch die binären Codes bewusst. So sei durch Einsatz von Negationen eine scheinbare Gleichheit der beiden Welten bei ungleicher Bestimmtheit erreichbar, aber: „es gibt viele Krankheiten und durchgearbeitete Krankheitsterminologien, aber nur eine Gesundheit (...). Normalität fällt nicht auf, es sei denn als Abwesenheit von Auffälligkeiten“ (ebd.). Im Anschluss daran ließe sich ableiten, dass es viele Formen von Leid gibt (welches die Pflege zu identifizieren im Stande ist), aber nur eine Form von Nicht-Leiden, im Sinne der Abwesenheit von Leid (welches für das Pflegesystem nicht besser konkretisiert werden kann). Luhmann nimmt Schmerz und Leid als „zunächst unkommunizierbare Realerfahrungen“ (2004: 192) wahr, für die die Betroffenen selbst etwas tun müssten. Man erwartet zumindest von den Leidenden, dass diese ihr Leiden nicht verschlimmert und sich nach Besserung sehnen. Aufgrund dieser Formulierung sehe ich Potential dem Code Leiden/Nicht-Leiden nachgeordnet eine Zweitcodierung in Form von selbstständig/nicht-selbstständig zuzuteilen<sup>6</sup>. Entscheidend ist, dass beide Einschätzung nicht von dem Betroffenen ausgehen, sondern von dem System der Pflege, denn nur das Verstehen der eigentlich unkommunizierbaren Realerfahrung ermöglicht Anschlusskommunikation. Dieses Verstehen kann sich durch die Kommunikationsfähigkeit leiblicher Regungen ergeben (Friesacher 2008; Hülsken-Giesler 2008; Remmers 2014), so wäre der Leib im Rahmen des Kommunikationsbegriffs auch in Luhmanns soziologischer Perspektive denkbar. Dieses Verhältnis bedarf aber noch weiterer Präzisierungen, welche im Rahmen dieses Aufsatzes nicht geleistet werden können, aber zumindest als non-verbale Kommunikation vorerst erfasst werden könnte<sup>7</sup>.

## 6. Paradoxien des Leidens in funktioneller Perspektive

Der Leidbegriff als Code ist allerdings problematisch für das System selbst. Denn die Begrenzung von potenziellem Leid erweist sich als bislang nicht technisch beherrschbar – zum einen ist die Überführung in den Code Nicht-Leid zumeist eine flüchtige<sup>8</sup>, zum anderen die Möglichkeit potentiellen Leidens vielfältig. Die Bedürfnisse nach

6 Diese Strukturierung zweier aufeinanderfolgender Codes ist an das Erziehungssystem der Gesellschaft von Luhmann angelehnt, welches zwischen vermittelbar/nicht-vermittelbar und nachfolgend besser/schlechter differenziert (2002a: 59ff).

7 Luhmann sieht non-verbale Kommunikation in erheblichem Maße von der Sprache beeinflusst und durch diese umgeformt, die „sprachlose, indirekte Kommunikation bleibt als Möglichkeit neben der Sprache erhalten; sie verliert und gewinnt zugleich in einem Prozeß der Spezifikation an Funktionen“ (1981: 312).

Henderson, die ABEDLs oder die ATLS, um nur einige Programme<sup>9</sup> zur Identifikation von Leid zu nennen, verweisen auf eine Vielfalt von Möglichkeiten. Das Leid stellt in diesem Sinne keinen überstehenden Begriff dar, sondern dass, was die Pflege als solches über die Programme konstruiert, also auch die Versagung von den ermittelten menschlichen Bedürfnissen und das Ausgeliefertsein. Dadurch entwickelt das Pflegesystem eine operative Schließung und operiert selbstreferentiell – somit unterstreicht dies die Autonomie. Doch trotz Programmen (oder gerade durch die vorhandenen) ist dieser Code anfällig dafür, dass eine Differenz zwischen Erwartung und Erleben entsteht und hierin liegt die besondere Herausforderung für das Pflegesystem.

Die Kritik an der medizinischen Defizitorientierung wäre auch für die Beobachtung des Leidens zutreffend, allerdings sehe ich die Kompetenzorientierung, welche als Gegenwert postuliert wird, durch den nachgeschalteten Code selbstständig/unselbstständig berücksichtigt. Dieser bietet aufgrund der steigenden Komplexität des Leidens im Rahmen einer zunehmend pflegebedürftigen Gesellschaft in Kombination mit der steigenden Anforderung an die Pflege ausreichend Motivation, dass das Pflegesystem hin zum negativen Wert, also zur Selbstständigkeit, strebt – auch wenn es Mechanismen inkludiert, die diesem Wert entgegenlaufen.

