

HOCHSCHULFORUM PFLEGE

2. Jahrgang Ausgabe 1

- **DISKUSSIONSFORUM**
Praxis-Theorie-Vernetzung
Praxis mit Kooperationspartnern
Reflexion als Methode
Hermeneutik - Eine
Forschungsmethode
- **WISSENSBÖRSE**
Am Leitfaden des Ethischen
Information
ai, Osnabrück, München,...
Assessment Center
- **PROFILE**
Margaret Cotroneo
Pennsylvania

Editorial	
Frank Weidner.....	3
Aus der Redaktion	
In eigener Sache.....	4
Diskussionsforum	
Praxis-Theorie-Vernetzung	
Einführung in den Themenschwerpunkt.....	5
Konzept der Praxis-Theorie-Vernetzung an der	
Universität Witten/Herdecke.....	7
Reflexion als eine Methode der Praxis-Theorie-Vernetzung.....	10
Hermeneutik- Eine Forschungsmethode für die	
Pflegewissenschaft.....	12
Wissensbörse alternativ	
Call for papers: Multimedia in der Pflege.....	20
Pressemitteilung der FH Osnabrück.....	20
7. Studentische Fachtagung KFH München.....	20
5. Internationales Osnabrücker Symposium	
Pflegewissenschaft.....	21
ai Arbeitskreis Medizin Psychologie Pflege	21
Wissensbörse	
Das Assessment Center zur Personalauswahl von	
Bereichsleitungen.....	22
Pflegewissenschaft am Leitfaden des Ethischen.....	24
Profile	
Margaret Cotroneo.....	27
Impressum	29
Sternschnuppen...	
Michael Schmittl.....	30

Frank Weidner

In jeder Praxis ist schon Theorie

Wenn man Pflegefachkräfte fragt, warum sie ihre Pflegearbeit so verrichten, wie sie es tun, dann werden sie vielfältige Antworten geben, die auf ihre Qualifikationen, auf die Rahmenbedingungen ihres Arbeitsplatzes, auf ihre Persönlichkeit, auf Grundlagen anderer Disziplinen usw. verweisen, in denen sie die Ursachen und Begründungen für die Art und Weise ihrer Handlungen sehen. In diesen zunächst sehr verschiedenen Antworten liegt die Gemeinsamkeit, daß die angesprochenen Begründungsquellen immer so etwas wie einen alltags- oder fachtheoretischen Hintergrund des eigenen Handelns abstecken. Schon an dieser Stelle wird niemand mehr behaupten können, daß sich ohne Bezugnahme auf irgendwelche theoretischen Quellen überhaupt handeln ließe. Ein Handeln ohne Erkenntnis ist auf der Grundlage des Verständnisses moderner Handlungstheorien gar nicht vorstellbar. Wir sprechen in diesem Fall eher von 'Verhalten'. Auch wenn Verhaltensweisen ebenfalls fest zu unserer Lebensgestaltung dazugehören, so richten wir in der Betrachtung einer professionellen Pflege das Augenmerk insbesondere auf die tatsächlichen und möglichen erkenntnisgeleiteten Handlungen.

Diese Gedanken führen uns nun geradewegs zu der Aussage, daß es kein theorieloses Handeln geben kann. Damit sind wir im übrigen auch von der Frage 'Braucht die Praxis Theorie?' befreit, denn in jeder Praxis ist Theorie per se vorhanden. Wir müssen uns nun auf die Fragen konzentrieren, welcher Art dieses theoretische Fundament ist und wie es für eine professionelle Pflege beschaffen sein sollte. Es geht also darum, welches theoretische Konzept zukünftig die pflegerische Arbeit auf einer Station, in einem Heim oder in einer ambulanten Einrichtung lenken soll und wie dieses Konzept strukturiert sein müßte, wie es entwickelt, angewandt und weiterentwickelt werden könnte.



Prof. Dr. phil. Frank Weidner

Prof. Dr. phil. Frank Weidner, Krankenpfleger, lehrt an der Katholischen FH Köln das Fachgebiet Pflegewissenschaft

IN EIGENER SACHE

ABOS UND ARTIKEL

Jochen Laible und Peter Tackenberg

Liebe Leserin, lieber Leser !

Nun liegt wieder einmal vor Euch/Ihnen, die neue Ausgabe der Hochschulforum Pflege. Wie sind mächtig stolz auf dieses Produkt, das sich aus der Keimzelle einer studentischen Idee heraus verwirklichen ließ. Allerdings müssen wir eingestehen, daß unser Unternehmen nicht ganz unproblematisch über die Bühne geht.

Mit diesen Zeilen möchten wir natürlich nicht nur auf unsere Schwierigkeiten aufmerksam machen, sondern bestehende Probleme auch zur Auflösung bringen.

Also nochmal zu unseren Zielen und dies kurz und knapp.

Mit unserer Publikation wollen wir einen wesentlichen Beitrag zur Vernetzung der jeweiligen Hochschulstudiengänge im Bereich Pflege für den deutschsprachigen Raum leisten, und dies in einem möglichst aktuellen Rahmen.

D.h. welches interessante

Projekt läuft z.Zt. in Bochum oder Darmstadt, und wissen das die MünchenerInnen? Wer hat grad' eine Klasse Diplomarbeit ausgebüffelt und möchte damit seine KommilitonenInnen in Hamburg, Münster oder Halle belästigen? Warum haben die StudentInnen in Witten/Herdecke einen anderen Standpunkt, was Pflegewissenschaft zu leisten hat, als ihre LeidensgenossenInnen in Bremen, wie sehen dies die Lehrenden und was läuft grad' in Osnabrück, Frankfurt, Berlin oder Zürich? (Alle Nichterwähnten möchten uns hier bitte entschuldigen). All diese unentbehrlichen Informationen soll es auch noch kostenlos geben, die jeweiligen Hochschulen bekommen also ein gewisses Kontingent der Hochschulforum Pflege für ihre StudentInnen zugesandt.

So, nun zu den Schwierigkeiten.

Problem A:

Die Anregungen und Beiträge aus den Hochschulen ist bisher eher dürftig und vor allem

nicht flächendeckend, woraus sich die unerfreuliche Konsequenz ableiten läßt, daß wir Eure/Ihre interessanten und wichtigen, jedoch fehlenden Informationen nicht weiterleiten können.

Also, daß Heft selbst in die Hand nehmen, sagen was zu sagen ist. Wir garantieren, daß die Botschaft nicht ungehört verhallen wird.

Problem B:

Alle reden übers Geld, wir auch. Nach überaus freundlicher Unterstützung von unterschiedlichen Seiten sollten wir eigentlich mittlerweile an dem Punkt angelangt sein, wo sich dieses Projekt selbst trägt. Die Kosten für Druck und Versand machen, wenn nicht noch mehr pro Ausgabe aus. Von unserem Prinzip der kostenlosen Abgabe an Studierende wollen wir jedoch unter keinen Umständen abrücken. D.h., wir suchen noch Personen, mit normalverteiltem Brieftascheninhalt, die unsere Publikation für schlappe 30,-DM im Jahr abonnieren wollen.

Wir sind übrigens i.d.R. montags zwischen 16.00 und 18.00 Uhr unter Tel: 02302/669-377 zu erreichen (Fax: 02302/669-318), sonst läuft ein Anrufbeantworter und e-mail haben wir auch: Hochschulforum-Pflege@uni-wh.de (weiterer Tip: auch mal ins Internet gucken unter: <http://www.uni-wh.de/de/pflege/hopf.htm>).

In dieser Ausgabe fokussieren wir Aspekte von Pflegestudium und Praxiserfahrungen, und dies von Seiten der Studierenden, Lehrenden und Einrichtungen, in denen Wechselwirkungen entstehen. Sowohl im täglichen Handeln, als auch in der Reflexion über tägliches Handeln für die Ausbildung und die Studienprofile.

Wir wünschen Euch/Ihnen viel Spaß und interessante Anregungen bei der Lektüre.

In diesem Sinne:
Euer/Ihr Redaktionsteam

Für unsere Autoren

Wir suchen laufend aktuelle Nachrichten, Kurzberichte, Projektdarstellungen und Termine aus den Hochschulen.

Artikel für die Hochschulforum Pflege sollten ca. 1000 Wörter incl. Überschrift, und Fußzeilen beinhalten. Ein Photo oder mehrere und/oder Graphik machen einen Artikel lesefreundlich und im Layout ansprechender. Informationen und Nachrichten sollten entsprechend dem Informationsgehalt kurzgefaßt sein.

Sprecht Ideen oder die Veröffentlichung fertiger Artikel mit uns ab.

Photos sollten als Originalabzüge, Graphiken mit möglichst hoher Auflösung eingesandt werden.

Das Urheberrecht verbleibt bei den Autoren. Einer Veröffentlichung im Printmedium folgt die Veröffentlichung im Internet, sofern Autoren dem nicht ausdrücklich widersprechen. Aus technischen Gründen verbleibt das Layout in der Redaktion.

PRAXIS-THEORIE-VERNETZUNG

EINFÜHRUNG IN DEN THEMENSCHWERPUNKT

Susanne Herzog

Die Aufgaben von Pflegewissenschaft sind es, Theorie und Forschung zu entwickeln, um das Fundament für dringend nötige Veränderungen, die zur Professionalisierung der Pflege beitragen können, zu schaffen. Neben diesen Aufgaben kommt jedoch auch dem Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse und der Vernetzung zwischen Pflegewissenschaft und Pflegepraxis eine große Bedeutung zu. Diese Praxis-Theorie-Vernetzung bildet das Schwerpunktthema der vorliegenden Ausgabe.

Frühjahr 1998, ein Intensivpflegekongress in Deutschland. Neben vielen medizinischen Themen ist „man“ bemüht, auch Pflegende zu Wort kommen zu lassen. Nach einem engagierten Vortrag über die Pflege von Patienten mit Schädelhirnverletzungen, bei dem auch auf die Möglichkeiten und Erfolge von Basaler Stimulation und Kinästhetik hingewiesen wird, kommt bei der anschließenden Diskussion die (anscheinend unvermeidliche) Frage: „Das klingt ja alles sehr schön und angenehm. Aber sagen Sie mal, was für einen Stellenschlüssel haben Sie eigentlich auf Ihrer Station, um für solche Dinge Zeit zu haben?“ Von vielen ZuhörerInnen gibt es für dafür lauten Applaus. Eine nicht ganz untypische Reaktion von Pflegenden, die

häufiger auf Kongressen zu vernehmen ist, wenn von BerufskollegInnen neue Ideen, Erfahrungen und Konzepte vorgestellt werden. Als Kritikpunkte werden oft die Faktoren „Zeit/Personalmangel“ benannt, die bemerkenswerterweise bei anderen, von Medizinern gehaltenen Referaten, die ebenfalls über neue Methoden in der Versorgung schwerstkranker Menschen berichten, von Pflegenden sehr viel seltener geäußert werden.

Die oben beschriebene Situation ließe sich hier ausführlich unter psychologischen, pädagogischen, soziologischen, und ökonomischen Gesichtspunkten diskutieren. All die dabei zu Tage tretenden Aspekte würden jedoch auf ein in der deutschen Pflegelandschaft derzeit viel beschriebenes Schlagwort hin-

weisen: Die Praxis- Theorie-Kluft.

Was verbirgt sich dahinter? Was ist mit Theorie, was ist mit Praxis gemeint? Das Problem fehlender Definitionen von Begriffen der Pflege wird hier deutlich, aber auch die unterschiedliche Sprache von professioneller Pflegepraxis und Pflegewissenschaft. Mit **Praxis** ist in diesem Schwerpunktthema die professionelle Pflegepraxis gemeint und **Theorie** beinhaltet in diesem Zusammenhang eine abstrakte Betrachtungsweise, den Erwerb von wissenschaftlichen Erkenntnissen und daraus abzuleitende, begründete Aussagen. (Insofern müßte also eigentlich von einer Kluft zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Pflegepraxis gesprochen werden).

Mögliche Fragen an die pflegerische Praxis könnten auf das oben beschriebene Beispiel bezogen folgende sein:

- Wie groß ist die Bereitschaft von Pflegenden, ihr Handeln zu reflektieren und sich mit neuen Erkenntnissen, die die Qualität der pflegerischen Arbeit verbessern könnten, auseinanderzusetzen?

- Inwieweit spielen Berührungspunkte mit akademisch gebildeten Pflegenden eine Rolle?
- Welche Ansätze gibt es z.B. in Curricula, um den Transfer von neuem Wissen in die pflegerische Praxis zu gestalten?
- Welche prägnante Situationen haben Auszubildende in Pflegeberufen erlebt, die für ihr zukünftiges Berufsbild von erheblicher Bedeutung sind?
- Beziehen Pflegende ihre berufliche Anerkennung aus der Verrichtung von pflegerischen oder eher von medizinischen Aufgaben?
- Sind die Rahmenbedingungen, die in einer Institution herrschen, die hauptsächlich Gründe, die einen Transfer von neuen Erkenntnissen in den pflegerischen Alltag gelingen lassen bzw. so schwierig machen?

Was könnte nun Pflegewissenschaft, -pädagogik, -management leisten, um den Praxis-Theorie-Transfer optimaler zu gestalten? Wenn der Standpunkt von R. Schröck (1988) eingenommen wird, „Pflege als Wissenschaft bezieht ihre

Legitimation in der Begründung eines unverwechselbaren und damit eigenständigen Gegenstandsbereichs unzweifelhaft aus der Pflegepraxis“, dann ist es eine wesentliche Aufgabe der Pflegewissenschaft, eine enge Vernetzung zur Pflegepraxis herzustellen.

In der Denkschrift der Robert Bosch Stiftung (1996) „Pflegewissenschaft“ heißt es: „Pflegewissenschaft soll dazu beitragen, pflegerisches Erfahrungswissen begrifflich zu fassen, zu ordnen, zu überprüfen und weiterzugeben. Damit entstehen pflegerische Konzepte und theoretische Verallgemeinerungen, die pflegerisches Wissen einer allgemeinen Reflexion zugänglich machen.“ Und „Mit der Ordnung des vorhandenen und der Entwicklung neuen Wissens dient die Pflegewissenschaft der quantitativen und qualitativen Vermehrung und Erweiterung des Wissens in der Pflege.“

In den vergangenen Jahren hat sich vieles in der deutschen Pflege bewegt, zahlreiche Projekte von PflegewissenschaftlerInnen, Studierenden, aber auch von Pflegenden aus der Pflegepraxis weisen darauf hin, daß wir auf dem Wege sind, Pflege

auf eine wissenschaftliche Basis zu stellen.

Für die eingangs beschriebene Situation könnte dies bedeuten:

- Reflexion über die Frage: Was ist Pflege, was soll und will sie leisten (Berufsbild-, Identität, Handlungsfeld, gesellschaftlicher Auftrag)?
- Inwieweit sind neue, pflegerische Konzepte wissenschaftlich begründbar?

Welche Möglichkeiten gibt es bzw. müssen nun geschaffen werden, damit neue Erkenntnisse bekannt, diskutiert und in das pflegerische Handeln integriert werden?

Mit der letzten Frage möchten wir uns ausführlich in dieser Ausgabe befassen. Langfristig greifende Veränderungen entstehen meist durch Hinterfragen einer Situation/eines Gegenstandes und der sich daraus ergebenden Erkenntnisse. Ein „change-agent“ muß deshalb nicht nur über fundiertes Wissen verfügen, sondern insbesondere Fähigkeiten besitzen, die es ihm ermöglichen, die Pflegenden in der Praxis und deren Leistungen wertzuschätzen, sie für Fragen und Ergebnisse zu sensibilisieren,

ihr Engagement für neue Konzepte zu unterstützen und so mit ihnen gemeinsam Möglichkeiten zu einem Transfer zu finden.

Es gibt unterschiedliche, erfolgversprechende Wege, die das gemeinsame Ziel verfolgen, als selbstbestimmende Berufsgruppe eine Verbesserung der Pflegequalität herbeizuführen. Einige davon wollen wir mit dem Schwerpunktthema Praxis-Theorie-Vernetzung in dieser Ausgabe der Hochschulforum Pflege aufzeigen.

Als erstes wird ein Konzept der Praxis-Theorie-Vernetzung des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke (UW/H) vorgestellt und dazu Erfahrungen und Eindrücke von drei Kooperationspartnern mitgeteilt.

Anschließend hat Anneke de Jong (Pflegewissenschaftlerin, Koordinatorin für die kooperierenden pflegerischen Einrichtungen an der UW/H) die Reflexion als ein mögliches Modell zur Praxis-Theorie-Vernetzung beschrieben.

Wie die Ziele und der Verlauf eines Praxissemesters an der FH in Frankfurt konzipiert sind, ist für die nächste Ausgabe geplant.

Wir würden uns freuen, wenn viele LeserInnen zu diesem

Thema Stellung nehmen und wir in der nächsten Ausgabe darüber berichten können. Vielleicht fühlen sich auch einige angesprochen, im Sinne der HOPF-Idee (Vernetzung und Diskurs), einen Artikel zu schreiben und uns für die nächste Ausgabe zuzusenden.

Literatur:

Robert Bosch Stiftung (1996): *Pflegewissenschaft. Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. Denkschrift. Gerlingen*
Schröck, Ruth (1997): *Des Kaisers neue Kleider. In: Dr med Mabuse, Nr. 107, Seite 39-45. Frankfurt/Main*

KONZEPT DER PRAXIS-THEORIE- VERNETZUNG AN DER UNIVERSITÄT WITTEN/HERDECKE

ERFAHRUNGEN VON KOOPERATIONSPARTNERN

Thomas Gieseke und Susanne Herzog

In diesem Artikel wird ein Konzept zur Praxis-Theorie-Vernetzung vorgestellt. Schon der Name des Konzeptes deutet auf dessen wesentliches Merkmal hin, nämlich die enge Vernetzung zwischen den Fragen und Anliegen der Pflegepraxis und der möglichen Weiterentwicklung durch wissenschaftliche Begleitung.