Argumentativ für den Code spricht z. B. Käppeli, wenn diese die Transdisziplinarität im Umgang mit Leid durch unterschiedliche „Fragestellungen: unter dem Gesichtspunkt des Heilens oder des Pflegens“ (1999: 155) beschreibt. Dadurch erhält der Code seine Spezifität, trägt somit die Abgrenzung zur Medizin in sich. Doch diese Grenzziehung scheint in den Diskursen weiterhin vorrangig für die Entwicklung einer Profession. Allerdings bleibt fraglich, ob der Bezugspunkt zur Ausdifferenzierung sinnhaft für die Pflege ist und nicht andere vorrangige Probleme verschleiert. Mit Blick auf das Krankenhaus scheint diese Wahrnehmung nur allzu verständlich – doch ist in den ambulanten und stationären Pflegerichtungen vergleichsweise unnötig, auch wenn diese (zu Unrecht) eher als Pflege-Peripherie gelten. Doch müsste – wenn die Annahme des Originären der Pflege zutreffend sein sollte – sich diese in Krankenhäusern ebenso zeigen. Wenn es zur Differenzierung der Medizin eine Beobachtung benötigt, dann auf der Ebene des Organisationssystems Krankenhaus. Und an dieser Stelle ist zwischen dem Pflegesystem und den Pflegenden zu trennen, denn es gibt sehr wohl Kommunikation von Pflegenden, die z. B. als Unterstützung des Systems der Krankenbehandlung, also dem medizinischen Code krank/gesund, zuzuordnen ist oder auch palliative Versorgung, die teilweise der Codierung des Religionssystems unterliegt. Dies hat aber keine Auswirkungen auf den Code des Pflegesystems, verweist aber allzu deutlich auf unterschiedliche Logiken der Systeme. Problematischer als die Differenzierung zum Krankenbehandlungssystem erachte ich die Differenzierung des Pflegesystems gegenüber dem Religionssystem, denn nicht nur der Begriff des Leids ist religiös konnotiert, auch entwicklungsgeschichtlich ist die Pflege eng mit dem Religionssystem verknüpft.

8 „In der Orientierung an natürlichen, zyklisch wiederkehrenden, jedoch variierenden Bedürfnissen sind diese Tätigkeiten zeitlich nur schwer planbar, kaum kontrollierbar und –was das Erfolgserleben massiv erschwert – sie verflüchtigen sich in ihren Resultaten“ (Remmers 2014: 9).

9 Programme dienen im Sinne Luhmanns der Feststellung und Einordnung einer Seite des spezifizierten Codes.

## 7. Pflege als Ausdifferenzierung des Religionssystems

Religion ist bedeutsam für die Rekonstruktion der funktionellen Differenzierung der modernen Gesellschaft. Eine Vielzahl der heutigen sozialen Systeme sind Ausdifferenzierungen des religiösen Systems, welche über weite Teile der Menschheitsgeschichte große Bereiche des gesellschaftlichen Zusammenlebens organisiert hat. Im Code der Religion Transzendenz/Immanenz zeigt sich der Bedeutungsverlust der Religion in der modernen Gesellschaft, wenn dieser keinen Einfluss auf z. B. die Wissenschaft mehr hat. Diesem Wandel begegnet die Religion mit Anpassungen und reagiert auf Externalisierungen von Personen mit sozialem Aktivismus, da es unter „den Funktionssystemen der modernen Gesellschaft (...) wenig positive Koordination“ (Luhmann 2002b: 242) gibt. Die Orientierung von organisierter Religion verschiebt sich von der Funktion zur Leistung (Luhmann 2004: 264). Dies lässt sich mit der Industrialisierung und ihren sozialen Folgen begründen. „Die Pflege der Kranken konnte nicht mehr in den Tagesablauf der Familie integriert werden, weil nun Familienleben und Erwerbsarbeit zunehmend getrennt waren. (...) Der Staat, die bürgerliche Wohlfahrt und die Kirchen versuchten dem vermehrten Bedarf zu genügen“ (Käppeli 2004: 101). Dadurch ist es fraglich, wie weit sich die Pflege von diesem System tatsächlich differenziert hat, wenn man Pflege im Bereich der Leistungsfunktion verortet. Diese Nähe ist historisch begründet, denn „[b]is weit ins 19. Jh. hinein gehörten die Krankenschwestern religiösen (...) Pflegeorden an und versorgten Kranke aus christl. Barmherzigkeit“ (Prüll/Tröhler 2007: 625). Auch zu Beginn der Verberuflichung der Pflege mit der Einführung einer qualifizierenden Ausbildung standen, im Rahmen der Gründung der Diakonissenanstalt im Jahr 1836 durch Theodor Fliedner, weiterhin religiöse Motive im Vordergrund (Bischoff-Wanner 2014: 26f). Das inspirierte wiederum Florence Nightingale die religiösen Motive zu reduzieren, diese erhielten aber mit den gesellschaftlich konnotierten Werten der Frau über die Hintertür wieder Eintritt (ebd.) und nach wie vor gehört das Empathische, das Mitfühlende in den Mittelpunkt erfolgreicher Pflege (Bischoff-Wanner 2002: 253ff). Auch Luhmann sieht Leiden im Bereich der Religion verankert und dieses taucht als Bezugspunkt in der professionellen Arbeit Geistlicher im Dual Leid/Heil auf (Luhmann 2004: 194). „Leid und Sünde sind als notwendig verordnet und doch im Sinne irdischen Geschehens kontingent. Heil und Gnade erhalten ihre Notwendigkeit aus der göttlichen Entscheidung, ihre Kontingenz aus der Relationierung innerhalb des Duals“ (ebd.) Doch diese Hinweise dienen nur der Rekonstruktion der Situation, aus der sich heraus die Pflege als eigenständiges System entwickelt hat. Die Spezifikation Leid/Nicht-Leid, welche sich aus der Praktik des Religionssystems gebildet hat, ist eine andere, als Leid/Heil. Letztere benötigt zur Reflexion das Transzendente, erstere nicht – worin sich die Systemgrenze zum Religionssystem herausbildet, da das Transzendente seine Wertigkeit für das System der Pflege verloren hat. Zwar mag die Motivation der Pflegenden für eine Pfl egetätigkeit sich weiterhin aus religiösen Motiven speisen, die Kommunikation des Pflegesystems nicht<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> In Bezug auf die Hingabe für den Patienten ließen sich keine Unterschiede zwischen konfessionellen und freiberuflichen Pflegenden machen (Käppeli 2004: 109). Das deutet auf ein nicht-divergentes Motiv hin.

## 8. Grenzen und Möglichkeiten der systemtheoretischen Beobachtung

Mit der Analyse der Pflege durch die Systemtheorie Luhmanns kann auf eine universalistische Theorie zurückgegriffen werden, welche in der Lage ist, den soziologischen Blickwinkel auf die Pflege zu verändern und damit einige Prämissen der bisherigen Theorien in Frage zu stellen. Die Vermeidung eines substantiellen Pflegebegriffs (also die Beobachtung erster Ordnung) kann dem Verständnis des Ziels von Pflegetätigkeit dienen (insbesondere der Selbstreflexion). Die Beobachtung zweiter Ordnung ist insofern fruchtbar, da sie Potential zur Neubestimmung der Pflege in einer funktional differenzierten Gesellschaft in sich birgt und Vokabular für die Selbst- und Fremdbeobachtung bietet. Durch die gesellschaftliche Differenzierung hat sich die Pflege zu einem System entwickelt, welches das Leid zu einem Maße reduziert, dass dieses für die Gesellschaft tolerabel ist. Wenn diese Funktion nicht erfüllt werden kann, müssten Ersatzsysteme entstehen, welche unter den prognostizierten Entwicklungen, wie die weiter fortschreitende Individualisierung, die Zunahme an Pflegebedürftigen und weitere, nicht zu erwarten sind. Gleichzeitig kann die Systemtheorie um die Perspektive der Pflege ergänzt werden, deren Randexistenz zwar über die Unsichtbarkeit der CARE-Tätigkeit begründet, doch nicht weiter zu rechtfertigen ist.