Nach Auffassung der Leitung des Instituts für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke, Christel Bienstein, ist Pflegewissenschaft eine Handlungswissenschaft. Danach bedingen sich Praxis und Theorie in der Pflege gegenseitig. So sollen Fragen, die im pflegerischen Alltag entstehen, ernst genommen- und durch pflegewissenschaftliche Untersuchungen beantwortet werden. In der Denkschrift „Pflegewissenschaft“ der Robert Bosch Stiftung (1996) wird auf folgendes hingewiesen:

„Forschungsprojekte in der Pflege thematisieren bisher in erster Linie die Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit sowie Ausbildungsfragen und nur in wenigen Beispielen die Inhalte der Pflege.“

Das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke hat das Anliegen, sich mit Fragen aus dem Zentralbereich der Pflegepraxis intensiv auseinanderzusetzen.

Jeder nimmt die Welt aus seiner eigenen Perspektive wahr. Dies gilt auch für die sogenannten Praktiker und Theoretiker in der Pflege. Nach C. Bienstein und A. de Jong ist es das Anliegen des Instituts, festzustellen, wie die Welt der Praxis aussieht, um später die Perspektive der Theorie mit der Perspektive der Praxis vergleichen zu können. Das Ziel ist eine Patientenfürsorge, die auf fundierten Kenntnissen beruht und deshalb müssen sich Praxis und Theorie vernetzen. Die Praxis kann ihren Bedarf an Unterstützung und Fragen deutlich machen, die PflegewissenschaftlerInnen können diese ordnen und strukturieren helfen und dazu neue praxisrelevante Fragen entwickeln und neues Wissen erarbeiten.

Ein Schritt des Instituts für Pflegewissenschaft in diese Richtung, die die Kluft zwischen Praxis und Theorie verringern und deren gegenseitige Vernetzung und gemeinsame

pflegewissenschaftliche Forschungsprojekte fördern soll, war die Bildung eines Kreises von Kooperationspartnern im Jahr 1996.

Die gemeinsamen Forschungsprojekte können Lernaufträge für StudentInnen, Auftragsforschung und Forschungsfragen der Einrichtungen umfassen, die von (Pflege)wissenschaftlerInnen der UW/H begleitet oder durchgeführt werden. Inzwischen arbeitet das Institut mit 52 Einrichtungen zusammen. Krankenhäuser, Alteneinrichtungen, ambulante Pflegeeinrichtungen und Rehabilitationszentren gehören bisher zu den Kooperationspartnern.

Da pflegerisches Handeln auf wissenschaftlicher Basis eine entsprechende Schulung der Pflegenden voraussetzt, hat jede kooperierende Institution mindestens eine/n Forschungsbeauftragte/n benannt, die als Kontaktperson zum Institut fungiert. Für diese fanden zu Beginn der Zusammenarbeit

zwei Seminare (jeweils 5 Tage) statt, Themen waren eine allgemeine Einführung in die Wissenschaft und ethische und juristische Aspekte der Forschung.

Die Einbindung der kooperierenden Institutionen in forschungspraktische Übungen der Studierenden, die im Rahmen der Pflegemodule stattfinden, ist dem Institut ein besonderes Anliegen.

Regelmäßige Veranstaltungen, die zum Austausch von Erfahrungen, Präsentationen von Forschungsergebnissen, Referaten u. ä. vom Institut organisiert werden sowie die „Pflegehotline“ und die kostenlose Zustellung der Zeitschrift „Hochschulforum Pflege“ sind weitere Angebote, die die Praxis-Theorie-Vernetzung fördern sollen. Seit den Anfängen dieser Kooperation sind zwei Jahre vergangen.

Hochschulforum Pflege wollte nun wissen, wie sich die Zusammenarbeit aus Sicht der kooperierenden Einrichtungen gestaltet. Mit einem Fragenkatalog, bestehend aus sieben Fragen zu den Themen Zielsetzungen, Integration pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis und Möglichkeiten der Teilnahme an pflegewissenschaftlichen Forschungsprojekten, Modulvorstellungen,

Fortbildungsangeboten etc. des pflegewissenschaftlichen Instituts, wurden die Pflegedirektorin der Universitätsklinik Bergmannsheil in Bochum, Fr. J. Bretfeld, sowie der Pflegedirektor des akademischen Lehrkrankenhauses der Universität Bonn in Lüdenscheid, Hr. H. Hadem und die dortige Forschungsbeauftragte Fr. Risse, und die Forschungsbeauftragten zweier kooperierender ambulanter Sozialstationen in Wetter und Herdecke, Fr. Kieber und Fr. Jendreieck befragt (siehe blauer Kasten).

Aus den Antworten der befragten Einrichtungen wird deutlich, daß ein sehr großer Bedarf an wissenschaftlich fundiertem Wissen in der Pflege und ein starkes Interesse daran besteht, pflegerelevante Handlungsabläufe auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zu erklären und die Pflege somit im Rahmen der aktuellen Professionalisierungsdiskussion in der Wissenschaft gleichberechtigt zu etablieren. So wundert es nicht, wenn Argumente wie z.B. „*Professionelles Pflegebewußtsein fördern*“ (Bergmannsheil Bochum), „*bessere und schnellere Umsetzung neuer Erkenntnisse in den Pflegealltag*“ oder „*Hinterfragung von hergebrachten Pflegehandlungen und deren theoretische Aufbereitung*“ (Akademisches Lehrkrankenhaus Lüdenscheid), „*aktuelle Information über den neuesten Stand der Pflege*“ (Sozialstationen Wetter/Herdecke), als anfängliche Zielsetzungen genannt werden. Zwei weitere Punkte, die in der Argumen-

Hochschulforum Pflege bat die genannten Einrichtungen, zu folgenden Fragen Stellung zu beziehen:

1. **Welches waren ihre Erwartungen und Zielsetzungen, als Sie sich 1996 als Kooperationspartner zur Verfügung stellten?**
2. **Haben sich diese Erwartungen und Zielsetzungen inzwischen, also nach zwei Jahren, geändert? Wenn ja, warum und wie sehen diese inzwischen aus?**
3. **Welchen Einfluß haben neue Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft auf ihre Tätigkeit bzw. die pflegerische Tätigkeit der MitarbeiterInnen in ihrer Institution?**
4. **Wie wird neues Wissen in die praktische Tätigkeit übertragen?**
5. **Können Sie Aussagen dazu machen, welche Auswirkungen die Akademisierung der Pflege auf die pflegerischen MitarbeiterInnen ihrer Institution hat?**
6. **Haben Sie bereits an pflegerischen Forschungsprojekten oder -übungen teilgenommen? Wenn ja, bitten wir sie um eine kurze Stellungnahme.**
7. **Können Sie Fortbildungsangebote, Modulvorstellungen etc. des Instituts nutzen? Wie bewerten Sie diese?**

tation der beteiligten Einrichtungen aufgeführt werden, sind zum einen die „*Erarbeitung von Marktvorteilen und bessere Positionierung im Gesundheitsmarkt*“ (Akademisches Lehrkrankenhaus Lüdenscheid) sowie aus berufspolitischer Sicht „*Aufbau und Implementierung von Pflegewissenschaft in Deutschland*“ zu unterstützen (Bergmannsheil Bochum). Nach Angaben der befragten Institutionen haben sich diese Erwartungen und Zielvorstellungen auch nach zwei Jahren nicht verändert, sind durch die bereits gemachten Erfahrungen und gemeinsamen Aktivitäten „*vielleicht realistischer*“ (Bergmannsheil Bochum) geworden. Hierfür spricht die Teilnahme an konkreten Forschungsprojekten, wie z.B. über den „*Pflegeprozeß*“, „*Haut und Wunden*“ oder „*Gespräche in*

der Pflege“ (alle in Zusammenarbeit mit dem Akademischen Lehrkrankenhaus Lüdenscheid). Darüber hinaus wird von allen o.g. Einrichtungen das Angebot der vom pflegewissenschaftlichen Institut eingerichteten „*Pflegehotline*“ zur Verfügung gestellten Fachliteratur konsequent genutzt, um aktuelle Informationen zu bestimmten pflegerischen Themen zu erhalten.

Die Effizienz dieser Zusammenarbeit spiegelt sich in der Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse in die pflegerische Praxis wieder. So wurden aktuelle pflegewissenschaftliche Informationen über die „*Pflegehotline*“ in die Qualitätssicherung des Bergmannsheil Bochum aufgenommen und in Form von Pflegeleitlinien, im Rahmen der Krankenpflegeausbildung oder in der Fort-

und Weiterbildung, versucht, in das tägliche pflegerische Tun umzusetzen. In Lüdenscheid wurde das „*offene Aufnahmegespräch*“ im Rahmen des Pflegeprozesses oder auch dessen Evaluation durch „*Reflection on action*“ erprobt. Doch es muß nicht immer gleich um die direkte praktische Umsetzung theoretischen Wissens gehen. Eine Kooperation kann auch in einer gemeinsamen Erarbeitung bestimmter Themen bestehen. Durch die gemeinsame Bearbeitung des Themas „*Ethikkommissionen*“ haben die Sozialstationen Wetter/Herdecke gemeinsam mit dem pflegewissenschaftlichen Institut einen Artikel zu diesem in der ambulanten Pflege anscheinend immer noch vorherrschenden Tabu - Thema verfasst, mit der Absicht, die

fachliche Öffentlichkeit in diesem Sinne zu sensibilisieren.

Die Frage, welche Auswirkungen die Akademisierung der Pflege auf die pflegerischen MitarbeiterInnen habe, wird von allen Befragten mit positiv oder neutral beantwortet. Sie sehen diese als „*Perspektive für die berufliche Weiterentwicklung*“ oder als „*Einfluß auf berufliches Selbstverständnis/Selbstwert*“ (Bergmannsheil Bochum).

Die scheinbar immer noch existierenden Vorbehalte und Ängste Pflegenden gegenüber Studierenden werden langsam in eine konstruktive Zusammenarbeit umgesetzt. So haben „*Pflegende, die mit Studenten näher zusammengearbeitet haben*“, ihre „*Vorbehalte abgelegt und die Akademisierung - soweit sie die Sprache der Praktiker trifft - anerkannt*“ (Akademisches Lehrkrankenhaus Lüdenscheid). Diese Kommunikation besteht jedoch zu einem Großteil vorerst nur zwischen Pflegenden und StudentenInnen, die an gemeinsamen Forschungsprojekten teilgenommen haben. „*Nicht beteiligte Pflegende sind von den Erkenntnissen aus der Pflegewissenschaft weniger berührt, wobei immer mehr Pflegende sich bei den projekterfahrenen Mitarbeitern Anregungen und Informationen z.B. bzgl. Pflegeprozeß holen*“ (Akademisches Lehrkrankenhaus Lüdenscheid).

Wie bereits erwähnt, gestaltet sich die Zusammenarbeit nicht zuletzt durch gemeinsam

durchgeführte Forschungsprojekte oder -übungen. Hierzu werden die kooperierenden Institutionen immer wieder dazu aufgerufen, forschungsrelevante Themen oder Fragestellungen zu konzipieren und diese an das Institut weiterzuleiten. In diesem Zusammenhang konnten bisher ein längerfristiges Projekt zum Thema „*Pflegeprozeß*“ sowie zwei kleinere Projekte mit dem Schwerpunkt „*Haut und Wunden*“ und „*Gespräche in der Pflege*“ mit dem Akademischen Lehrkrankenhaus Lüdenscheid durchgeführt werden. In Zusammenarbeit mit dem Bergmannsheil Bochum wurden bisher forschungsrelevante Übungen zum Thema „*Thromboseprophylaxe*“ und „*Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme*“ entwickelt. Denkanstöße bzw. die Sensibilisierung für die Entwicklung praxisorientierter Fragestellungen werden u.a. durch die vom Institut angebotenen Fortbildungsveranstaltungen, Modulpräsentationen etc. initiiert. Diese Veranstaltungen können und werden, laut Aussage aller befragten Einrichtungen, auch regelmäßig besucht und genutzt. Auch wenn die Themen nicht immer allen Institutionen gerecht werden, so bilden sie dennoch einen wertvollen Beitrag zur „*Vertiefung des eigenen Wissens*“ (Bergmannsheil Bochum) oder geben „*Denkanstöße*“ und machen „*sensibel*“ (Akademisches Lehrkrankenhaus Lüdenscheid) für bestimmte Themen (z.B. „*Privatsphäre im Krankenhaus, künstliche enterale Ernährung*“ etc.).

Fazit

Die von der Hochschulforum Pflege durchgeführte Befragung der oben genannten kooperierenden Institutionen läßt folgende Schlußfolgerung zu: Die bisherige Zusammenarbeit kann durchaus als fruchtbarer und wichtiger Schritt im Rahmen der Praxis-Theorie-Vernetzung gesehen werden. Abgesehen von einigen organisatorischen Mängeln in der Konzeption einzelner Forschungsprojekte, ist die Zusammenarbeit als durchweg positiv zu bewerten. Anhand der o.g. Aussagen wird deutlich, wie groß das Interesse ist, pflegerische Handlungen wissenschaftlich zu fundieren. Seitens des pflegewissenschaftlichen Instituts sollte jedoch auch auf eine weitgefächerte und gestreute Bearbeitung pflegerischer Problematiken geachtet werden. So wurde von den VertreterInnen der Sozialstationen Wetter und Herdecke teilweise Kritik geäußert, daß das Spektrum fachspezifischer pflegerischer Thematiken nicht alle Bereiche in gleichem Umfang berücksichtige.

Um das Spektrum pflegewissenschaftlicher Akzeptanz auf möglichst viele pflegerische Bereiche auszudehnen und den Bezug zur Praxis auf breiter Ebene zu gewährleisten, empfiehlt es sich, pflegerische Fragen aus möglichst vielen fachspezifischen Instanzen aufzugreifen, um ein Gesamtbild der Pflege angemessen zu repräsentieren und einer thematischen Krankenhauslastigkeit aufzuheben. Sollte die Koope-

ration in den nächsten Jahren weiterhin in diesem Maße stattfinden und auch mit dieser Akzeptanz pflegewissenschaftliches Wissen in die einzelnen Institutionen und letztendlich auch in die pflegerische Praxis transferiert werden können, so kann sicherlich behauptet werden, daß damit ein wichtiger Schritt in Richtung Praxis-Theorie-Vernetzung in der Pflege getan wird.

REFLEXION ALS EINE METHODE DER

Anneke de Jong, MSc

Um erkennbar zu machen, wie Wissen in der Praxis aussieht, wo Stärken oder auch Schwächen in der Patientenversorgung liegen, gilt Reflexion als eine Möglichkeit von Pflegekundigen, die Diskrepanz zwischen Praxis und Theorie abzubauen. Welche Bedeutung die ständige Reflexion der alltäglichen Aktivitäten und Erfahrungen pflegerischen Handelns hat, soll in dem folgenden Text vorgestellt werden.

Eine Pflegekundige geht ohne einen konkreten Grund in ein Mehrbett-Patientenzimmer. Sie schaut sich kurz im Zimmer um und geht schnell zu einer Patientin, die am Fenster liegt. Sie betätigt sofort die Notklingel, schließt den Bettvorhang, legt die Patientin in eine flache Position und mißt den Blutdruck. Währenddessen spricht sie beruhigend auf die Patientin ein und gibt ihr zu verstehen, daß sie ihre kritische Situation erkennt. Sie verspricht ihr sofortige Hilfe, redet weiterhin mit ihr, sagt, daß alles gut wird und daß sie es beide schaffen werden, aus dieser ernsten Situation herauszukommen. Auf die Unruhe der Mitpatientinnen reagiert sie ruhig, macht ihnen aber klar, daß es sich um einen Notfall handelt. Die Krankenschwester vermutet eine Magenblutung und bittet einen zu Hilfe kommenden Kollegen, sofort einen Arzt zu holen und alles für eine Infusion bereit zu stellen. Der eintreffende Arzt stellt eine massive Magenblutung fest und organisiert eine Notoperation.

Die Pflegekundige in diesem Beispiel verfügt über ein umfangreiches Wissen, das sie sich im Laufe der Jahre erworben hat. Sie reagiert fast automatisch, aber völlig kompetent auf eine unerwartete Situation. Obwohl sie keine Ärztin ist, stellt sie eine medizinische Diagnose, die das Eingreifen eines Arzt erforderlich macht. Sie versteht die Panik und die Bedeutung einer solchen stressreichen Situation für die Patientin und realisiert auch, daß die Mitpatientinnen verängstigt sind.

Jede Entscheidung der Pflegekundigen könnte man theoretisch mit existierendem medizinischem und psychologischem Wissen erklären. Das ist jedoch nicht der Fall, sie reflektiert während der Situation fast unbewußt über ihr bis dahin

erfahrenes Wissen, trifft eine Entscheidung und reagiert sofort. Und auch später begründet sie ihre Aktivitäten nicht mit theoretischen Aussagen, weil sie diese nicht so genau artikulieren kann. Darüberhinaus kann sie es nicht erklären, woran sie gemerkt habe, daß mit der Patientin etwas nicht in Ordnung gewesen sei, sie wußte es einfach.

In der Diskussion über die Diskrepanz zwischen Praxis und Theorie wird oft die Meinung vertreten, daß Pflegenden in der Praxis über ein unzureichendes Wissen verfügen. Und vielleicht kennen wir auch Beispiele aus unserem Berufsalltag, die diese Meinung belegen. Die Frage ist, ob man der Pflegekundigen in unserem Beispiel ebenso mangelhaftes Wissen unterstellen muß, da sie ihr

Handeln nicht richtig begründen kann.

Die meisten Pflegekundigen eignen sich ihr Wissen in der Grundausbildung an. Man lernt Basisprinzipien, Regeln und Standards, die man unter bestimmten Umständen anwenden soll. Dennoch sind sich die Pflegenden ziemlich einig, wenn sie behaupten, daß man das „echte“ Pflegen erst in der Praxis lernt. Das theoretische Wissen bietet Abstraktionen, Schemata, Modelle, aufgrund derer die wesentlichen Aspekte eines Themas verdeutlicht werden sollen. Aber dieses Wissen allein macht noch keinen Pflegekundigen aus. Das hat auch Benner in ihrer Studie von 1984 festgestellt (Benner 1994). Benner benennt 5 Stufen in der Entwicklung zum Experten, und die erste Stufe beginnt dann, wenn Pflegekundige an-

fangen, in der Praxis zu arbeiten. Hierzu gibt Schön ein Beispiel aus dem Straßenbau (1987): Theoretisch kann man lernen, in welcher Landschaft welche Art von Straßenbau die geeignete ist. Aber die Entscheidung, welche letztendlich ausgewählt wird, wird noch von anderen Faktoren beeinflusst, wie z.B. Kosten, Umweltschutz, politischen Interessen. Um eine Entscheidung zu treffen, benötigt man mehr, als nur theoretisches Wissen über die Bauweise von Straßen. Experte wird man nicht in der Schule, Experte wird man in der Praxis. Die Pflegekundige in unserem Beispiel zeigte Expertenwissen, auch wenn sie nicht alles, was sie getan hat, sofort begründen konnte.

Wissenschaftler wie Benner und Schön stellen fest, daß es meistens nicht um mangelndes Wissen geht, sondern um das 'Unvermögen', dieses Wissen in Worte zu fassen. Dieses Unvermögen kann viele Gründe haben. Die Umgebung kann sich negativ auf die Pflegekundige auswirken, so wird eine Begründung für eine Handlung nicht erfragt, die Stationsleitung hat oft kein Interesse, eine systematische Planung erfolgt nicht oder man hat oder nimmt sich dazu nicht die Zeit. Die Atmosphäre auf

PRAXIS-THEORIE-VERNETZUNG

der Station kann einen Austausch von Wissen verhindern. Zudem befürchten Pflegekündige oft, sich lächerlich zu machen. Das hängt mit der Persönlichkeit der Pflegekündigen zusammen und wie sie ausgebildet und sozialisiert wurden, ob sie anhand konkreter Erfahrungen ihr Wissen reflektieren und argumentieren können und wollen.

In der Diskussion bezüglich der Diskrepanz zwischen Praxis und Theorie wird unter anderem vorgeschlagen, die Pflegekündigen in irgend einer Form zur Reflexion anzuregen, damit deutlich wird, wie das Wissen in der Praxis aussieht, wo Stärken in der Patientenversorgung genutzt werden können, wo es aber ebenso Schwächen gibt. Durch die Reflexion des eigenen pflegerischen Handelns soll deutlich gemacht werden, in wie weit das schon existierende Wissen ausreicht oder ob man zusätzliche Anstöße braucht. Reflexion versetzt Pflegekündige in die Lage, das momentane Handeln zu begründen und nachvollziehbar zu machen. In diesem Prozeß könnte auch deutlich werden, wozu man (pflege)wissenschaftliches Wissen oder (pflege)wissenschaftliche Unterstützung braucht. Reflexion bildet somit ein wichtiges

Hilfsmittel für die Praxis-Theorie-Vernetzung.

Diese Reflexion findet in der Praxis schon auf unterschiedliche Weise statt. Erstens gibt es die Formen der Reflexion, die jeder für sich tun kann. Jeder ist imstande, Situationen in der Praxis zu reflektieren und zu analysieren, um damit neue Sichtweisen und neues Wissen zu entwickeln. Es gibt Pflegekündige, die darüber Tagebuch führen. Diese individuelle Reflexion findet meistens zu Hause statt, da man dort in Ruhe nachdenken kann. Daneben gibt es auch die Möglichkeit von begleiteter Einzel- oder Gruppen-Reflexion. Aus Großbritannien und Australien berichtet man über die Anwendung reflektiver Tagebücher als Teil der Grundausbildung (Lathlean & Vaughan 1994, Palmer et al. 1994). Auszubildende oder Studierende machen sich während ihres praktischen Einsatzes Notizen über bestimmte Situationen, die sie wahrgenommen oder erlebt haben, und zu denen sie Fragen haben. Diese Tagebuchnotizen werden meistens jede Woche mit dem Stationsbegleiter und der Lehrkraft der Schule diskutiert. Auch wenn die Gefahr der sozialen Erwünschtheit im Verhalten eine Rolle spielen kann (und

sicherlich auch eine Rolle spielt), sind die Erfahrungen mit dieser Art der individuellen und begleiteten Reflexion positiv. Auf Stationsebene kann man auch Formen der Gruppenreflexion finden, die unterschiedlich benannt werden: Supervision, Reflexion, methodische Praxisbegleitung. Benner (1994, 1996) betont, wie wichtig es ist, Erfahrungen untereinander auszutauschen, sie redet von „Narratives“, von Geschichten erzählen. Sie meint, daß dieses eine Methode ist, die an die Art und Weise des Lernens von Pflegekündigen anschließt, nämlich vom Beobachten der Tätigkeiten seiner Kollegen zu lernen. Erfahrungen teilen, ermöglicht Diskussionen und bildet einen entscheidenden Beitrag im gesamten Lernprozeß. Dabei geht es nicht um tiefenpsychologische Bewertungen, sondern man diskutiert die alltägliche Praxis der Pflege. Pflegeechniken können ebenso Thema sein, wie z. B. Reaktionen von Patienten oder Fragen, die den Organisationsablauf betreffen. Wichtig ist nur, daß man die Erfahrungen bezüglich der Fragestellung miteinander teilt.

Im angelsächsischen Bereich gibt es seit den achtziger Jahren Initiativen, die das Lernen mittels Reflexion in den Mittel-

punkt stellen, sog. Nursing Development Units. Das sind Stationen, die sich auf vorhandenes und auf neues Wissen konzentrieren. Die Zielsetzung hat zwei Aspekte (Strijbol 1996, Wright, 1994): Durch die ständige Reflexion der alltäglichen Aktivitäten und Erfahrungen

- ist das Personal immer auf dem aktuellsten Stand
- leistet das Personal eine hohe Qualität der Patientenversorgung.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist die positive Auswirkung auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter. Schließlich kann festgestellt werden, daß Reflexion, in welcher Form und wie auch immer benannt, ein wesentliches Hilfsmittel sein kann, um Praxis und Theorie enger miteinander zu verknüpfen. Es wäre daher wünschenswert, Strukturen in der Praxis zu kreieren und Bedingungen zu schaffen, die die Reflexion der alltäglichen Pflege ermöglichen. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, daß Reflexion zu einer Verbesserung der Pflegequalität, zu mehr Selbstbewußtsein bei den Pflegekündigen und zu großem Interesse an theoretischen Erkenntnissen führt.

HERMENEUTIK: EINE FORSCHUNGSMETHODE

Literatur:

- Benner, P. 1994 *Stufen zur Pflegekompetenz - from novice to expert* Verlag Hans Huber, Bern
- Benner, P.; Tanner, Chr. A.; Chesla, C.A. 1996 *Expertise in nursing practice - caring, clinical judgement and ethics* Springer Publishing Company, New York
- Lathlean, J.; Vaughan, B. 1994 *Unifying nursing practice and theory* Butterworth & Heinemann, Oxford
- Palmer, A.; Buyrns, S.; Bulman, Chr. 1994 *Reflective practice in nursing- the growth of the professional practitioner* Blackwell Science, Oxford
- Schön, D. 1987 *Educating the reflective practitioner* Jossey-Bass Inc., San Francisco
- Srijbol, N. 1996 in: T. V.d. Pasch *Autonom verplegen binnen de NDU - ziekenhuis en hogeschool werken samen aan kwaliteit* Tijdschrift voor Ziekenverpleging 107 (18), 524-527
- Wright, S. 1994 *Nursing Development Units in: Lathlean, J.; Vaughan, B. 1994 Unifying nursing practice and theory, s. 164-179, Butterworth & Heinemann, Oxford*

Dr. Andrea Zielke-Nadkarni

Der vorliegende Beitrag möchte die Bedeutung der Hermeneutik als Forschungsmethode für Erkenntnisprozesse pflegewissenschaftlicher Forschung aufzeigen. Dabei wird insbesondere die erkenntnistheoretische Leistung des zentralen Begriffs des „Verstehens“ erörtert, der für die Interaktionsbeziehung zwischen Pflegekraft und Patient fundamental ist.

Einleitung

„Eine wissenschaftliche Methode entsteht, indem Denkformen und allgemeine Denkleistungen durch den Zweck der in der Lösung einer bestimmten wissenschaftlichen Aufgabe gelegen ist, zu einem zusammengesetzten Ganzen verbunden werden.“ (Wilhelm Dilthey)

Das Wort „Methode“ stammt von dem griechischen „*méthodos*“ ab, was soviel wie „Weg, etwas zu erreichen“ bedeutet¹. Eine Methode ist also ein Verfahren, ein Weg, um ein anvisiertes Ziel zu erreichen. For-

schungsmethoden sind Verfahren, die die Pflege als Wissenschaft anwendet, um zu neuen Erkenntnissen zu gelangen. Der Begriff „*Forschungsmethoden*“ ist dabei von den praktischen Methoden der Pflege zu unterscheiden. Forschung ist generell definierbar als planvolle, wissenschaftlich fundierte, zielgerichtete, systematische Aktivität. Innerhalb der Forschung lassen sich zum einen naturwissenschaftliche Verfahren von geisteswissenschaftlichen unterscheiden² und zum anderen Grundlagenforschung und angewandte Forschung. Während die Grundlagenforschung

die Erkenntnisgrundlagen und Theorien einer Disziplin umfaßt, beschäftigt sich die angewandte Forschung mit Fragen der Praxis.

Die Pflegewissenschaft muß ebenso wie alle anderen Wissenschaften Methoden entwickeln bzw. von anderen Disziplinen adaptieren, die ihren Forschungsgegenständen angemessen sind. Die Wissenschaftstheorie bildet den übergeordneten Zusammenhang, vor dem das Selbstverständnis einer Wissenschaft begründet und die damit verbundene Methodenlehre (Methodologie) bestimmt wird. Jede Beschäftigung mit Methoden der Pflegewissenschaft bedingt somit auch die Frage nach ihrem Selbstverständnis. Da die Pflege eine „personenbezogene“ Dienstleistung ist, muß die Methodenreflexion ihrer Wissenschaft vor dem Hintergrund des Welt- und Menschenbildes

1) dtv-Brockhaus-Lexikon, Bd. 12, Wiesbaden 1984, S. 75.
2) Dilthey (1833-1911) gilt als Begründer der Wissenschaften vom „Geistigen“, die er der Natur-Wissenschaft gegenüberstellte. Als Sammelbegriff werden unter „Geisteswissenschaften“ Disziplinen verstanden, die sich in einem bestimmten Sinn mit dem Menschen befassen; daher werden sie auch im angloamerikanischen Sprachraum als „humanities“ (dt.: Humanwissenschaften) bezeichnet. Der Begriff „Geisteswissenschaft“ als solcher ist in seinem Wissenschaftscharakter durchaus umstritten, jedoch durchweg in Gebrauch.

FÜR DIE PFLEGEWISSENSCHAFT

erfolgen, das das Wissenschaftsverständnis von PflegewissenschaftlerInnen und damit ihre Methodenwahl begründet. Jede Methode ist somit immer vom jeweiligen wissenschaftstheoretischen Standpunkt abhängig. Für die Pflegewissenschaft hat dies in der jüngsten Vergangenheit die Auseinandersetzung mit dem biomedizinischen Modell und die Entwicklung einer humanistisch-ganzheitlichen Pflegephilosophie bedeutet.

Abb. 1 (siehe S.14) veranschaulicht die wechselseitige Abhängigkeit von Pflegephilosophie, Wissenschaftstheorie, Pflegewissenschaft und ihren Methoden. Unter „Pflegephilosophie“ wird hier das Streben nach der Erkenntnis des Wesens, der Prinzipien und ethischen Zusammenhänge von Pflege verstanden sowie die Werthaltungen, die sich in kulturell geformten Sinnstrukturen ausdrücken, und auch die Einsichten in die Möglichkeiten und Grenzen von Veränderungen umfassen.

Forschungsmethoden unterscheiden sich sowohl formal als auch inhaltlich. Abhängig vom Untersuchungsgegenstand, der die jeweilige Metho-

de bestimmen muß, erbringt die Verwendung nur einer Methode u.U. auch nur einseitige oder nur bedingt gültige Ergebnisse. Daher bietet sich häufig eine Methodenkombination (auch *Methodentriangulation* genannt) an. Generell differenziert man zwischen geisteswissenschaftlichen und empirischen Methoden. Zu den geisteswissenschaftlichen Methoden zählen die Hermeneutik (als verstehende und historische Methode), die Phänomenologie und die Dialektik. Zu den am häufigsten genannten empirischen Methoden gehören die Befragung, die (teilnehmende) Beobachtung, das Experiment, der Test und die Statistik. Während geisteswissenschaftliche Methoden sich ihrem Gegenstand verstehend nähern, zeichnen sich empirische Methoden durch eine eher technische Art des Zugriffs aus. Hier zeigt sich, daß die Ent-

scheidung für bestimmte Forschungsmethoden immer auch etwas über das Wissenschaftsbewußtsein der ForscherInnen aussagt.

Während empirische Methoden die subjektiven Anteile der ForscherInnen am Forschungsprozeß auszuschalten bemüht sind, gehen die geisteswissenschaftlichen Methoden im Gegenteil davon aus, daß Vorerfahrungen, Vorwissen und Grundüberzeugungen der ForscherInnen immer und notwendig Bestandteil des Forschungsprozesses sind. In diesem Zusammenhang konstatiert Bollnow (1949:71): “(...) daß es auf keine Weise gelingen kann, einen archimedischen Punkt außerhalb dieser Lebenserscheinungen zu finden, von dem her man die Erkenntnis als ein in sich selbst begründetes und von

allem vortheoretischen Lebensverhalten unabhängiges Gebäude errichten könnte.”

Um jedoch subjektiver Willkür vorzubeugen, sind ForscherInnen gehalten, diese Voraussetzungen zu nennen. Den Einschluß der subjektiven Voraussetzungen und Bedingungen der Erkenntnis seitens der Geisteswissenschaften haben analytisch-positivistisch orientierte Wissenschaften mit dem Vorwurf der Unwissenschaftlichkeit quittiert.³ Aus der Perspektive der Geisteswissenschaften sind folgende Gesichtspunkte, die durch Schauen, Beschreiben und Deuten erfaßt werden, von zentraler Bedeutung:

- die Geschichtlichkeit des Menschen, dem Vergangenes als Teil seines Menschseins eignet und der Geschichte hervorbringt, da ihm grund-

3) Vgl. zu dieser Diskussion Diemer (1975). Unter *Positivismus* wird ein wissenschaftlicher Ansatz verstanden, der sich ausschließlich auf durch Erfahrung beweisbare Tatsachen beschränkt, der das “positiv” Gegebene als Grundlage der Erkenntnis betrachtet. Er beruht auf dem Prinzip der Falsifikation durch Beobachtung und Experiment und wird vor allem von den naturwissenschaftlich-empirischen Wissenschaften vertreten. Dieses Wissenschaftsverständnis löste in den 60er Jahren bei den Vertretern der neomarxistischen Frankfurter Schule (Adorno, Habermas) Kritik aus, da es einen eingeschränkten Erkenntnisbegriff vertritt, der die Verknüpfung von Wissenschaft und gesellschaftlichen Interessen ignoriert und Wissenschaft auf empirisch überprüfbare Wahrheit reduziert. Die Kritiker der Frankfurter Schule forderten demgegenüber eine synthetische, historisch-dialektische Methode, die Gesellschaft theoretisch reflektiert und die gesellschaftliche Bedingtheit der Wissenschaften mitbedenkt. (Vgl. hierzu Adorno 1974)

sätzlich die Freiheit zum Handeln gegeben ist

- das Individuelle, Einmalige, das in jeder (Pfleger-) Situation in Erscheinung tritt
- die Ganzheit und Strukturiertheit des individuellen wie des historisch-kulturell-gesellschaftlichen Lebenszusammenhangs
- Normen und Wertvorstellungen sowie Sinnfragen im Hinblick auf Ziele und Aspirationen (der Pflege) in Praxis und Wissenschaft.⁴

Nicht Kausalzusammenhänge, sondern Sinnzusammenhänge sind hier Ziel des erkenntnisleitenden Interesses. Pflegewissenschaft legt aus dieser Perspektive ihren Schwerpunkt auf die Pflegewirklichkeit und deshalb auch auf das Theorie-Praxis-Verhältnis und verfolgt das Ziel, die Autonomie der Pflege als Wissenschaft zu begründen.