Dass die Kritik an Luhmanns Systemtheorie, es existierten keine Menschen in ihr, berechtigt erscheinen mag als Ausschlusskriterium für die Pflege herzuhalten, ist nicht ausreichend, so ist es doch das Konstrukt des Menschen im Rahmen des Sozialen, welches das Pflegesystem vor Irritationen und Paradoxien stellt, das bislang unauflösbare Schwierigkeiten für die Definition der Pflege produziert. Remmers äußert zwar Zweifel, zwecks der Nützlichkeit einer Formulierung eines Kerns pflegerische Expertise<sup>11</sup> im Rahmen der Transdisziplinarität der Pflege. „Aus der Tatsache, dass auch in einem zukünftigen System der Wissenschaften das Prinzip der Disziplinarität ordnungstiftend bleiben wird, resultiert für die Pflegewissenschaft möglicherweise ein Paradoxon: notwendige Abgrenzung gegenüber benachbarten Fächern; notwendige Zufuhr des neuesten Erkenntnisstandes benachbarter Fächer bei der Begründung eines originären Wissenskorporus in Lehre und Forschung“ (Remmers 2014: 15). Der Code der Pflege kann die transdisziplinäre Problemstellung dadurch lösen, indem man die Aspekte beobachtet die im Verhältnis zum Code des Pflegesystems stehen.

Ein zweiter häufig genannter Kritikpunkt der systemtheoretischen Betrachtung hat, auch dank Habermas, weiterhin Konjunktur: das fehlende utopische Element (Habermas/Luhmann 1972). Dieser Punkt lässt sich nicht abstreiten, doch wäre eine Utopie im Rahmen einer zwar von Menschen hervorgebrachten, jedoch von Einzelnen nicht mehr beherrschbaren Komplexität sinn- wie aussichtslos, wenn das „Wie?“ nicht Gewalt oder Umerziehung beinhalten soll. „Die Soziologie hat als Wissenschaft mit

11 Diesen definiert er wie folgt: „Beziehungsarbeit auf der Grundlage eines mimetischen, in körperlich-leibliche Ausdrucksschichten des Gegenübers eingelassenen Wahrnehmungsvermögens mit spezifischen Informationsgehalten, an denen gemessen alle ebenso formalisierten wie formelhaften Prozeduren etwas lediglich Äußerliches darstellen“ (2014: 15).

entsprechenden Ansprüchen wenig Neigung zur Weisheit gezeigt. Sie verdunkelt ihre Prognosen nicht. Da die Trefferquote ihrer Prognosen ohnehin gering ist, mag man ihr das nachsehen“ (Luhmann 1992: 151f).

Nachvollziehbar bleibt die Angst vor dem Verlust eines humanistischen Anspruchs (Luhmann 2009: 31ff), wenn der Mensch der Theorie entschwindet. Doch wird man anerkennen müssen, dass sich die Pflege nicht nach dem vollständigen Menschen richtet (und somit der Begriff der ganzheitlichen Pflege unhaltbar ist), sondern nach der Kommunikation von Leid. Diese Bestimmung ist die gesellschaftlich legitimierte Differenzierung zur Medizin, dadurch bestimmt die Pflege ihre Funktion für die Gesellschaft zur Reduktion der Komplexität. Das Pflegerische wird, wenn es soziologisch eingeordnet wird, zumeist mit machtanalytischen Positionen reflektiert. Dabei stößt der Beobachter auf zahlreiche Machtverhältnisse, denen Patienten oder Pflegenden unterworfen sein sollen. Tatsächlich emanzipatorisch wirken diese Überlegungen allerdings nicht. Diese Positionen vernachlässigen den gesellschaftlichen Wert der Pflege. In ihrem Fall bedeutet das, dass durch Institutionalisierung der Praxis Leiden in eine Form generalisiert wird, dass dieses, vergleichbar mit den Problemstellungen in traditionellen Professionen, „in allgemein geschätzte Werte transformiert und den Klienten in dieser Form entzogen bzw. abgetauscht werden“ (Luhmann 2004: 192) kann. Warum die Werte bislang nur schwerlich expliziert werden konnten, versuche ich über die Kritik an der Handlungstheorie herauszustellen. Die Eigenständigkeit eines Pflegesystems ist demgegenüber emanzipatorisch, denn es weist eine Selbstreflexivität auf und auch, dass die Funktion des Pflegesystems nicht durch andere Systeme verändert werden kann. Der Markt bzw. das Wirtschaftssystem wird Leid nicht lindern können<sup>12</sup>.