Wissenschaftsgeschichtlich ist die Pflegewissenschaft sowohl den Sozial- bzw. Gesellschaftswissenschaften als auch den Naturwissenschaften zuzuordnen und damit ein Bereich, in dem naturwissenschaftlich-empirische Methoden und geisteswissenschaftliche Methoden zusammenfließen. Hier ist die klassische Tren-

nung von Realien (wirkliche Dinge, Tatsachen) und Humaniora (Menschenkunde auf der Basis der griechisch-römischen Antike) aufgelöst. In der Debatte um den Stellenwert qualitativer Forschung gegenüber quantitativer, der die

deutschen Fachwelt bestimmt hat, setzt sich dieser Methodenstreit jedoch bis in die jüngste Zeit hinein fort.⁵

In diesem Beitrag soll es um eine der geisteswissenschaftlichen

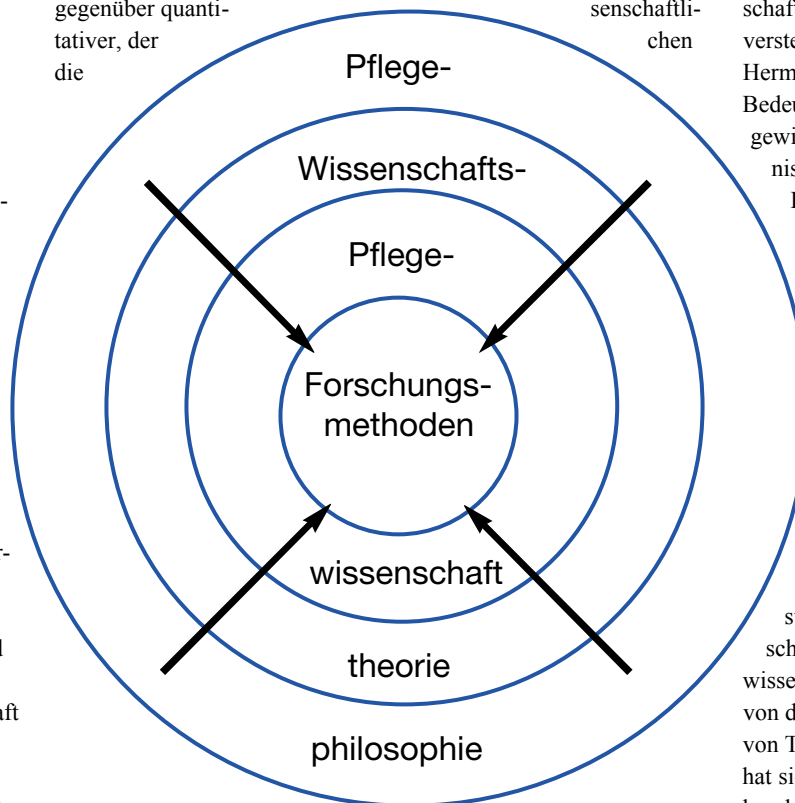


Abb. 1 Die wechselseitige Abhängigkeit von Pflegephilosophie, Wissenschaftstheorie, Pflegewissenschaft und ihren Methoden.

aktuelle Diskussion in der angloamerikanischen Pflegeforschung der letzten Jahre wie auch den Diskurs der bundes-

Methoden gehen, die eine bedeutsame Grundlage für die Pflegewissenschaft darstellt: die Hermeneutik.

Zur Methode der Hermeneutik

Nicht zuletzt im Lichte der Bemühungen der letzten Jahre um eine Wesensbestimmung der Pflege und ihrer Wissenschaft kommt der historisch-verstehenden Methode der Hermeneutik weitreichende Bedeutung als Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisprozesse im tertiären Bildungssektor zu.

Hermeneutik „ist eine theoretische (philosophische) Disziplin, die das Phänomen ‘Verstehen’, seine Elemente, Strukturen, Typen usw. sowie auch seine Voraussetzungen untersucht“ (Diemer 1977:15). Der Begriff „Hermeneutik“ stammt aus dem Griechischen und ist zunächst das wissenschaftliche Verfahren von der Erklärung und Deutung von Texten.⁶ Die Hermeneutik hat sich im Laufe des 19. Jahrhunderts mit der Entstehung eines historischen Bewußtseins zu einer Methode des Umgangs mit historisch-gesellschaftlichen Gegenständen entwickelt. Sie basiert auf der Überzeugung, daß Geschichte sich in subjektiv vermitteltem Sinn konstituiert, weshalb eine eigene Methode des Verstehens für die Geistes- und Sozialwissenschaften erforderlich ist.⁷

Der Begriff des „Verstehens“, ein Kernbegriff der Hermeneutik, zielt auf die *Be-Deutung* von (zwischenmensch-

4) Siehe hierzu die Ausführungen von Ruth Schröck, 1996

5) Allerdings mehren sich die Stimmen, die Gleichberechtigung und einen Methodenpluralismus fordern.

6) Der Textbegriff hat seit den 60er Jahren dieses Jahrhunderts durch die Linguisten eine große Erweiterung erfahren, wodurch z.B. Kunstwerke oder Musikstücke, ja sogar die Welt als solche ebenfalls als Texte gelten. (Vgl. Ballstaedt 1981)

lichen) Vorgängen. So ist im Verhältnis zwischen Pflegekraft und Patient nicht die Lautstärke oder die meßbare räumliche Entfernung zwischen beiden von Belang, sondern die Frage, um welche Art von Beziehung (funktionsbezogen oder persönlich) es sich handelt und ob diese für den Patienten förderlich oder schädlich ist. Meßbare Daten allein bringen hier noch keinen Aufschluß, pflegewissenschaftlich (aber auch pflegepädagogisch) interessant ist dagegen, was sie *bedeuten*. Demgegenüber bedeutet das *Erklären* aus hermeneutischer Sicht das Ableiten von Sachverhalten aus Ursachen, bzw. von Gegebenheiten aus Prinzipien. So wird die Desorientiertheit eines Patienten z.B. mit seiner Erkrankung an Morbus Alzheimer erklärt. Erklärungen im Sinne von Begründungen haben auch immer etwas mit Verstehen zu tun, weshalb beide Begriffe in einem instrumentellen Sinn zusammenhängen: beim Verstehen geht es, um im letzten Beispiel zu bleiben, darum, was ein dementer Patient tut oder als was ihm seine Umgebung erscheint, während das *Warum* durch eine Erklärung beantwortet wird. Dilthey (1966b:234 ff) verwendet hier mit den Begriff des Zeichens: Zeichen werden sinnlich wahrgenommen (der demente Patient verläßt im Schlafanzug die Klinik), haben also einen äußeren Aspekt, ihre Bedeutung dagegen (der Wunsch des Patienten, nach Hause zu gehen, einerseits und seine Unfähigkeit zur alltäglichen

Lebensbewältigung andererseits) bildet den inneren Aspekt des Zeichens. Verstehen entfaltet sich hier im Erkennen der inneren Zusammenhänge an den äußeren, sinnlich erfahrbaren Aspekten des Zeichens. Hermeneutisches Verstehen ist somit eine Interpretationsleistung, die auf Sinnfindung (Ergründen des Bedeutungszusammenhangs, in dem ein Zeichen/ein Vorgang steht) abzielt. Der aktuelle Sinn eines Zeichens/Vorgangs steht immer in einem Verweisungszusammenhang, der das „Ganze“ bildet, vor dessen Horizont das Zeichen/der Vorgang verstehbar wird. Dilthey (1966b:207-213) unterscheidet zwischen einem *elementaren Verstehen*, das im unmittelbaren, alltäglichen zwischenmenschlichen Umgang vorliegt, und einem *höheren Verstehen*, das nur durch das Begreifen des gesamten Sinnhorizonts eines Zeichens/Vorgangs möglich wird. Zur Erläuterung des Unterschieds zwischen beiden ist wieder unser Beispiel geeignet: auf den ersten Blick ist nicht erkennbar, warum dieser Patient die Klinik im Schlafanzug verläßt, sondern nur, daß er es tut. Dieses Kleidungsstück ist konventionellerweise nicht für außerhäusliche Aufenthalte gedacht, obwohl es dafür (abhängig vom Wetter) prinzipiell durchaus geeignet wäre.

Der elementare Verstehensvorgang besteht also in der Erkenntnis, daß irgendetwas mit diesem Menschen nicht in Ordnung ist, da er in diesem „Aufzug“ auf die Straße läuft. Das höhere Verstehen dagegen bedarf einer Kenntnis des Gesamtzusammenhangs des Morbus Alzheimer und seiner Folgen vor dem Hintergrund der persönlichen Lebenssituation des Patienten.

Für die Pflege ist das elementare Verstehen in der Praxis grundlegend, ebenso wie das empathische, sich einfühlende Verstehen, das einen Teilbereich des Verstehens darstellt. Das elementare Verstehen ist die Voraussetzung für höheres Verstehen, beide sind jedoch nicht eindeutig gegeneinander abgrenzbar und überschneiden sich im Alltags- und Wissenschaftsbereich (z.B. beim Verstehen sprachlicher Äußerungen). Die entscheidende Voraussetzung für Verstehen ist eine gemeinsame Erfahrungs- und Wissensbasis, die zum einen historisch und zum anderen kulturell bedingt ist: die Pflegekraft, die den davoneilenden Patienten ohne Anwendung von Gewalt zurückhalten möchte, wird sich daher in den Verstehenshorizont des Erkrankten begeben müssen. Seine Sinnwelt ist das Produkt seiner

Geschichte, die mit der Sozialgeschichte seines Umfelds verwoben ist. Seine vergangene und gegenwärtige Lebenswelt ist jedoch nicht identisch mit der der Pflegekraft, aber es gibt gemeinsame Bereiche. Diese Schnittmenge bildet die Verstehensgrundlage beider. Damit wird ein Dilemma der Hermeneutik angesprochen: es gibt kein allgemeingültiges Verstehen: Individuen eignen höchst unterschiedliche Erfahrungs- und Wissensbestände und über Menschen lassen sich letztlich keine allgemeingültigen Aussagen treffen.⁸ Somit ist das hermeneutische Verstehen ein Mittel, Menschen gerecht zu werden. Gerade die Pflege geht mit konkreten Menschen um, und auch die Pflegewissenschaft reflektiert häufig konkrete Pflegesituationen und bezieht sich letztlich auf diese. Allgemeingültigkeit ist ein (natur-) wissenschaftliches Ideal, dem sich aber der einzelne Mensch entzieht, da der individuelle menschliche Erfahrungshintergrund in das Verstehen mit eingeht. Verbindlichkeit im hermeneutischen Sinne kann daher nur über die *Angemessenheit der Erkenntnis in bezug auf ihren Gegenstand* bestehen. Oder wie Bollnow es ausdrückt: „Die Wahrheit erwächst erst im Umgang mit den Dingen selbst“ (1949:82). Angemessenheit

7) Die Hermeneutik ist keine einheitliche Theorie, sondern durch eine Vielzahl historischer und zeitgenössischer Ansätze gekennzeichnet. Wichtige Vertreter sind Schleiermacher, Dilthey und Gadamer. Vgl. die systematische, kritische Darstellung der Entwicklungsgeschichte der Hermeneutik bei Gadamer, 1965.

8) Dies gilt mit Ausnahme universaler anthropologischer Grunderfahrungen wie geboren und erwachsen werden, Krankheit erleben und sterben.

erweist sich folglich am Forschungsobjekt. Dies geschieht, indem der „Widerstand“, den der Forschungsgegenstand unserem Erkenntniswillen entgegensetzt, ein Widerstand, der sich einer glatten Erschließbarkeit verweigert, den Ansatzpunkt für eine „weiterdringende Deutung“ schafft (Bollnow 1949:84).

„Die Objektivität der Erkenntnis (...) bewährt sich (...) daran, daß sie auf den Widerstand der Sache selbst stößt, dem sie standhält und der umgekehrt ihr Halt gibt“ (Bollnow 1949:63).

Verstehen und Erkennen sind jedoch kultur- und zeitabhängig. Bezogen auf unser Beispiel läßt sich dies so verdeutlichen: die Bekleidung des dementen Patienten ist kulturell außerhalb der Klinik nicht akzeptabel. Sie bildet damit ein Signal, daß das kulturelle Muster „Straßenkleidung“ hier durchbrochen wurde. Daß es sich dabei z.B. nicht um eine gesundheitspolitische Demonstration eines politisch aktiven Patienten handelt, wird an seinem Verhalten deutlich. Eine Pflegekraft, die den Patienten auf ihrer Station betreut, wird seine Handlungsweise dahingehend interpretieren, daß er aufgrund seiner Erkrankung nicht in der Lage ist, sich seinen Wunsch, nach Hause zu gehen, auf eine erwachsenengerechte Weise zu erfüllen. Verstehen beruht also auf einer historisch und kulturell begründeten gemeinsamen Sinnenebene, die sich hier dadurch ausdrückt, daß das Anliegen des Patienten der

Pflegekraft vertraut und verständlich ist.

Damit aber in dieser Situation eine Gemeinsamkeit der Sinnenebene (Wunsch des Patienten, nach Hause zu gehen) wirksam werden kann, bedarf die Pflegekraft eines Vorwissens im Hinblick auf die Erkrankung des Patienten. Dieses Vorwissen aktiviert sie in der beschriebenen Situation. Durch die Situation gewinnt sie sie zu ihrem *Vorwissen Vorerfahrung* hinzu, wodurch sich wiederum ihr Verständnis für den Patienten vertieft. Vielleicht bleibt dies nicht der einzige Versuch des Patienten, das Krankenhaus zu verlassen, so daß sich die Erfahrung der Schwester erweitert. Mit dieser exemplarischen Beschreibung (hier: eines spezifischen) Vorwissens als notwendiger Voraussetzung von Verstehen, seiner Auswirkung auf die Situation, die Vertiefung dieses Verstehens durch die Situation selbst sowie die Rückwirkung des erweiterten Verstehens auf künftige Situationen und Informationen ist gekennzeichnet, was unter „hermeneutischem Zirkel“ verstanden wird. Der Begriff faßt eigentlich eine allgemeine Erfahrung, und das bekannte pädagogische Prinzip der Lehrstoffvermittlung „vom Bekannten zum Unbekannten“ fußt eben darauf. Dabei handelt es sich hier weniger um einen Zirkel (im Sinne einer Rückkehr zum Ausgangspunkt), sondern eher um eine spiralförmige Bewegung der Wissensvermehrung oder des vertieften Verstehens. In Erweiterung des

o.g. pädagogischen Prinzips ist die Bewegung des hermeneutischen Zirkels darüber hinaus eine zwischen einem Teil und einem Ganzen, bzw. einem Allgemeinen und einem Besonderen, wobei der Teil aus dem Ganzen heraus verstanden wird und sich umgekehrt das Ganze vom Teil her bestimmt. Ein hübsches Beispiel für einen hermeneutischen Zirkel ist das Verhältnis von Theorie und Praxis: pflegerische Reflexion, die von der Pflegepraxis ausgeht, bemüht sich, diese zu verstehen. Die hieraus resultierenden allgemeinen Einsichten und Erkenntnisse können das Selbstverständnis der Praxisformen. Diese veränderte Praxis wiederum kann nun ihrerseits Gegenstand einer Theorie werden etc.

Dennoch bleibt im allgemeinen das Verstehen in irgendeiner Weise unvollkommen wie wir es ja auch bzgl. des o.g. Beispiels vom Verhältnis Theorie-Praxis kennen. Dieser Sachverhalt wird als „hermeneutische Differenz“ bezeichnet, deren Aufhebung angestrebt, aber selten erreicht wird. Sie entsteht durch den Aspekt der Subjektivität und das Phänomen der Geschichtsgebundenheit.

Zur Bedeutung der Hermeneutik für die Pflegewissenschaft und -praxis

Die Bedeutung der Hermeneutik für die Pflegewissenschaft und -praxis (nach Gadamer der Aspekt der „Applikation“) liegt im Begriff des Verstehens und

in der geschichtlichen Dimension des zu Verstehenden, die die Hermeneutik einfordert. Pflege als komplexes Geschehen muß in einen historischen- wie auch soziokulturellen- Zusammenhang gestellt und aus diesem heraus verstanden und untersucht werden. Ein veränderter Blickwinkel, der neue Inhalte fokussiert und damit die Dimension des „Verstehens“ in den pflegewissenschaftlichen Horizont integrierte, war z.B. der transkulturelle Ansatz von Madelaine Leininger (1977, 1991), die einen kulturellen Referenzrahmen von „care“ für Patienten anderer Ausgangskulturen als die der Pflegekräfte für unabdingbar hielt. Dieser neue Blickwinkel wurde im Zuge der Akademisierung von Pflege in der Bundesrepublik aufgegriffen und aus verschiedenen Perspektiven bearbeitet (z.B. Gätschenberger (1993), Schnepf (1995), Habermann (1997), Zielke-Nakarni, Doll (1997), Zielke-Nadkarni (1997)). Ein weiteres Beispiel wäre das Paradigma der Patientenorientierung, das ebenfalls ein Verstehen des Patienten in seiner historisch gewordenen soziokulturellen Gebundenheit beinhaltet und im Rückgriff auf die pädagogische Hermeneutik entwickelt wurde.

In der angloamerikanischen Forschungstradition wird der Gewinn durch die hermeneutische Methode für die Pflege begründet

- mit ihrem Verständnis, daß Erfahrung in der Lebenswelt dem Verstehen vorangeht,

- mit der Vielfalt der Bedeutungsebenen in der Pflegepraxis,
- mit der umfassenden Berücksichtigung verschiedener Perspektiven (Geschichte, Tradition, ursprüngliche Intention etc.) und
- mit dem Bewußtsein, daß die Gegenwart erst in Bezug zu Vergangenheit und Zukunft verstehbar wird (Reeder 1985).

In der erkenntnistheoretischen Diskussion wie in der Forschungspraxis werden verschiedene Ansätze proklamiert: So sehen Wilson & Hutchinson (1991) Vorteile in einer Methodentriangulation von Heideggers hermeneutischer Phänomenologie mit der gegenstandsbezogenen Theorie (Glaser, Strauss 1967). Eine andere methodische Kopplung wird von Koch (1996) vorgenommen, die Gadammers Ansatz mit dem Bezugsrahmen von Guba & Lincolns Evaluationskonzept der 4. Generation (1989) verbindet, um die Erfahrung älterer Patienten bei Einweisung in ein Krankenhaus zu untersuchen. Draper (1991) zieht die Gadamer'sche Hermeneutik als Ansatz zur Entwicklung einer pragmatischen Wissensbasis der Pflege vor. Dieckmann (1992, 1993) publiziert nach Heideggers Ansatz zu Lehr-/Lernerfahrungen von LehrerInnen für Pflegeberufe und ihren SchülerInnen zwei Studien, deren Forschungsgegenstand die interpretierten konstitutiven

Muster in Lehr-/Lernsituationen sind.

Die zweite, bereits angedeutete Ebene der Hermeneutik ist die der Interpretation. Sie bezieht sich in erster Linie auf die Textinterpretation, das Verstehen von Geschichtlichem sowie die Hypothesenbildung.⁹ Für die Pflege(wissenschaft) spielt jedoch das Alltags-Verstehen eine besondere Rolle, da es in der Pflegepraxis im Bereich des elementaren Verstehens (s.o.) von permanenter Bedeutung ist. Durch den Akt der Reflexion in einer Pflegesituation, wodurch diese in einen größeren Zusammenhang eingebettet wird (etwa bei der Anwendung des Pflegeprozesses oder eines Pflegemodells bezogen auf die spezifische Situation des jeweiligen Patienten), wird dann das elementare Verstehen auf die Ebene höheren Verstehens gehoben.

Alle beruflich mit Pflege Befassten bringen bereits ein konzeptuelles und erfahrungsbezogenes Vorverständnis von Pflege mit. Als PflegewissenschaftlerInnen müssen wir dieses Vorverständnis in den Horizont bewußter Auseinandersetzung heben und das Ergebnis differenziert begrün-

den. In diesem Prozeß leitet uns unsere spezifische Verantwortung für das Wohlbefinden unserer Patienten.

Entsprechend ist pflegewissenschaftliches Verstehen auf die Verantwortung professionell Pflegenden auf die ihnen Anvertrauten gerichtet. Der hermeneutische Ansatz geht davon aus, daß ein Wissenschaftler sein Vorverständnis nicht ausklammern kann, sondern daß dieses die *conditio sine qua non* für alles Verstehen bildet.

Der Verstehende bringt jedoch nicht nur ein Vorverständnis mit, sondern er hat zugleich Distanz zur Situation seines Gegenüber. Es ist jedoch gerade diese Distanz, die es einer Pflegekraft möglich macht, wie dies auch notwendig ist, die Bedingungen, unter denen sich die Erkrankung vollzieht, zu bestimmen, zu reflektieren und damit den spezifischen Zusammenhang zu eruieren, der dieses Kranksein ausmacht.

Zu Anfang dieses Beitrags wurde gesagt, daß jeder von uns eine subjektive Perspektive von Welt hat, die Einfluß auf unsere Wahrnehmung nimmt und daß wir selbst in soziokultureller und historischer Gebundenheit leben. Wie also können wir unter diesen Bedin-

gungen den Ansprüchen des Verstehens eines Patienten gerecht werden? Gadamer (1965:280) schreibt dazu: „Es genügt zu sagen, daß man *anders* versteht...“¹⁰ Dieses „andere Verstehen“ der Pflegekraft ist auch von ihrer professionellen Sichtweise geprägt.

Gadamer spricht von der „hermeneutischen Situation“ und meint damit, die Situation, in der sich der Interpret (hier: die Pflegekraft) befindet, und aus der heraus er (sie) versteht. Diese Situation ist durch zweierlei gekennzeichnet:

1. das „wirkungsgeschichtliche Bewußtsein“, mit dem die Wirkung geschichtlicher Fakten in die Gegenwart hinein und das Bewußtsein hiervon gemeint ist (Gadamer, 1965:285 ff.).¹¹ So betrachten wir die Situation der Pflege im Mittelalter mit den Augen des 20. Jahrhunderts. Unsere Interpretation ist damit nicht beliebig, sondern eine historisch bedingte Auslegungsperspektive, die auch ein „Vor-Urteil“ darstellt.
2. das Strukturmoment der „Anwendung“ (Applikation, Gadamer 1965:290 ff.), das neben der „Auslegung“

9) Hypothesenbildung ist aus hermeneutischer Sicht ein Teilbereich der Pflege als Wissenschaft und insbesondere für die empirisch arbeitende Pflegewissenschaft von Belang, weil Hypothesen sprachlich formuliert werden, also Sinndeutungen und erkenntnisleitendes Interesse darlegen. Auf diesen Zusammenhang wird jedoch hier nicht näher eingegangen.

10) Ähnliche Vorstellungen finden sich bei W. Flitner 1974, 19.

11) Gadamer (1965) grenzt sich mit seiner Hermeneutik von der historizistischen Auffassung Schleiermachers und - in dessen Nachfolge - Diltheys ab, nach der Verstehen nur gelingen kann, wenn der Verstehenden die ursprüngliche Situation wiederherstellt.

unabdingbar zum Verstehen gehört.

Mit „Anwendung“ meint Gadamer die Überbrückung des (historischen) Abstands, der den Interpreten (hier: die Pflegekraft) vom Text (hier: dem Patienten (einer anderen Lebensaltersstufe oder Kultur)) trennt und die Überwindung der Sinnentfremdung. Letzteres heißt in unserem Zusammenhang, daß die Bedeutung/der Sinn der verschiedenen Faktoren erkannt wird, die in der Pflegesituation eines bestimmten Patienten zusammenfließen. Entscheidend bei der Anwendung durch die PflegeexpertInnen ist, daß sie im Hinblick auf das, was im konkreten Fall gute Pflege ausmacht, verstehen, und daß sie diese nur leisten können, indem sie verstehen und deuten.

Die zentrale Funktion der Hermeneutik für die Pflegewissenschaft wird deutlich, wenn man das – immer wieder diskutierte – Verhältnis von Theorie und Praxis betrachtet. Denn pflegewissenschaftliche Theorie ist wesentlich, wenn auch nicht ausschließlich, auf Praxis bezogen; diese besteht jedoch nicht absolut, sondern ist historisch vorgefunden.¹² Somit ist auch Pflegepraxis nur in ihrer historischen Dimension deutbar und verstehbar. Ein Blick auf die Geschichte der Pflege zeigt die Abhängigkeit von Pflegeverständnis, -zielen,

-praktiken sowie pflegerischen Institutionen von den jeweiligen historisch-gesellschaftlichen Zusammenhängen und dem ihnen zugrundeliegenden Weltverständnis.

In der Pflegewirklichkeit wird in der Begegnung zwischen Pflegekraft und Patient zunächst immer „elementares Verstehen“ von Sprache, Gesten, Handlungen benötigt.

Um diese tagtäglichen Erfahrungen für zukünftige Begegnungen nutzbar machen zu können, ist ihre Reflexion und Überführung in „höheres Verstehen“, nämlich das Durchdenken der Pflegevorgänge und ihrer Bedingungen selbst, erforderlich.

Dazu gehört zum einen das Verständnis der persönlichen Eigenheit jedes Patienten sowie seiner Lebenswelt, soweit diese für das Krankheits-/Gesundheits-Verständnis dieser Person von Bedeutung ist, wenn die Forderung nach „Patientenorientierung“, die durchgängig die Fachliteratur der letzten Jahre durchzieht, Sinn machen soll.

Eine Voraussetzung für Verstehen ist in diesem Zusammenhang der Wunsch zu danach, der sich in Zugewandtheit, Offenheit, Ambiguitätstoleranz und ähnlichen Schlüsselqualifikationen Pflegenden ihren Patienten gegenüber äußert. Obwohl weitestgehend Verstehen anzustreben ist, ist Mißverstehen durchaus wahrscheinlich, weshalb dies

immer a priori als Möglichkeit mitzubedenken und mit Offenheit zu handhaben ist.

Zum zweiten sind auch von seiten des Patienten Verstehensakte zu leisten: Sie betreffen den biomedizinischen und sozialen Ursachenzusammenhang seiner Erkrankung, therapeutischer Entscheidungen und evtl. gesundheitsfördernder Maßnahmen für die Zukunft, die eine Umstellung der individuellen Lebensweise verlangen können.

Auch für die gesellschaftlichen Institutionen der Pflege ist Verstehen erforderlich, weil in sie Pflegevorstellungen, -ziele, -normen sowie historische Entwicklungen eingegangen sind. (vgl. Goffman, 1973).

Pflege führt aber keine Inselexistenz, sondern wird innerhalb eines sozialen, politischen, kulturellen und ökonomischen Kontextes ausgeübt. Dieser Kontext wiederum wirkt sich funktional wie auch mit den Sinn- und Deutungsstrukturen seiner verschiedenen Teilbereiche auf Pflege und ihr Selbstverständnis aus, weshalb er Teil des Verstehensprozesses sein muß.

Hermeneutik hat - zusammenfassend - im wesentlichen drei Funktionen im Rahmen der Pflegewissenschaft und -praxis:

- In der Pflegepraxis findet eine Vielzahl von Verstehensakten statt, die die Pflegenden wie auch die Pflege-

wissenschaftler als solche erkennen müssen.

- Dabei sind „elementare“ Verstehensakte in solche „höheren Verstehens“ zu überführen, indem der größere Sinnzusammenhang, in dem sie jeweils stehen, reflektiert wird.

- Pflegepraxis ist Handeln in einer Interaktionssituation zwischen Patient und Pflegekraft; beide stehen in sinnhaften soziohistorisch begründeten Bedeutungszusammenhängen, die aus einer theoretischen Perspektive vor ihrem Sinnhorizont verstanden werden müssen.

Damit wird das Spezifische der Hermeneutik für die Pflegewissenschaft erhellt, nämlich die Sinnvorstellungen, auf die hin verstanden wird. Hier sei noch einmal auf die Bedeutung der Geschichte der Pflege hingewiesen: Eine hermeneutische Betrachtungsweise ermöglicht der Pflege Selbst- und Sinnbestimmung. Denn die Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft enthält eine bestimmte menschliche Qualität, die nur über das Verstehen in der Lebenswirklichkeit hergestellt und in der Theorie erschlossen werden kann.

Eine wissenschaftstheoretische Begründung der Hermeneutik als Forschungsmethode für die Pflegewissenschaft darf jedoch auch kritische Aspekte und die Grenzen der Methode nicht unterschlagen. Hermeneutik kann selbst keine neue Erkenntnis hervorbringen, sie

¹²⁾ Wobei das Verstehen auch hier begrenzt ist, da wir selbst dem Porzeß der Geschichtlichkeit und damit einer historisch bedingten Sdichtweise unterliegen (Gadamer, 1965, S. 285 ff.).

ist auf Vorhandenes angewiesen; sie kann jedoch den Zugriff auf Gegebenes ermöglichen, das sich empirischen Methoden verschließt. Hermeneutik hat keine normative Qualität, wenngleich Werte und Normen, die z.B. Pflegeleitbildern zugrunde liegen, nur verstehend zugänglich sind. Hermeneutik hat folglich keine Legitimationskraft und kann auch Sinn- und Deutungsstrukturen nicht festlegen, sondern hat ihre Funktion im Begreiflichmachen derselben. Letzteres kann auf der zwischenmenschlichen Ebene immer nur unvollkommen geschehen, da die Individualität eines anderen unserem Verstehen immer nur begrenzt zugänglich ist. Damit ist die Hermeneutik auf ergänzende Methoden angewiesen, zu denen sie sich ihrerseits komplementär verhält.

Dr. Andrea Zielke-Nadkarni ist
Wissenschaftliche Mitarbeiterin der
FH Braunschweig/Wolfenbüttel,
Standort Wolfsburg,
FB Gesundheitswesen
Rothenfelderstr. 10
38440 Wolfsburg

Literatur

- Adorno, Th. (Hg.): *Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie*. 3. Aufl. Darmstadt 1974.
- Ballstaedt, St.-P.: *Texte verstehen - Texte gestalten*. München 1981.
- Bollnow, O.F.: *Das Verstehen*. Mainz 1949.
- Diekelman, N.: *Behavioral pedagogy: a Heideggerian hermeneutical analysis of the lived experiences of students and teachers in baccalaureate nursing education*. In: *Journal of Nursing Education*, 32, 1993, S. 245-250.
- Diekelman, N.: *Learning-as-testing: a Heideggerian hermeneutical analysis of the lived experiences of students and teachers in nursing*. In: *Advances in Nursing Science*, 14, 1992, S. 72-83.
- Diemer, A.: *Der Wissenschaftsbegriff in den Natur- und Geisteswissenschaften*. In: *Studia Leibnitiana, Sonderheft 5*, 1975.
- Diemer, A.: *Elementarkurs Philosophie - Hermeneutik*. Düsseldorf Wien 1977.
- Dilthey, W.: *Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften*. Ges. Schriften Bd. 7 (1883), Stuttgart 6. Aufl. 1966b.
- Dilthey, W.: *Einleitung in die Geisteswissenschaften*. Ges. Schriften Bd. 1 (1883), Stuttgart 6. Aufl. 1966a.
- Draper, P.: *The ideal and the real: some thoughts on theoretical developments in British nursing*. In: *Nurse Education Today*, 11, 1991, S. 292-294.
- Flitner, W.: *Allgemeine Pädagogik*. Stuttgart 14. Aufl. 1974.
- Gadamer, H.G.: *Wahrheit und Methode*, 2. Aufl. Tübingen 1965.
- Gätschenberger, G.: *Pflege von Patienten aus verschiedenen Kulturen*. In: *Deutsche Krankenhauszeitung* 8 (46), 1993, S. 569-572.
- Glaser, B., Strauss, A.L.: *The discovery of grounded theory*. New York 1967.
- Goffman, E.: *Asyle*. Frankfurt/M. 1973.
- Guba, E. & Lincoln, Y.: *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, Cal. 1989.
- Habermann, M.: *Vom Umgang mit dem Fremden*. In: *Curare Sonderband 10/1997*, S. 53-62.
- Husserl, E.: *Husserliana - Edmund Husserls gesammelte Werke, Bd. III, Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Erstes Buch*. Den Haag 1950 ff.
- Koch, T.: *Implementation of a hermeneutic inquiry in nursing: philosophy, rigour and representation*. In: *Journal of Advanced Nursing*, 1996, 24, S. 174-184.
- Leininger, M.: *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York 1991.
- Leininger, M. (Hg.): *Transcultural nursing care of infants and children: Proceedings from the First National Transcultural Nursing Conference*. Salt Lake City 1977.
- Reeder, F.: *Hermeneutics*. In: B. Sarter (Hg.): *Paths to Knowledge: Innovative Research Methods for Nursing*. New York 1985, S. 193-238.
- Schnepf, W.: *Meanings and practices of care in Russian-German families*. Unveröff. Magisterarbeit, Cardiff University, GB, 1995.
- Schröck, R.: *Konzepte, Modelle und Theorien*. In: H. Schäde-Deininger, U. Villinger (Hg.): *Praktische psychiatrische Pflege*. (Psychiatrie V.) 1996, S.53-63.
- Wilson, H. & Hutchinson, S.: *Triangulation of qualitative methods: Heideggerian hermeneutics and grounded theory*. In: *Qualitative Health Research*, 1, 1991, S. 263-276.
- Zielke-Nadkarni, A., Doll, M.: *Vorqualifizierung von Migrantinnen für einen Pflegeberuf*. In: *Pflege & Gesellschaft*, 2. Jg. 1997, H.1, S. 15-17.
- Zielke-Nadkarni, A.: *Theoretische Grundlagen der interkulturellen Pflege*. In: Ch. Uzarewicz & G. Piechotta (Hg.): „Transkulturelle Pflege“, *Curare Sonderband, Special Vol. 1*, Verlag für Wissenschaft und Bildung Berlin 1997, S. 97-112.

Call for papers:

Multimedia in der Pflege am 12. März 1999 in Düsseldorf

Arbeiten Sie an einem Projekt, das Multimedia und Pflege zusammenbringt - zum Beispiel

- In der Entwicklung eines Lernprogramms für die Ausfort- oder Weiterbildung?
- Im Aufbau eines pflegespezifischen Internetangebots?
- In der Konzeption eines multimedialen Pflegeplanungssystems?

Wenn Sie Ihre Arbeit einem größerem Publikum vorstellen möchten, um gemeinsam über Inhalte und Ziele Ihres Projekts zu diskutieren, Ressourcen zu bündeln und Doppelentwicklungen zu vermeiden, Trends und Marktlücken zu entdecken, dann sind Sie freundlich zu einem Vortrag eingeladen auf der Fachtagung.

Alternativ besteht die Möglichkeit, Projekte im Rahmen einer Postersession vorzustellen. Bitte senden Sie das Poster bzw. eine Kurzfassung Ihres Referats bis zum 15. November 1998 an:

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Studiengang Informationswissenschaft Peter F. Meurer M.A. Universitätsstraße 1 40225 Düsseldorf	oder:	Med. Einrichtungen der Heinrich-Heine-Universität Staatl. Anek. Weiterbildungsstätte für I+A Matthias Grünewald Universitätsstraße 1 40225 Düsseldorf
---	-------	---

Im Internet: www.nursing.de

Die Veranstalter:

Medizinische Einrichtungen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Staatl. anerk. Weiterbildungsstätte für Intensivpflege und Anästhesie; Studiengang Informationswissenschaft der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

PRESSEMITTEILUNG der Fachhochschule Osnabrück vom 22. April 1998

Wichtige Entwicklung für die Pflegeforschung!

Der Forschungsschwerpunkt „Patienten- und klientenorientierte Konzept zur Systematisierung der Pflegepraxis“ an der Fachhochschule Osnabrück ist zur Förderung empfohlen. Mit Mitteln der VW-Stiftung (VW-Vorab für Niedersachsen) wird das Projekt für einen Zeitraum von 5 Jahren und insgesamt maximal 1,6 Millionen DM als Schwerpunkt angewandter Forschung und Entwicklung der Niedersächsischen Fachhochschulen gefördert.