Die Befremdung mit der das Pflegesystem Technik und Ökonomie gegenübersteht, erwächst offenkundig aus dem Zweifel, dass dieser unterstellt wird, das Pflegerische verschwinden zu lassen. Doch die technischen und gesellschaftlichen Entwicklungen haben das Pflegerische nicht verschwinden lassen, im Gegenteil, erst zur ihrer Etablierung und Verberuflichung beigetragen. Das Pflegesystem hat diese Entwicklungen beobachtet und mit eigenen Mitteln darauf reagiert. Diese Evolution ist als Wert an sich zu betrachten, denn sie zeigt, dass das Pflegesystem mit eigenen Mitteln auf die Beobachtungen der Umwelt reagiert. Hülsken-Giesler sieht als Voraussetzung einer „Ausdifferenzierung einer partikularistischen Logik (...), dass Pflege ihre Funktion für die Gesellschaft überzeugend bestimmen kann“ (2008: 330). Diese Funktionsbestimmung kann über den Code der Pflege geleistet werden. Was der Code allerdings nicht leisten kann, ist die gesellschaftliche Funktion bzw. Notwendigkeit von professioneller Pflege herauszustellen. Im Gegenteil erklärt der Code ziemlich genau, warum die Differenz zwischen professioneller und nicht-professioneller Pflege in der Fremdbeobachtung durch die Umwelt nahezu unterschiedslos bleibt. Dass man zur Minderung von Leiden eine hohe Qualifikation benötigt, mag der Pflege(wissenschaft) bekannt sein, der Gesellschaft und ihren Systemen ist es das nicht. Wenn ich also eine Empfehlung

<sup>12</sup> Dass dennoch eine strukturelle Kopplung mindestens mit dem Wirtschaftssystem, dem Rechtssystem und dem Politiksystem vorliegt, soll dadurch nicht abgestritten werden. Die strukturelle Kopplung verweist aber lediglich darauf, dass die Wahrscheinlichkeit der Wahrnehmung der Kommunikation dieser Systeme höher ist, nicht, dass diese in das Pflegesystem direkt eingreifen könnten und den Code verändern würden.

für die Professionalisierung der Pflege geben müsste, sollte der Fokus für Weiterentwicklungen auf den Code gelegt werden. Nur wenn die professionellen Pflegenden erfolgreicher als Laienpfleger sind, das Leid zu lindern, kann eine gesellschaftliche Notwendigkeit transparent werden. Möglicherweise liegt der Schlüssel zur Professionalisierung auch in der Zweitcodierung – aber nicht in Tätigkeiten, die eigentlich dem Funktionsbereich des Systems der Krankenbehandlung oder des Religionsystems zuzuordnen sind.

## Literatur

- Bauch, J. (1996): Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. Weinheim, München: Juventa Verlag
- Bauch, J. (2005): Pflege als soziales System. In: Schroeter, K.R.: Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa-Verl., 71–84
- Bauch, J. (2016): Medizinsoziologie. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg
- Behrens, J. (2003): Medizin- und Gesundheitssoziologie. In: Orth, B., et al.: Soziologische Forschung. Stand und Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 277–298
- Bischoff-Wanner, C. (2002): Empathie in der Pflege. Begriffsklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells. Bern: H. Huber
- Bischoff-Wanner, C. (2014): Pflege im historischen Vergleich. In: Schaeffer, D.: Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Beltz Juventa, 19–36
- Borutta, M. (2006): Mit der Bürokratie gegen die Bürokratie. In: Printernet 6. Die Entbürokratisierungsdebatte in der Altenpflege aus der Perspektive der neueren Systemtheorie nach Niklas Luhmann, 334–340
- Borutta, M./Giesler, C. (2006): Karriereverläufe von Frauen und Männern in der Altenpflege. Eine sozialpsychologische und systemtheoretische Analyse. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag
- Brandenburg, H./Dorschner, S. (2015): Pflegewissenschaft. Bern: Hogrefe Verlag.
- Burkard, F.-P. (2008): Leiden. In: Prechtel, P. und Burkard, F.-P.: Metzler Lexikon Philosophie. Begriffe und Definitionen. Stuttgart, Weimar: J.B. Metzler, 335
- Darmann-Finck, I. (2010): Interaktionistische Pflegedidaktik. In: Ertl-Schmuck, R. und Fichtmüller, F.: Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim: Juventa-Verlag, 13–54
- Dickoff, J., James, P./Wiedenbach, E. (1968): Theory in a practice discipline. In: Nursing Research 5, 415–434
- Ertl-Schmuck, R. (2010): Subjektorientierte Pflegedidaktik. In: Ertl-Schmuck, R. und Fichtmüller, F.: Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim: Juventa-Verlag, 55–90
- Fichtmüller, F. (2006): Handlungstheoretische Reflexionsebenen in der Pflegedidaktik. In: Pflege und Gesellschaft 2, 157–169
- Friesacher, H. (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Göttingen: V & R Unipress
- Greb, U. (2010): Die Pflegedidaktische Kategorialanalyse. In: Ertl-Schmuck, R. und Fichtmüller, F.: Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim: Juventa-Verlag, 124–165
- Habermas, J./Luhmann, N. (1972): Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie. Was leistet die Systemforschung? Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Hohm, H.-J. (2002): Das Pflegesystem, seine Organisationen und Karrieren. Systemtheoretische Beobachtungen zur Entstehung eines sekundären Funktionssystems. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Hoops, W. (2014): Pflege als Performance. Zum Darstellungsproblem des Pflegerischen. Bielefeld: transcript Verlag
- Hülken-Giesler, M. (2008): Der Zugang zum Anderen. zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Osnabrück: V & R Unipress
- ICN (2002): Definition of Nursing