Der Fachhochschule Osnabrück ist es gelungen, im Bereich Pflege mit einem interdisziplinären Team aus 9 ProfessorInnen (Betriebswirtschaft, Informatik, Jura, Pflegewissenschaft, Sozialwissenschaft) erfolgreich einen solchen Schwerpunkt vorzubereiten und die Förderungsempfehlung durch die Arbeitsgruppe Innovative Projekte beim Ministerium für Wissenschaft und Kultur des Landes Niedersachsen zu erreichen. Überzeugend war neben der pflegewissenschaftlichen Fundierung die klare Schwerpunktsetzung im Pflegemanagement, ein Bereich, in dem die Fachhochschule Osnabrück seit 17 Jahren in der Entwicklung von Studienprogrammen führend tätig ist. Vier der neun AntragstellerInnen sind Professorinnen, womit ein deutliches Signal der Frauenförderung an der Fachhochschule Osnabrück gesetzt wird.

Die Einrichtung des Forschungsschwerpunktes ist für Anfang 1999 vorgesehen. Dieses Vorhaben ist sowohl von der Finanzierung als auch vom Umfang her das bislang größte bundesdeutsche Pflegeforschungsprojekt. Die Förderungsempfehlung kann daher als Meilenstein in der Entwicklung der deutschen Pflegewissenschaft angesehen werden.

Ansprechpartner:

Prof. Dr. Martin Moers
Fachhochschule Osnabrück
Fachbereich Wirtschaft
Studiengang
Pflegewissenschaft

Postfach 19 40
49009 Osnabrück
Tel. (0541)969-3008
Fax (05 41) 9 69-29 89



7. Studentische Fachtagung in München

Der Studiengang „Pflegemanagement“ der Katholischen Stiftungsfachhochschule München Abteilung München, veranstaltet vom 05.11. - 07.11.1998 die

7. STUDENTISCHE FACHTAGUNG der Pflege - und Gesundheitswissenschaften.

Unter dem Veranstaltungsmotto „Denk a moi“ werden voraussichtlich 300 Studentinnen und Pflegende aus dem gesamten Bundesgebiet in die Weltstadt mit Herz, München, reisen, um die mittlerweile siebenjährige Tradition dieser Tagung fortzuführen. Die letzte Veranstaltung in Neubrandenburg war ein großer Erfolg für die

studentischen Veranstalter und erfreute sich einer breiten Resonanz. Auch in diesem Jahr ist es gelungen, ein interessantes Programm mit Vorträgen, Workshops und einer Podiumsdiskussion zusammenzustellen. So wird ein Schwerpunkt ein Existenzgründerworkshop sein. Weiterhin werden verschiedene studentische

Fünftes Internationales Osnabrücker Symposium Pflegewissenschaft

23. bis 24. November 1998
Stadthalle Osnabrück

Die Universität und Fachhochschule Osnabrück haben mit

KULTUR, MIGRATION UND PFLEGE

ein Thema gewählt, das sich in vielen verschiedenen Dimensionen diskutieren läßt. Einige der Aspekte, die für Pflegepraxis, -forschung und -wissenschaft besonders relevant sind, werden im Rahmen des Symposiums von spezifisch wie auch interdisziplinär angewiesenen WissenschaftlerInnen referiert und anschließend in Parallelveranstaltungen mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern vertiefend bearbeitet.

Dazu gehören Kranksein und Fremdsein in Institutionen ebenso wie das Krankheits-, Gesundheits- und Pflegeverständnis von Migrantinnen, Phänomene der Angehörigenpflege im Prozeß der Migration bestimmter Bevölkerungsgruppen wie die vielfältigen

Fremdheiten, die Migrantinnen in der Altenpflege erfahren; Strukturen des Diskurses der Interkulturellen Pflege mit seinen Impulsen für die Pflegewissenschaft ebenso wie der Zusammenhang von Kultur und Pflege im Kontext kultureller Konstruktionen.

Es referieren und bieten anschließend parallellaufende Seminare an: Jutta Domheim, Osnabrück; Monika Habermann, Bremen; Ursula Koch-Straube, Bochum; Wilfried Schnepf, Osnabrück; Andrea Zielke-Nadkarni, Braunschweig.

Afaf Meleis, San Francisco, wird in ihrem Schlußreferat zum Thema „Women, Culture, Immigration, Transition und Marginalization“ sprechen.

Voranmeldungen an:
Dipl.-Kff. Angelika Lameyer
Fachhochschule Osnabrück
Fachbereich Wirtschaft
Postfach 1940
49009 Osnabrück
Tel. 05 41/969-3001/2011
Fax 05 41/969-29 89

amnesty international ARBEITSKREIS MEDIZIN - PSYCHOLOGIE - PFLEGE

Aktionsnetz der Heilberufe

Bei dieser Gelegenheit möchte ich erneut auf den Briefverteiler des Arbeitskreises Medizin-Psychologie-Pflege aufmerksam machen.

Eine Möglichkeit sich mit wenig Zeitaufwand für Angehörige von Gesundheitsberufen, die Opfer von Menschenrechtsverletzungen wurden, einzusetzen, ist die Teilnahme an regelmäßigen Briefaktionen.

Ca. alle zwei Monate beschäftigen sich Mitglieder des ai-Arbeitskreises Medizin-Psychologie-Pflege mit der Situation einzelner bedrohter Menschen (Kollegen/innen) oder der Situation der Gesundheitsberufe in unterschiedlichen Ländern. Die Informationen kommen vom Internationalen Sekretariat in London und münden in von uns vorformulierte Briefe/Appelle (meist englisch) an zuständige Regierungsstellen in den jeweiligen Ländern.

Über einen nationalen Briefverteiler werden die vorformulierten Briefe, mit Übersetzung und ein kurzer Hintergrundbericht an Angehörige der Gesundheitsberufe geschickt. Diese haben ihre Adresse speziell hierfür in eine nationale Adresskartei des ai-Arbeitskreises Medizin-Psychologie-Pflege aufnehmen lassen und beteiligen sich mit ihrer Unterschrift und dem Absenden der Briefe an der Briefaktion.

Katrin Eilts, Krankenschwester
für das ai-Pressereferat

Wer seine Adresse in diese nationale Adresskartei aufnehmen lassen möchte, wende sich bitte an:
amnesty international
53108 Bonn
Tel. 02 28/9837 30
Fax 02 28/6300 36

Projekte aus den Bereichen Pflegewissenschaft, Pflegemanagement und Pflegepädagogik unter dem Fokus der Gesundheitsförderung vorgestellt.

Eingeladen sind sowohl Studentinnen der Pflege- und Gesundheitswissenschaften als auch Führungskräfte und Mitarbeiterinnen aus dem Gesundheitsbereich. Insbesondere der Praxis-Theorie-Praxis-Transfer soll in diesem Rahmen gefördert werden.

Vorprogramme und Anmeldungen können über die Kontaktadresse oder über die Homepage angefordert werden.

Kontaktadresse:
Katholische Stiftungsfachhochschule München

Fata Orgateam Pflege
z.Hd. von Frau Voge
Preysingstraße 83
81667 München

Telefon: 0 89/480 92-401
Telefax: 0 89/480 92-400
Email: fata@gmx.net
<http://www.ksfh.de/fata.htm>

DAS ASSESSMENT CENTER ZUR PERSONALAUSWAHL VON BEREICHSLEITUNGEN

Michael Ricken

Durch die Einführung von Pflegestudiengängen wird demnächst eine große Zahl von Eliten auf den Markt strömen, um Führungspositionen einzunehmen, denn der Bedarf an Fachkräften sowohl für das Pflegemanagement als auch für die Pflegepädagogik ist groß. Es wird darauf ankommen, ob den verantwortlichen Personalchefs ein valides, prognosesicheres und allgemein akzeptiertes System zur Bewerberauslese zur Verfügung stehen wird. Es stellt sich die Frage, ob das Assessment Center diesen Anforderungen gerecht werden kann.

Der Begriff Assessment Center (AC) wird dem in den 30er Jahren tätigen amerikanischen Persönlichkeitsforscher Henry Murray zugeschrieben. In den Vereinigten Staaten wurde das Verfahren vorerst angewendet, um geeignete Bewerber für den Geheimdienst zu testen¹. Das AC ist ein Konglomerat von eignungsdiagnostischen Instrumenten und berufsbezogenen Simulationsübungen zur Personalbeurteilung, Bewerberauswahl (Auswahl-AC) und Mitarbeiterförderung (Förder-AC); wobei vorher definierte Verhaltensbereiche durch mehrere Beobachter an verschiedenen Teilnehmern verglichen, ausgewertet und beurteilt werden.

Anforderungsprofil

Mittels Stellenbeschreibungen und allgemeinen Stellenanforderungen einer Bereichsleitung im Pflegedienst läßt sich deren Aufgabenprofil erstellen. In der Praxis könnten zudem als Ergänzung die Befragung und Beobachtung des derzeitigen Stelleninhabers sowie eine Interviewrunde unter Beteiligung der zukünftigen Beobachter zur Erhebung eines Anforderungskataloges beitragen².

Entscheidend für die Erstellung eines Anforderungsprofils sind die Aufgabenerläuterungen in einer Stellenbeschreibung. Sie lassen sich in patienten-, personal- und betriebsbezogene Auf-

gaben differenzieren. Patientenbezogene Aufgaben, treffender wäre die Beschreibung „Maßnahmen zur Organisation des Pflegedienstes“, sind vor allen Dingen Handlungsweisen zur Festlegung, Sicherung und Überprüfung der Pflegequalität sowie verschiedene Kontroll- und Planungsmaßnahmen. Personalbezogene Aufgaben enthalten überwiegend Aspekte der Personalführung, im Vordergrund stehen dabei zumeist Mitarbeitergespräche, Pflegekonferenzen, Abteilungsbesprechungen und die Regelung dienstlicher Angelegenheiten. Den betriebsbezogenen Aufgaben kann man die Kooperation und Koordination mit anderen Bereichen, die Infor-

mationsweitergabe und die Mitwirkung an konzeptioneller, strategischer und organisatorischer Arbeit der Pflegedienstleitung zuordnen. Aus diesen Beschreibungen des Tätigkeitsfeldes einer Bereichsleitung lassen sich nun Anforderungsdimensionen bilden, welche dann zu einem Anforderungsprofil verdichtet werden können. Zu beachten ist dabei, daß die Dimensionen verhaltensnah umschrieben sind, denn nur so bleibt gewährleistet, daß im späteren AC das Verhalten der Teilnehmer tatsächlich beobachtbar und bewertbar ist. Den patienten- und betriebsbezogenen Aufgaben wird die Anforderungsdimension *Planungs- und Organisationsverhalten* zugeordnet. Hier sind insbesondere die Bereiche *Delegationsverhalten*, *systematische Vorgehensweise*, *Terminplanung* und *das Setzen von Prioritäten* zu nennen. Die Sparten *Kooperations- und Teamverhalten* sowie *Führungsverhalten* können den personalbezogenen Aufgaben zugeteilt werden. Die letzten Anforderungsdimensionen, *Ausdrucks- und Argumentationsfähigkeit* wie auch *Zielstrebigkeit und Durchsetzungsvermögen*, decken alle Aufgabenbereiche ab.

Operationalisierung

Im nächsten Schritt wird das Anforderungsprofil in Testsituationen umgewandelt.

1) Erst nach dem zweiten Weltkrieg erfolgte die Einführung dieser Methode in der Industrie. In den 70er Jahren übernahmen europäische Betriebe die AC-Technik als Instrument der Personalauswahl und Personalentwicklung, zur gleichen Zeit gründete sich in Deutschland der Arbeitskreis Assessment Center e. V.

2) Eine Bereichsleitung ist innerhalb eines Gesundheitsbetriebes direkt der Pflegedienstleitung und ihrer Stellvertretung unterstellt. Sie führt einen Sektor dieses Unternehmens und ist weisungsbefugt gegenüber den Abteilungsleitungen und allen Mitarbeitern des zugeteilten Pflegebereichs.

Folgende Bausteine sind Bestandteile des ACs: Die *Kurzpräsentation* steht unter dem Thema „Meine beruflichen Ziele“, die Kandidaten haben 30 Minuten Zeit, um sich vorzubereiten. Nacheinander stellen sie ihre Ausarbeitung in fünf Minuten vor, wobei nur die Beobachter im Plenum

sitzen, damit jeder Bewerber die gleichen Voraussetzungen hat. Beim *Disput* wird dem Aspiranten die kurze Beschreibung eines Sachverhaltes vorgelegt, im darauffolgenden Gespräch geht es um die Suche nach einem Kompro-

miß. Das *Mitarbeitergespräch* ist der dritte Baustein dieses AC's. Der Teilnehmer erhält die Information, daß eine Angestellte seit geraumer Zeit durch häufiges Zuspätkommen und unkonzentrierte Arbeitsweise auffällt. Die Mitarbeiterin, welche von einem Beobachter gespielt wird, gibt familiäre Probleme als Grund für ihr Verhalten an.

In diesem Fall geht es darum, daß der Bewerber das Vertrauen seiner Mitarbeiterin gewinnt und mit ihr gemeinsam eine Lösung für das Problem erarbeitet. In der *Konferenz* diskutieren alle Kandidaten gemeinsam 30 Minuten über das Thema „Sollen Stechuhren zur Arbeitszeitkontrolle eingeführt werden?“. Bei der *Fallstudie* bearbeitet jeder Teilnehmer

alleine ohne Beobachtung die „Organisation einer Dienstreise“, hier ist das Planungs- und Organisationsverhalten entscheidend. Auch wenn die Fallstudie einer intensiven Vor- und Nachbereitung seitens der Beobachterinnen und InitiatorInnen bedarf, so sollte m. E. eine schriftliche Übung unbe-

nehmern je Übung, wobei das Rotationsprinzip angewendet wird. Jeder Assessor beobachtet also mindestens einmal jeden Teilnehmer. Erst nach der Übung wandelt der Beobachter seine Notizen aus dem Protokollbogen zu einem Kurzgutachten um. In diesem Gutachten erfolgt eine Benotung der

Fazit

Gerade im Management des Pflegedienstes nehmen soziale Fähigkeiten neben den fachlichen Qualifikationen einen besonderen Stellenwert ein. Das AC berücksichtigt diese Komponente, indem das stellspezifische Anforderungs-

profil mit den jeweiligen Eignungsprofilen der Bewerber verglichen wird. KritikerInnen bemängeln häufig den hohen Kosten- und Zeitaufwand der AC-Technik, führt man sich allerdings die hohe Quote von Fehlentscheidungen in der Personalpolitik³ und die dadurch entstandenen

Kosten vor Augen, so ist das AC bei rücksichtsvoller und verantwortungsbewußter Konzeption (unter Beteiligung einer Psychologin) eine echte Alternative zu bisherigen Auswahlverfahren.

Eine ausführliche Literaturliste ist erhältlich bei:

Michael Ricken
Fritz-Reuter-Straße 6
17033 Neubrandenburg
Tel.: 0359/5822734
E-Mail: istud769@fh-nb.de

	Kurzpräsentation	Konferenz	Disput	Fallstudie	MA-Gespräch	Vortrag	Gruppendiskussion
Planung und Organisation	✓			✓		✓	
Kooperations- u. Teamverhalten		✓	✓		✓		✓
Führungsverhalten		✓			✓		✓
Ausdrucks- u. Argumentationsverhalten	✓			✓		✓	
Zielstrebigkeit und Durchsetzung		✓	✓				✓

Abb. 1: Anforderungs-Aufgaben-Matrix

dingt angewendet werden, um eine möglichst ausgewogene Veranstaltung zu ermöglichen. Eine weitere Testvariation dieses AC's stellt der *Vortrag* dar. Der Aspirant äußert sich nach einer längeren Vorbereitungszeit zu dem Thema „Das ideale Krankenhaus“. Der letzte Baustein ist die *Gruppendiskussion* ohne Themenvorgabe, die Teilnehmer sollen zunächst gemeinsam den Gegenstand der Debatte bestimmen. Die Zuordnung der Anforderungsdimensionen zu den einzelnen AC-Verfahren läßt sich in einer *Anforderungs-Aufgaben-Matrix* darstellen (siehe Abb1).

Da die Beobachter eine Fülle von Daten registrieren müssen, protokollieren sie jeweils nur das Verhalten von zwei Teil-

jeweiligen Anforderungskriterien (nach dem Schulnotenprinzip). Es findet also eine strikte Trennung zwischen Beobachtung und Bewertung statt.

Zur Ergänzung der Noten erscheint die Einführung einer Rangplatzvergabe im Anschluß an die Gruppendiskussionen durch die TeilnehmerInnen sinnvoll. Bei diesem sog. Peer-Ranking stuft jeder Bewerber die anderen TeilnehmerInnen und sich selbst unter der Fragestellung, wer am meisten zur Effizienz der Gruppe beigetragen hat, ein. Den Abschluß der Beurteilungsprozesse im Assessment Center bildet die Erstellung der Endgutachten und die Durchführung der Feedback-Gespräche mit den einzelnen Teilnehmern.

3) Laut einer europäischen Studie vom Münchner Max-Planck-Institut sind 30-50% Fehlentscheidungen (Handelszeitung Nr.38/97 vom 19.9.97)

PFLEGEWISSENSCHAFT AM

Martin W. Schnell

Pflegewissenschaft ist insofern praktisch orientiert, als sie das Verhältnis zwischen Pflegenden und Patienten nie aus dem Blick verlieren darf. Im Unterschied zu anderen Wissenschaften, die ebenfalls Theorien der Praxis sind, steht die Pflegewissenschaft jedoch vor dem Paradox, daß sie einen Gegenstand hat, den sie noch wissenschaftlich ausweisen muß, indem sie ihn zu seiner Eigenbedeutung bringt.

Der Gegenstand ist die Andersheit, d.h. der schwerstpflegebedürftige Patient. Obwohl diese Kennzeichnung nicht allen Patienten angemessen ist, gehe ich, um der Radikalität der Fragestellung willen, von vornherein von Extremfällen aus. Dabei ist das Verständnis von 'Andersheit' von Begriffen wie Mangelzustand oder gar Minderwertigkeit freizuhalten. Das angesprochene Paradox besteht nun darin, daß die Wissenschaft der Pflege nur in dem Maße entstehen kann, wie ihr die Artikulation der Eigenbedeutung ihres Gegenstandes gelingt. Dieses beinhaltet, daß eine genuin pflegerische Sichtweise geschärft und in Modelle überführt wird. Dabei kommt es gerade darauf an, Theorien von Nachbarwissenschaften nicht unbefragt dem eigenen Gegenstand zu unterschieben, da andernfalls die Wissenschaft der Pflege keinen eigenen Stand gewinnen würde. Zu diesem Komplex möchte ich einige skizzenhafte Anmerkungen formulieren, die im weitesten Sinne am Leitfaden des Ethik-

schen orientiert sind. Ethik ist in der Pflege gewiß nicht alles, aber doch bedeutend genug, um Ausgangspunkt für allgemeine Aussagen sein zu können. Ich beginne mit einem Aufsatz von Chr. Bienstein über die Pflege bewußtloser Patienten, aus dem ich selektiv einige Aspekte herausgreife.

Bienstein legt zunächst dar, daß Patienten, die nach der naturwissenschaftlichen Annahme, daß Bewußtlosigkeit den Verlust der Wahrnehmung und anderer Fähigkeiten bedeute, als bewußtlos eingestuft worden sind, in der krankenhäuslichen Pflege keine leibliche Zuwendung, keine Förderung der Wahrnehmungsfähigkeit und oft keine Betäubung bei Eingriffen mehr erfahren haben. Diese Praktik ist ein Beispiel dafür, welche Handlungsfolgen die Subsumtion von Menschen unter ein allgemeines Raster haben können. Allerdings fiel Pflegenden, die häufig den intensivsten Kontakt zu Patienten haben, auf, „daß da mehr war“¹ am Patienten,

was gleichwohl drohte, nicht beachtet zu werden, weil es nicht in das angewendete Raster paßte. Der Vermutung nachgehend, daß Bewußtlosigkeit nicht automatisch eine komplette Wahrnehmungslosigkeit bedeuten muß, erwiesen sich in der Folge entsprechende Wahrnehmungsmotivationen bei Patienten als erfolgreich. Dieses Ereignis blieb nicht singulär, sondern führte zum Herausbilden des Ansatzes der 'Basalen Stimulation', welcher anfängliche Beobachtungen und Vermutungen in ein Konzept überführte.

Soweit die knappe Skizze, vor deren Hintergrund ich vier Perspektiven aufzeigen mochte, die bei der Eigenbestimmung des Gegenstandes einer Pflegewissenschaft relevant sein könnten. Zunächst gehe ich anhand der phänomenologischen Philosophie E. Husserls kurz auf die Frage ein, wie das Phänomen der Bewußtlosigkeit thematisch zu erschließen wäre. Danach folgen zwei Bemerkungen zur Professionalisierung

von Wissenschaft, die schließlich ins Feld des Ethischen führen.

Ich gehe insgesamt davon aus, daß es aus Sicht der pflegerischen Praxis ziemlich klar ist, daß Andersheit mehr oder weniger das Subjekt sind, mit dem es Pflegende zu tun haben. Unklar ist aber, wie man diese Sachlage wissenschaftlich zur Eigenbedeutung bringen soll. Es versteht sich von selbst, daß die folgenden Ausführungen provisorischer Natur sind und zur Diskussion einladen sollen.

Phänomenologie der Bewußtlosigkeit

Für die Phänomenologie, die stets gegen eine einseitige Naturwissenschaft protestierte, ist das Phänomen der Bewußtlosigkeit eine Herausforderung; lautete Husserls grundlegende These doch, daß jedes Bewußtsein ein 'Bewußtsein von etwas' ist. Bezogen auf Bewußtlosigkeit würde das 'Bewußtsein von etwas' ein 'Bewußtsein von Bewußtlosigkeit' sein und die Situation bezeichnen, in der etwa ein Arzt über die Bewußtlosigkeit eines Menschen spricht. Bewußtlosigkeit wäre dann das sinnhafte Objekt des wachen Bewußtseins, eben das des Arztes. Damit ist aber nicht viel hinsichtlich der Eigenbedeutung von Bewußtlosigkeit gewonnen. Um diese beschreiben zu können, müßte man annehmen, daß das Bewußtsein von Bewußtlosigkeit selbst bewußtlos werden kann und

1) Chr. Bienstein: *Be-wußt-los. Pflege von bewußtlosen Patienten*, in: Dies./Fröhlich, A. (Hg.): *Bewußtlos. Eine Herausforderung für Angehörige, Pflegende und Ärzte*, Düsseldorf 1994, Seite 45.

LEITFADEN DES ETHISCHEN

dann versuchen, aus der Erfahrung einer Bewußtlosigkeit selbst heraus zu sprechen. Auf direktem Wege mißlingt dieses Unternehmen, da man als Bewußtloser zum Schweigen verdammt wäre oder mit Sätzen wie 'Ich bin bewußtlos' das gesamte Phänomen auflösen würde. Somit bedarf es einer indirekten Sprechweise, die zu zeigen hätte, wie Bewußtlosigkeit (als ein nicht völliges bei der Welt und sich selbst-Sein) schon zu jeder Wahrnehmungserfahrung gehört. Husserl spricht davon, daß die lebendige Selbstgegenwart stets mit einem Horizont dunkler Selbstvergangenheit umgeben ist. Durch eine zeitliche Entgegenwärtigung des Bewußtseins und eine leibliche Vorgegebenheit gibt es eine positive Unbestimmtheit und damit Andersheit meiner selbst. Bewußtlosigkeit könnte man daher vielleicht als Radikalisierung dessen verstehen, was an der Normalität allen Bewußtseins teilhat. Auch der sog. Gesunde lebt aus einer Selbstdifferenz heraus, die die Möglichkeit in sich birgt, zu einem Bewußtlosen als einem Andersheitigem (im Verhältnis zu Angehörigen, Pflegenden, Ärzten) zu werden. Die radikale Selbstdifferenz eines Wachkomatösen zeigt sich etwa darin, daß dieser seine eigene Zunge erst suchen muß, wenn man ihn auffordert, sie zu zeigen. Möglicherweise kann man aus Bildern, die fortgeschrittene Rehapatienten von sich selbst malen, erfahren, in welcher Weise ein Patient die

Andersheit seiner selbst, das Fremdwerden des eigenen Leibes und Körperschemas erlebt.

Logik der Forschung

Zur wissenschaftlichen Praxis und Theoriebildung gehört auch die Frage nach der Logik der Forschung, die es damit zu tun hat, in welcher Weise und warum sich ein Wissenskomplex gegen einen anderen durchsetzt. Klassisches Beispiel: wieso konnte die neuzeitliche Physik (Galilei) die antike Physik (Aristoteles) ablösen? Der generelle Hinweis, daß ein Paradigma ob seiner Fehlerhaftigkeit außer Kraft gesetzt und aus den Lehrbüchern entfernt wird, reicht allein nicht aus. Der bekannte Streit zwischen Popper und Kuhn um die Entstehung und Verifizierung des Neuen besteht darin, daß Popper Fehlerausmerzung als einen Fortschritt, der sich der Wahrheit annähert, betrachtet, während Kuhn Falsifizierung als Auffassungsänderung deutet, die nicht unbedingt ein Mehr an Wahrheit, sondern Anderes in den Blickpunkt rückt. Paradigmenbildung wird von Kuhn in den Bereich der Seh-, Sprech- und Frageweisen vorverlagert, von dem aus sich wissenschaftliche Aussagen (wahr/falsch) erst abheben. Paradigmenwechsel ist ein Gestaltwechsel und damit eine Wahrnehmungsänderung. Der eingangs erwähnte Übergang zur Basalen Stimulation beinhaltet, daß ein bewußtloser Patient anders gesehen und

damit als Anderer angesehen wird.

Entstehung des Neuen

Die Genese des Neuen durchschreitet eine Übergangszone, in der das alte System nicht mehr und ein neues noch nicht gilt. Darin liegt die Verwandtschaft zwischen politischen und wissenschaftlichen Revolutionen. K. Bühler sprach 1927, im Hinblick auf die damals zeitgenössische Psychologie, von der Gleichzeitigkeit einer Zerfallskrise, in der sich die bisherige Psychologie befand und einer Aufbaukrise, die die Suche nach einer neuen wissenschaftlichen Normalität meinte. Ein Aufbau ist insofern krisenhaft, da er den sicheren Gang einer Wissenschaft noch nicht erreicht hat, sondern unvermeidlich herumtappt und etwas sucht, von dem nur ungefähr klar ist, was es genau sein wird. Rückschläge sind dabei nie auszuschließen. Die Rede von einer Aufbaukrise bezeichnet recht präzise die Situation einer in der Entstehung begriffenen Pflegewissenschaft. Auch sie durchschreitet eine Übergangszone, die typische Elemente enthält: die Formulierung neuer Herausforderungen, die Rehabilitierung von Aspekten, die in vorherrschenden Paradigmen nicht beachtet werden, die Arbeit an Professionalisierungskriterien, die Mischung aus Aufbruchstimmung, Improvisation und vorläufiger Ausleihung von Hilfhypothesen der Normalwissenschaften. Die Entstehung des Neuen wäre



*Dr. phil.
Martin W. Schnell*

Dr. phil. Martin W. Schnell ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Arbeitsgemeinschaft 'Mensch/Person' und Lehrbeauftragter für Philosophie am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke, zudem Mentor für Philosophie an der FernUniversität Hagen.

Er studierte Philosophie, Soziologie und Pädagogik, arbeitete auch an den Hochschulen in Bochum und Düsseldorf

*Schwerpunkte:
Phänomenologie, Ethik,
Praktische Philosophie.*

*Adresse:
Dr. M.W. Schnell,
Gecksheide 69,
45894 Gelsenkirchen.*

jedoch eine bloß konstruktivistische Modellbauerei, würde sie nicht von einer eigenen Sache motiviert. Wir kehren damit abschließend zur Phänomenologie des Bewußtlosen zurück.

Ethik

Es ist erforderlich, die Beobachtung, Erfahrung oder Vermutung von Pflegenden, daß 'da mehr ist' (Chr. Bienstein), positiv zu formulieren. Dieses 'Mehr', das den bewußtlosen Menschen vom Objekt unterscheidet, ist zugleich ein dreifaches. Erstens eine Anomalie, die nicht in ein vorherrschendes Paradigma paßt. Zweitens eine Abweichung, die nicht nur ein Mangel ist, sondern eigene Möglichkeiten aufweisen kann. Drittens eine Andersheit, die neue Auffassungsweisen erfordert. Die Stabilisierung der Pflege in einem sicheren Gang, etwa hinsichtlich einer Pflegeethik, die darlegt, wie mit Schwerstpflegebedürftigen umzugehen ist, setzt voraus, daß zunächst einmal gezeigt wird, in welche Art von Ethik zu pflegende Patienten überhaupt fallen. Davon ist wiederum abhängig, ob es eine genuine Pflegeethik geben soll bzw. muß. Zur Gewinnung der Eigenbedeutung des wissenschaftlichen Gegenstandes der Pflege reicht eine Übernahme vorhandener Ethikmodelle nicht aus. Ich vermute, daß wir heute vor einem Problem ste-

hen, das mit dem der ökologischen Ethik vergleichbar ist. Aus der Sicht von H. Jonas besteht dieses in folgender Frage: wie kann man ein ethisches Eigengewicht der Natur annehmen, wenn in der vorherrschenden Tradition das Verhältnis des Menschen zur Natur lediglich als ein instrumentelles gesehen wird, welches außerhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ethik liegt? Während die ökologische Ethik bereits einen Prozeß des Umdenkens in Gang gesetzt hat, weil sie auf ihre Grundfrage schon erste Antworten geben konnte, steht die Suche nach dem, was im Umgang mit Schwerstpflegepatienten begründet 'ethisch' heißen könnte, noch ganz am Anfang. Ich beschränke mich auf einige Hinweise.

Im Mittelpunkt der Ethik von Aristoteles und seinen modernen Nachfahren steht die Reziprozität der Freundschaft. Bei Kant sind es autonome und moralische Personen. Weitere Modelle ließen sich hier anführen, für die ebenfalls gilt, daß sie Kriterien angeben, wer oder was eigentlich in den Schutzbereich einer Ethik fällt und wer oder was nicht. Fraglich ist, ob ein Komatöser ein Freund und/oder eine moralische Person ist. Sofern man diese Frage verneint und anerkennt, daß wir es in der Pflege mit Andersheitigen (im Verhältnis zu Freunden und

moralischen Personen) zu tun haben, geraten wir in den Bereich paternalistischer Ethiken (Hare, Rawls u.a.). Ausdrücklich wird hier berücksichtigt, daß jemand im Namen von Andersheitigen und zu deren Wohl handelt. Gleichwohl besagt die Tatsache, daß jemand für einen Andersheitigen handelt noch nicht, daß dieser in der entsprechenden Theorie überhaupt als er selbst vorkommt. Vielen Theoretikern reicht es offenbar, Schwerstpflegepatienten als negative Vision des sog. Gesunden zu begreifen, welcher paternalistischen Handlungen zustimmt, um für den Notfall der eigenen Andersheitigkeit vorzusorgen. Doch: der bewußtlose Patient im Bett ist sicherlich auch 'mehr' als eine solche Vision!

Am Beispiel der Ethik zeigt sich recht gut, was die erwähnte Gewinnung der Eigenbedeutung des Andersheitigen meint. Pflegeethik nimmt ihren Ausgang von einer Andersheit, die sich, um bei unserem Beispiel zu bleiben, in der Anwesenheit des abwesenden Bewußtseins, in der Gegenwart eines Menschen, der nicht bei sich ist, zeigt. Damit ist gesagt, daß der Bewußtlose als er selbst nicht nur ein Mangelwesen und schon gar nicht Nichts ist. Positiv gewendet: es müßte eine Ethik der Andersheitigkeit, die auf der Andersheit des Anderen beruht, auf

den Weg gebracht werden. Die allgemeine, über den Bereich des Ethischen hinausführende These meiner Ausführungen besagt schließlich: jeder Teilbereich der Pflegewissenschaft (Pädagogik, Recht, Methoden, Medizin etc.) konstituiert sich in dem Maße, wie er mit seinen Mitteln zeigt, worin die Eigenbedeutung der Andersheitigkeit jeweils besteht.

Weitere Bezugsliteratur ist bei der Redaktion erhältlich

MEIN LEBEN NACH DER FULBRIGHT PROFESSUR IN DEUTSCHLAND

Margaret Cotroneo RN, Ph.D.

Nachdem ich vier Monate lang eine Fulbright Professur an den Universitäten Dortmund und Witten/Herdecke bekleidete, fragte ich mich, wie die amerikanische Umwelt nach meiner Rückkehr auf mich wirken würde. Nach zahlreichen Kurzreisen nach West-, Zentral und Osteuropa – mehrere davon führten mich nach Deutschland – betrachtete ich mich als erfahrene Interkulturalistin. Diesmal jedoch erwartete ich, „mit neuen Augen“ in die Vereinigten Staaten zurückzukehren. Ich fragte mich, was ich sehen, und wie ich mich verändert habe würde. Mittlerweile sind zwei Monate vergangen, seit ich Deutschland verließ,

und erst jetzt beginne ich die Wahrheit in den Worten von Senator J. William Fulbright zu verstehen, der schrieb, daß „die Welt so zu sehen, wie andere sie sehen“, der größte Gewinn eines Fulbrighters sei. An einigen meiner Gedanken über die Vereinigten Staaten seit meiner Rückkehr möchte ich Sie teilhaben lassen.

Die Universität von Pennsylvania ist ein sehr forderndes Umfeld. Sie ist eine herausragende Forschungseinrichtung,

wobei Forschung für uns hier nicht bloß eine Wahlmöglichkeit darstellt – sie ist vielmehr für unser Überleben entscheidend als eine Institution von allerhöchstem Rang. Das bedeutet, daß sich das Leben an Deadlines orientiert, die oft von anderen gesetzt werden. So kehrte ich zurück zu der Pflicht, auf durchschnittlich 23 Emails am Tag in irgendeiner Form zu reagieren und die Wochenenden mit dem Schreiben von Forschungsanträgen oder Artikeln zur Veröffentlichung zu verbringen. In diesem Milieu galoppiert das Leben und jeder Tag eröffnet neue Möglichkeiten die man ergreifen kann. Hier möchte ich

einen Vergleich mit einem Bonbonglas ziehen – zu viele Möglichkeiten! Als ich zurückkehrte, fand ich die Welt der Forschungsuniversität weit konkurrierender vor als ich sie verlassen hatte, vor allem wurde

der Druck aktiv zu sein, noch stärker. Ich hatte mir in Deutschland viele Gedanken über den Auftrag der Universität gegenüber der Gesellschaft gemacht. Diese Gedanken wurden durch meine Beobachtungen angeregt, daß alle Universitäten sich um so mehr großen Firmen angleichen, je stärker der Druck durch

steigende Kosteneinsparungen wächst. Ich kam zu dem Schluß, daß der Zweck von Universitäten immer noch darin liegt, einen Beitrag zum Gesamtbestand menschlichen Wissens zu leisten – dem theoretischen wie dem praktischen

gleichermaßen – und eben nicht nur ein Ort, an dem Studenten nur das beigebracht bekommen, was sie später wissen müssen, um an ihren künftigen Arbeitsstellen zu funktionieren; einem Ort, an dem individuelle Leistung nicht einen Wert an sich darstellt, sondern an ein gemeinschaftliches Ziel gebunden ist. Anders ausgedrückt: Eine Universität existiert nicht nur, um der Gesellschaft zu dienen, sie hat gleichermaßen die Verpflichtung, die Gesellschaft zu leiten. Ich habe beobachtet, daß sowohl Regierungen wie auch Universitäten um die Bedürfnisse von Märkten zu befriedigen, sich von ihrer Führungsverantwortung zurückgezogen haben.