- Jaspers, K. (1960): *Psychologie der Weltanschauungen*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; Imprint; Springer
- Käppeli, S. (1998): Standortbestimmung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung im deutschsprachigen Raum unter Berücksichtigung der internationalen Entwicklung. In: Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft NRW e.V.: *Die Bedeutung der Pflegewissenschaft für die Professionalisierung der Pflege. Dokumentation einer Fachtagung*. Bielefeld, 29–42
- Käppeli, S. (1999): Was für eine Wissenschaft braucht die Pflege? In: *Pflege* 3, 153–157
- Käppeli, S. (2004): *Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft. Geschichte des Mit-Leidens in der christlichen, jüdischen und freiberuflichen Krankenpflege*. Bern: Huber
- Kleve, H. (2005): Beratung im Pflegesystem – eine systemtheoretische Perspektive. In: *Pflege und Gesellschaft* 4, 171–182
- Kneer, G. (1996): Rationalisierung, Disziplinierung und Differenzierung. Zum Zusammenhang von Sozialtheorie und Zeitdiagnose bei Jürgen Habermas, Michel Foucault und Niklas Luhmann. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Luhmann, N. (1981): *Soziologische Aufklärung 3. Soziales System, Gesellschaft, Organisation*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Luhmann, N. (1987): *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Luhmann, N. (1989): Politische Steuerung: Ein Diskussionsbeitrag. In: *Politische Vierteljahresschrift* 1, 4–9
- Luhmann, N. (1990): *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Luhmann, N. (1991): *Soziologische Aufklärung 2. Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; Imprint
- Luhmann, N. (1992): *Beobachtungen der Moderne*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Luhmann, N. (1993): *Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Luhmann, N. (1995): *Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Luhmann, N. (2000): *Organisation und Entscheidung*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Luhmann, N. (2002a): *Das Erziehungssystem der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Luhmann, N. (2002b): *Die Religion der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Luhmann, N. (2004): *Funktion der Religion*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Luhmann, N. (2009): *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Prüll, C.-R. und Tröhler, U. (2007): Hospital, Krankenhauswesen. In: Gerabek, W.E.: *Enzyklopädie Medizingeschichte*. Berlin: De Gruyter, 620–627
- Reed, F. C. (2013): *Pflegekonzept Leiden. Leiden erkennen, lindern und verhindern*. Bern: Huber
- Remmers, H. (2014): *Pflegewissenschaft – Disziplinarität und Transdisziplinarität*. In: *Pflege und Gesellschaft* 1, 5–17
- Remmers, H. (2016): Vorwort. In: Hülsken-Giesler, M., et al.: *Rekonstruktive Fallarbeit in der Pflege. Methodologische Reflexionen und praktische Relevanz für Pflegewissenschaft, Pflegebildung und die direkte Pflege*. Göttingen: V&R Unipress, 7–12
- Schaeffer, D. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Beltz Juventa (2014)
- Weidner, F. (1995): *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

*Christopher Dietrich*

TU Dresden, Fakultät Erziehungswissenschaft/Professur Gesundheit und Pflege/Berufliche Didaktik, Weberplatz 5, Christopher.dietrich@tu-dresden.de