In Übergangszeiten scheint der Konkurrenzkampf zuzunehmen und um darüber zu entscheiden, was wichtig und was unwichtig ist, bedarf es einer gut ausge-

prägten Fähigkeit, die „Zeichen der Zeit“ zu erkennen und der augenblicklichen Denkweise immer voraus zu sein. Man braucht Jahre, um diese Fertigkeit zu erlangen. Es ist eine Fertigkeit, von der ich glaube sie als Familientherapeutin er-

worben zu haben, indem ich versuchte, Familien darin zu helfen, ihr Leben mit Zuversicht zu führen. Aus diesem Grunde arbeite ich weiterhin noch mindestens 12 Stunden wöchentlich als Familientherapeutin. Familien sind mein lebendes Be-

ziehungslabor und Beziehungen sind mein Fenster zur Welt. Schon eine Woche nach meiner Rückkehr aus Deutschland begann ich wieder Familientherapien durchzuführen. Zunächst hatte ich Zweifel, ob nach so langer Abwesenheit überhaupt Patienten kommen würden. Ich hätte mir darüber keine Sorgen zu machen brauchen. Meine Therapiestunden sind wieder voll, aber was sich geändert hat, ist die zunehmende Komplexität der Probleme und daß sie schwerer zu lösen sind. Das gehäufte Auftreten von Begleiterkrankungen erfordert mehr Stufen der Problemanalyse. Die grundlegenden Änderungen unseres Gesundheitssystems, das sich immer weiter in Richtung Managed Care und



Managed Costs bewegt, scheinen dazu zu führen, daß die Patienten, die im ambulanten Setting zur Therapie erscheinen, kränker als früher sind. Diese Patienten wären früher wohl stationär behandelt worden. Bei meiner Rückkehr war ich erstaunt, wie schnell diese Veränderungen eintraten. Die Beanspruchung von Pflegenden und Ärzten nimmt immer mehr zu, diese wiederum beklagen zu wenig Unterstützung, um sicher und fachgerecht arbeiten zu können. Es scheint, daß die Leute härter und zugleich mit weniger Zufriedenheit arbeiten. Die Arbeitsbelastung nimmt zu. Gleichzeitig steigen die Möglichkeiten für Pflegende, besonders die der Nurse Practitioners, ihr Betätigungsfeld zu erweitern. Ich glaube, daß die Pflege einige dieser neuen Möglichkeiten nur sehr vorsichtig wahrnehmen sollte, da deren langfristige Folgen noch nicht klar absehbar sind. Die amerikanische Pflege steht wieder einmal an einem Scheideweg ihrer Entwicklung. Ihre Zukunft ist eng an die Veränderungen der



Gesundheitsfürsorgeleistungen geknüpft. Mit dem Auftauchen neuer Modelle von Gesundheitsfürsorgeleistungen gibt es eine gewisse Umkehr der Nurse Practitioner-Bewegung. Ich entwerfe gerade mit einer Kollegin ein Curriculum für Leitende Pflegepersonen auf der Gemeindeebene. Um dieses Projekt abzuschließen erhielten wir Förderung von einer Stiftung und hoffen, daß es den Weg in die Zukunft weisen wird.

Einer der wachsenden Trends, die mir nach meiner Rückkehr auffielen, war die Betonung von „Evidenz“ als Grundlage für die Praxis. Als Pflegende waren wir schon immer gezwungen, unsere Praxis auf die verfügbare Evidenz zu stützen, aber die gegenwärtige Definition von „Evidenz“ scheint zu sehr auf eine quantitative Betrachtungsweise gestützt zu sein, die oft der klinischen Beurteilung und den Wünschen der Patienten nur wenig Raum läßt. Ich bestärke meine Studenten darin, sich mit Patienten und Familien zusam-

menzutun und kritischer in der Beurteilung dieser Trends und Richtungen zu sein. Mein Aufenthalt in Deutschland rief mir den engen Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der Bevölkerung und der allgemeinen Lebensqualität in Erinnerung. Ich denke, die Amerikaner sollten daran erinnert werden.



Seit meiner Rückkehr ist mir der Konkurrenzkampf und das Konsumdenken in der amerikanischen Kultur mehr bewußt, als je zuvor. Schon bei meinem Gang durch den Flughafen fiel es mir auf. Es gibt kaum einen kulturellen Bereich, den die Amerikanern nicht unter Konkurrenzgesichtspunkten sehen. Der Grad der Feindseligkeit innerhalb der Kultur scheint zugenommen zu haben, Wut wird auf schädigende Weise zum Ausdruck gebracht. Darüber hinaus ist mir aufgefallen, wie stark die öffentliche Meinung tatsächlich durch Meinungsumfragen und durch die Medien beeinflußt wird. In Deutschland sah ich nicht viel

fern und war dadurch von diesem täglichen Angriff der Medien auf die Sinne abgeschottet. Studenten in Deutschland beschrieben die amerikanische Kultur oft als wettbewerbs- und konsumenten orientiert und stellten Fragen nach dem Einfluß des Fernsehens, das für mich Teil meines täglichen Lebens war und daher nicht so aggressiv empfunden wurde. Als ich aber in dieses Umfeld zurückkehrte, erkannte ich, wie sehr wir Konflikten, Gewalt, Feindseligkeiten, Wettstreit und Konsumismus ausgesetzt sind. Es ist ein dauerndes Getrommel, und ich bin wirklich besorgt über den negativen Einfluß des Fernsehens auf die Fähigkeit von Menschen, wirkungsvoll miteinander zu kommunizieren. Besonders auffällig ist dies zwischen Eltern und Kindern und bei Paaren zu beobachten. Die letzten Wochen waren besonders schwierig wegen des Präsidentenskandals. Momentan wird in allen Nachrichtenprogrammen von dem Absetzungsverfahren gesprochen. Sie

bringen weniger Nachrichten, als daß sie sich im „Verkaufen“ von Nachrichten zu übertreffen suchen. Wenn die Nachrichtenkommentatoren tagein, tagaus über ihre Vorstellungen ,was geschehen könnte spekulieren, führt das dazu, daß Gerüchte und Spekulationen wie Fakten dargestellt werden. Auf diese Weise wird die öffentliche Meinung beeinflusst. Im großen und ganzen aber scheinen die Amerikaner besser damit umzugehen, als es unser puritanisches Erbe erwarten ließe. Die Öffentlichkeit scheint auf Fakten zu warten. Persönlich empfinde ich es schmerzlich, mit ansehen zu müssen, wie die Präsidentschaft lächerlich gemacht und demontiert wird.

Ich halte es für ein Zeichen der Zeit in der wir leben, daß jeder Aspekt menschlichen Lebens „dekonstruiert“ werden muß. Die schreckliche Konsequenz ist der Vertrauensverlust gegenüber allen gesellschaftlichen Institutionen.

Mittlerweile hat das Herbstsemester hier an der University of Pennsylvania in der City of

Brotherly Love begonnen. Der Campus ist sehr schön und im Herbst erwacht er mit der Energie der Studierenden zum Leben. In diesem Jahr stammen die Studierenden, die neu in die Universität aufgenommen wurden, aus 59 Staaten Amerikas, Afrikas, dem Nahen Osten und aus Europa. Zudem repräsentieren sie die 48 'states' der Vereinigten Staaten. Dies ist eine bemerkenswert vielfältige Studentenschaft. Kürzlich ging ich mit einer Besucherin aus Dortmund über den Campus. Sie fragte mich, ob den Studenten bewußt sei, wie privilegiert sie seien, an solch einem Ort ihre Ausbildung zu erhalten. Ich

vermute, daß sie sich dessen nicht bewußt sind, und daß möglicherweise auch wir in der Fakultät uns unseres eigenen Privilegs, sie zu unterrichten,

nicht bewußt sind. Aus diesen Privilegien resultiert für uns die

Verantwortung, weise mit unseren Ressourcen umzugehen und der Welt etwas davon zurückzugeben. Dies rufe ich mir immer dann ins Gedächtnis zurück, wenn ich einen Hörsaal betrete. Es ist mir

eine Hilfe, mich auf das wirklich Wichtige zu konzentrieren.



*Margaret Cotroneo RN, Ph.D.
University of Pennsylvania School
of Nursing
Philadelphia, Pennsylvania
Cotroneo@pobox.upenn.edu*

*Übersetzung und Fotos:
Michael Schmittel*



IMPRESSUM:

HOCHSCHULFORUM PFLEGE wird herausgegeben vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke, Stockumer Straße 12, 58453 Witten. HOCHSCHULFORUM PFLEGE ist ein Projekt Studierender und Lehrender der Universität Witten/Herdecke. Projektverantwortlich sind Peter Tackenberg und Christel Bienstein. HOCHSCHULFORUM PFLEGE wird durch Mittel der Robert-Bosch-Stiftung Stuttgart und der Meditel Verlagsgesellschaft m.b.H. Düsseldorf gefördert. Postadresse: Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke, Redaktion Hochschulforum Pflege, Stockumer Straße 12, 58453 Witten, Tel: 02302/669-377, Fax: 02302/669-318, Email: Hochschulforum-Pflege@uni-wh.de. Redaktionsmitglieder: C. Bienstein, S. Bosch; T. Gieseke, S. Herzog, J. Laible, C. Pinkert, B. Reisach, S. Renneke, A. Rutenkröger, M. Schmittel, P. Tackenberg, A. Zegelin-Abt. Druck und Vertrieb, Anzeigenleitung und Preise: Meditel G.m.b.H., Kapuzinergasse 1-11, 40213 Düsseldorf, Tel 0221/8643130. Die Zeitschrift erscheint einmal im Semester kostenlos für Studierende und Lehrende der Pflegestudiengänge in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Wissenschaftlicher Beirat und studentische Ansprechpartner: Prof. Dr. V. Boit, Fachhochschule Jena, Prof. Dr. U. Geißner, U. Thielhorn, Katholische FH Freiburg, Prof. Dr. S. Görres, S. Hielscher, Universität Bremen, Prof. Dr. H. J. Götz, Fachhochschule Neubrandenburg, Prof. Dr. I. Kollak, A. Huber, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, Prof.Dr.M.Moers, Fachhochschule Osnabrück, Prof. Dr. Taubert, Y. Marchewitz, Hochschule Bremen. Aus technischen Gründen bleibt der Redaktion die Kürzung von Manuskripten und die Bearbeitung von Fotos und Zeichnungen vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Zeichnungen wird keine Haftung und keine Verpflichtung zur Veröffentlichung übernommen. Für namentlich gezeichnete Artikel sind die Verfasser verantwortlich. Die wiedergegebene Meinung muß nicht mit der Meinung der Redaktion identisch sein. Bildnachweis (soweit in den Beiträgen nicht kenntlich gemacht): Alle Bilder stammen von den Autoren der jeweiligen Beiträge. Redaktionsschluß für die dritte Ausgabe: 07.09.1998 ISSN-Nr. 1436-7599

Michael Schmittel

...‘Sternschnuppen’ bieten jeweils einem Mitglied der studentischen Redaktion Gelegenheit, den Lesern eigene schwesterlich/pflegerische Wünsche, Ideen, Visionen darzulegen. Ich möchte an dieser Stelle zunächst den grundlegenden Aspekt der Pflege und wesentliche Quellen pflegerischen Wissens aufführen, um schließlich die strukturellen Hemmnisse herauszustellen, die dem Anspruch aller, die fachlich kompetenter Pflege bedürfen, im Wege stehen.

Im eigentlichen Fokus der Pflege müssen die stehen, die selbst oder zusammen mit ihrem persönlichen Umfeld der Pflege bedürfen. Durch diese Patienten erfährt die Pflegepraxis die (neben dem Aspekt als eine Erwerbstätigkeit) ausschließliche Rechtfertigung ihrer Existenz. Im Kontext dieses Beitrages betrachte ich als grundlegenden Aspekt der Pflege die von Wissen geleiteten Interventionen Pflegender im Umfeld einer professionellen Beziehung. In dieser Beziehung wird der Patient grundsätzlich als eigenverantwortlich handelndes Individuum betrachtet. Pflegerische Interventionen verfolgen hierbei das Ziel, den Patienten zu einem selbstbestimmtem und möglichst erträglichem Leben zu verhelfen. Patienten werden nicht gepflegt: Pflege ist vielmehr ein interaktives Geschehen mit dem Patienten als bestimmendem Mittelpunkt. Hiernach findet das Kompensatorische in der Fürsorge dem Patienten gegenüber dort ihre Grenze, wo sie ihn in seinem Selbstbestimmungsrecht beschneidet und ihm der Fähigkeit zu berauben droht, selbst über sich zu bestimmen. Die Interventionen, die Pflegende den Patienten anbieten und mit ihnen verhandeln, erachten sie a) intuitiv für richtig, b) können sie aus Erfahrung begründen oder c) ablehnen sie dem Wissensbestand

der Disziplin. Die Entscheidung über die Angemessenheit einer Pflegemaßnahme muß unter Berücksichtigung dieser drei Wissensquellen erfolgen.

Um Qualität von Pflege beurteilen zu können, müssen die jeweilig gewählten Interventionen nachvollziehbar sein. In der Pflegepraxis sind intuitiv motivierte oder auf persönliche Erfahrung gestützte Entscheidungen unverzichtbar, jedoch können sie, weil sie situativ aus der Beziehung zwischen Patienten und Pflegenden erwachsen und durch beider Persönlichkeit beeinflusst werden, nur schwer belegt werden.

Die Kenntnis Pflegender um den aktuellen Wissenstand der Disziplin und die Fertigkeit selbigen anzuwenden, sind hingegen als Kriterien für die Beurteilung von Pflegequalität entscheidender.

Eine dreijährige Berufsausbildung vermittelt Pflegenden zunächst ein Basiswissen, das als Grundlage für die Einarbeitung in einen fachpflegerischen Bereich dient. Das verfügbare Spektrum an Fachweiterbildungen trägt dem Bedürfnis, sich für den jeweiligen Fachbereich weiter zu qualifizieren, Rechnung. Der Wissensbestand der Disziplin unterliegt stetigem Wandel, bedeutet also zum Zeitpunkt einer abgeschlossenen Aus- oder Weiterbildung allenfalls eine Momentaufnahme des aktuell verfügbaren Wissens. Fachzeitschriften und Kongresse stellen eine Möglichkeit dar, um den Anschluß an den aktuellen Wissensstand nicht zu verlieren. Allerdings gibt es Anzeichen dafür, daß Erkenntnisse der Pflegeforschung oft nur verhalten in die Pflegepraxis einfließen.

Beispiel: Alter ist keine Krankheit, sondern eine Phase des

Lebens. Ausschließlich kompensierende Pflege führt bei vielen älteren Menschen zum Verlust noch verbliebener Fähigkeiten und bringt sie daher in Abhängigkeit. Indem diesen Menschen fachgerechte aktivierende Pflege vorenthalten wird, verlieren sie die Fähigkeit, ihr Leben selbstbestimmt und erträglich zu führen.

Welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden, damit Patienten die Pflege erhalten, derer sie tatsächlich bedürfen, und warum ist dieses gegenwärtig nicht gewährleistet?

1. Es bedarf der Erkenntnis, daß Pflege aus den eingangs genannten Gründen nicht standardisierbar ist, sondern der Individualität des Patienten gerecht werden muß.
2. Pflegeinterventionen, die den Patienten angeboten und mit ihnen verhandelt werden müssen, bedürfen der Kenntnis des aktuellen Wissensstandes der Disziplin.
3. Wie in vielen anderen Ländern auch, ist es nicht Bestandteil pflegerischer Ausbildung derart ausführliche wissenschaftliche Erkenntnisse zu erwerben, um Fachpublikationen auf ihre methodische Qualität hin überprüfen zu können.
4. Im Gegensatz zu anderen Ländern verfügt die Pflege hierzulande auch nicht über eine Fachorganisation, die für alle Pflegenden fachliche Erkenntnisse gebündelt und sinnvoll strukturiert zur Verfügung stellt. Der Gesetzgeber verlangt von Pflegenden zwar nach dem jeweiligen ‘Stand des Wissens’ zu handeln, unterließ es bislang aber die Organisationen und Strukturen zu schaffen, die es Pflegenden ermöglichen, sich fundiert über den jeweiligen Stand des

Wissens informieren zu können.

5. Er räumt ihnen zudem kaum die Möglichkeit ein, pflegerische Maßnahmen in alleiniger Verantwortung zu verordnen.

In Abwesenheit eines verbindlich abgegrenzten Tätigkeitsfeldes können vorhandene pflegerische Erkenntnisse nicht unmittelbar von Pflegenden durchgesetzt werden.

Aus rein pragmatischen Überlegungen sollte der Gesetzgeber (wer das im Einzelnen zum Zeitpunkt der Drucklegung dieser Ausgabe auch sein wird) den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich Pflege rechtsverbindlich festlegen.

Über die von Vertretern der Pflege seit Jahren geführte Debatte über die Schaffung einer Pflegekammer reflektieren andere gesellschaftspolitisch relevante Gruppen bedauerlicherweise weitgehend aus einer ausschließlich juristischen oder einer wissenschaftstheoretischen Betrachtungsweise heraus.

Nur durch kontinuierlichen Zugang zu dem jeweils aktuellen Wissen und der Möglichkeit, dieses Wissen auch einzusetzen, wird die Grundlage geschaffen, um im besten Interesse der Patienten verantwortlich zu handeln.

*Michael Schmittel
Michael.Schmittel@t-online.de*